

# KÓRHÁZ

2012/10-11.

A MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG HIVATALOS LAPJA



E LAPSZÁMUNK ÉS A MAGYAR KÓRHÁZÜGY TÁMOGATÓJA:

**TEVA**

TEVA MAGYARORSZÁG



# „A jövőt nem lehet megjósolni, de ki lehet találni.”

GÁBOR DÉNES 1971

## Találjuk ki együtt a jövőt!

Minden korban vannak, akik elég bátrak ahhoz, hogy a jövőről álmodjanak. De a sikeres megvalósításhoz nekik is társakra van szükségük.

Négy hazai, nagy múltú visszatekintő vállalat összeolvadásával létrejött Magyarország vezető, teljes körű infokommunikációs technológiai szolgáltatója, a T-Systems Magyarország Zrt.

Közel 2000 fős szakértői csapatunkkal azért dolgozunk, hogy segítsük megvalósítani az Ön üzleti céljait. Együtt lehetséges.

Nézze meg, kik és miért inspirálnak minket: [www.t-systems.hu/egyutt-lehetseges](http://www.t-systems.hu/egyutt-lehetseges)

**T** · · Systems · ·

# Tisztelt Olvasóink!

DR. SZEPESI ANDRÁS

**É**rdekes hónapokat élünk a kórházügyben. Lapzártánkor még mindig nincs kinevezve a kórházak döntő többségének vezetője. Gyakorlatilag egy éven át teljes bizonytalanságban zajlott a kórházak mindennapi irányítása. Ez nem lényegtelen, nem látványos probléma. Ebben az évben kellett volna nekifogászkodni, hogy okosan, stratégiai megalapozásra építően felhasználhassuk a maradék európai uniós fejlesztési forrásokat. Történelmi jelentőségű fejlesztési lehetőség optimalizálására lett volna esély, de ebben az időszakban alig voltak olyan helyi vezetők, akik fél-egy évnél hosszabb időre mertek volna tervezni. Ugyanezek a vezetők felelősek a helyi emberi erőforrás, elsősorban az orvosok, a szakmai iskolák működtetéséért. Hogyan tudtak volna perspektívát, jövőképet adni, amikor sem a saját helyzetük nem volt stabil, sem az átalakításra ítélt intézményük jövőjét nem látták tisztán?

A kórházi menedzsmenteknek van egy nagyon fontos jelző-, indikátor-funkciója. Miközben intézményük már állami tulajdonba került, az ő személyük még versenyben volt az igazgatói posztokért. Csak nem fogják rontani az esélyeiket a „rossz hír hozójának” szerepkörében? Így azután

mély csend van például a kórházak lejárt szállítói tartozásai, adósságállománya körül. Tavaly ilyenkor már a kormány figyelme is e terület felé fordult, az államtitkárság gyűjtötte a forrásokat, s az év végül kb. 50 milliárd forint konszolidációs támogatással zárult. Kb. 10 milliárd adósság maradt erre az évre, de az ügyes menedzselést követően a szállítók megnyugodtak. Sajnos a folytatás elmaradt. Nem lett ellentételezve sem a kb. 7%-os infláció, sem az ÁFA-emelés hatása (10 milliárdos tétel). Nem kapták meg a minimálbér és a kötelező szakdolgozói bérminimum különbségét (13–15 milliárd Ft/év). Nem változott a HBCS értéke, a pont/Ft-érték, és a TVK-keret sem, tehát a bevételi oldal sem volt javítható. A strukturális átalakítások ez évre biztosan nem hoznak jelentős megtakarítást, de a tranzakciós költségek már jelentkeztek. A központosított közbeszerzések elhúzódtak, a felmondott szerződéses következményei, az átmeneti időszak



kényszerű vásárlásai, és az új szállítások különbözete nem volt betervezve.

Friss hír, hogy a július 1-jei béremelések (bérkiegészítés) továbbra sem képeznek számítási alapot az ügyeleti és túlmunka díjazásához, az ígéretek és a józan logika ellenére sem. Csak remélni tudom, hogy a következő hetekben tisztulni fog a kép, és olyan intézkedések indulnak, amelyek a következő napokban kinevezésre kerülő vezetőket nem hozza már az induláskor lehetetlen helyzetbe. A kiégés, a „burnout” az ilyen esetekben nem az egyetlen butaságán, alkalmatlanságán múlik, hanem az általa megoldhatatlan problémát okozta stressz egyenes következménye.

Márpedig most friss, kiipihent, felkészült, munkabíró, kreatív vezetőkre van szükség, hogy az egészségügy válsága ne mélyüljön tovább. Induljanak el az okos változások, amit a választási időszakban és a kormányprogramjában megígértek! Ez csak akkor következhet be, ha a kórházak és az egészségügy valóságos problémáira adnak kormányzati és új tulajdonosi (az is a kormány) szinten hatékony válaszokat. Csak ez után kívánhatunk őszintén sikereket (és jó egészséget!) az új és a megerősített intézményvezetőknek.

## Impresszum

A szerkesztőbizottság elnöke: Dr. Golub Iván

Tagok: Dr. Varga Ferenc, Dr. Rácz Jenő, Dr. Budaházy Emil, Dr. Velkey György, Grenitzer Judit

Főszerkesztő: Dr. Szepesi András

Felelős szerkesztő: Bene Zsolt

Szerkesztőségi ügyvivő: Szlovákné Bandula Ilona

Lapmenedzser: Zöldi Péter

Rovatvezetők:

Európai Unió: Dr. Jakab Ferencné

Jogi rovat: Dr. Kőszegfalvi Edit

Informatika: Dr. Édes István

Infekciókontroll: Dr. Orosi Piroska

Intenzív terápia: Dr. Fülesdi Béla

Transzfúzió: Dr. Vezendi Klára

Gyógyszer: Fekete Tibor

Minőségbiztosítás: Dr. Kullmann Lajos

Menedzsment: Dr. Boncz Imre

Nemzetközi sajtó: Kövesi Ervin

Rehabilitáció: Dr. Vekerdy Zsuzsanna

Tanácsadó testület:

Dr. Ajtay András, Dr. Baráth Lajos,

Dr. Blaskó György, Dr. Fülöp Rudolf,

Dr. Elek Attila, Dr. Kiss József,

Dr. Kásler Miklós, Perényi László,

Dr. Varga Piroska

Kiadja: Magyar Kórházszövetség

Felelős kiadó: dr. Rácz Jenő elnök

Lapmenedzser: Weborvos.hu 2009 Kft.

Kiadó és szerkesztőség:

1113 Budapest, Ibrahim u. 19.

Telefon: (1) 214-5118, (1) 214-5159

Fax: (1) 214-9715

E-mail: mksz@invitel.hu

Internet: www.korhazszovetseg.hu

A Kórház szaklap aktuális tartalma

a www.weborvos.hu portálon tekinthető meg.

Nyomdai munkák: Mega Kft.

Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató

A Kórház utcai terjesztésre nem kerül,

terjeszti a Feibra Kft.

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK) Hírlap Üzletág. Előfizethető közvetlenül a postai kézbesítőknél, az ország bármely postáján, vagy Budapesten a Hírlap Területi Képviseleteken (Postacím: 1900 Budapest, e-mail: hirlap@posta.hu, zöld szám: 06-80/444-444), továbbá előfizethető átutalással a Magyar Posta Zrt. Üzleti és Logisztikai Központ 11991102-02102799 számú bankszámlára is. További információ: Magyar Kórházszövetség(1) 214-5159 ISSN 0230-3868

Tisztelt Olvasók! A posta esetleges hibás terjesztése miatti kellemetlenségeért elnézést kérünk. Kérjük, amennyiben valamelyik lapszámot nem kapja meg, jelezze ezt kiadónk felé a következő elérhetőségek valamelyikén, és a hiányt azonnal pótoljuk. Telefon: (1)214-5159, fax: (1)214-9715, e-mail: mksz@invitel.hu

Szaklapunk 2012. év I. félévében átlagosan 4200 példányban jelent meg.



# Tartalom

## KÓRHÁZ-HÍREK

4 Kórházügy eink

## KÓRHÁZSZÖVETSÉG

3 Kongresszus, tagság, kedvezményprogram

6 Szükséges-e a Rendkívüli Közgyűlés összehívása?

## AKTUÁLIS

8 A transzplantáció fejlődése

9 Állami úton?

10 Államosítást csak annak, aki akarja?

11 Leállítanák az államosítást a járóbeteg-ellátásban

12 Megfelelni nem könnyű, de kötelező

14 Ekötelezett döntéshozók kellene

16 Évente húsz százalékkal nő a magán-szolgáltatók forgalma

18 Jól jöhet az intézményi akkreditáció

19 Ha külföldön szerezte képesítését...

20 Az orvosok biztos pontként szeretnék ránk számítani

22 Magyarország fel kíván zárkózni a fejlett országok közé



8

25 Kisebb testtömeg, alacsonyabb vércukorszint

26 Előnyös az új struktúra a Fejér Megyei Kórház számára

## GYÓGYSZER

28 Késésben az újdonság

## ORVOSTECHNIKA

30 A gyógyítást kell segíteni

## KOMMUNIKÁCIÓ

32 PraxisPlatform a kórházakban

## PARAGRAFUS

33 Általános magatartási szabályok, jognyilatkozatok új munkajogi szabályai

## INFORMATIKA

36 Az informatikai szakrendelő

## ORVOSI ESZKÖZÖK

38 DePuy-Synthes integráció

## MINŐSÉGÜGY

40 A legjobbak között a B. Braun Avitum Hungary

## KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKA

42 Új röntgen, teleradiológia Szegeden

## MENEDZSMENT

44 A egészség-gazdaságtan és egészségügyi menedzsment szakma íve

## KÓRHÁZI VIZIT

48 Pécsi perspektíva az idegsebészetben



18

# Kongresszus, tagság, kedvezményprogram

SZLOVÁKNÉ BANDULA ILONA

*Rövid időre szeretném elvonni a Kedves Olvasó figyelmét a nehéz szakmai kérdésekről és elterelni könnyedebb témák felé.*

## XXV. kongresszus

Előző lapszámunkban már jeleztük, hogy jubileumi rendezvényünket Siófokon fogjuk tartani, a változások jegyében. Változások? Új helyszínen, részben új vezetővel, új alapszabállyal és új tisztségviselőkkel. S nem utolsósorban új árakkal. Az új helyszín adottságai és árai ugyanis a részvételi költségek csökkentését tették lehetővé számunkra, bízva abban, hogy ezáltal még többen tudnak ellátogatni rendezvényünkre. Szakmai programunkat is így eközben úgy összeállítani, hogy minél több gondolatébresztő eszmecsere és pozitív irányokat mutató előadást

hallhassunk. Közgyűlésünk alapvető feladata lesz az új tisztségviselők megválasztása, ez ért nagy fontosságú, hogy az újonnan kinevezett kórház vezetők tudjanak erről, és akadályoztatásuk esetén is biztosítsák a kórház képviseletét. Ehhez a Szövetség továbbra is regisztrációs díjmentességet biztosít a Közgyűlésen való részvétel esetére.

## Tagság

Kapcsolódik egy kicsit az előzőhöz is, hiszen Alapszabályunk két olyan tagsági viszonyt is megenged, amelyből a kongresszus résztvevői is profitálhatnak. Az egyik az „Egyéni tag”, mely az egészségügyben tevékenykedő magánszemélyek részére biztosít jogokat a Szövetségben belül. Közgyűlési hatáskör a kérelmező felvétele egyéni tagjaink közé, ezért érdemes erről már előzetesen az Elnökséggel egyeztet-

ni, a megfellelő dokumentumokat megküldeni. Működésük, vállalkozások számára adókedvezmény, önkénteskedésre a szervezet munkájában, működésében a „Pártoló tag” tagsági viszonyon keresztül, a támogatás fejében különböző kongresszusi és egyéb kedvezményekben részesülnek. Mindkét tagságról bővebben a Kórházszövetség honlapján (www.korhazszovetseg.hu/Kórházszövetségmenüpont) lehet tájékozódni.

## Kedvezményprogram

Legújabb kedvezményezésünk, mely a kórházakban dolgozó munkatársak számára szeretnénk kedvezményes lehetőséget nyújtani pihenési-nyaralási költségeikhez. A programban résztvevő szállodák ugyanis 15–20%-os kedvezményt nyújtanak szolgáltatási áraikból, és speciális ajánlataikkal kínálják meg dolgozóinkat. Ehhez társul, hogy minden hónapban kisorsolunk egy gáratisz 2 éjszakás, 2 főre szóló jutalompihenést az intézmények által beküldött személyek között. A sorsoláshoz a honlapunkon tájékoztatást adunk, a nyerteseket pedig külön is értesítjük. Látogasson el honlapunkra, hogy a szállodák meg-megújuló ajánlatát megtekinthesse, vagy olvassa rendszeresen küldött hírlevelünket.

## HOTEL AZÚR

★★★★  
SIÓFOK  
PRÉMIUM

### LUXUS A BALATON PARTJÁN

Töltse el pár kényeztető napot a Hotel Azúr új, exkluzív szárnyában, a Hotel Azúr\*\*\*\* Prémiumban. A közvetlen vízparton található épületben gyönyörűen berendezett, balaton panorámás szobák és lakosztályok várják. Töltődjön fel a Hotel Azúr Prémium 1800 m<sup>2</sup> alapterületű, tóra néző wellness központjában ahol úszó- és élménymedencék mellett a 12 elemes szaunapark kínál egyedülálló élményt a pihenésre és felüdülésre. Szállodánk Opus étterme felejthetetlen élményeket kínál a gasztronómia szerelmeseinek.

**Novemberben 2+1 akció!**  
**LEGYEN RÉSZESE A LUXUS KÉNYEZTETÉSNEK!**



További információ: [www.hotelazur.hu/premium](http://www.hotelazur.hu/premium) | Tel.: 06 84 501 400 | [info@hotelazur.hu](mailto:info@hotelazur.hu)

# Kórházügyeink

## RÖVIDESEN KINEVEZIK A KÓRHÁZIGAZGATÓKAT

A kórházigazgatói pályázatokkal kapcsolatos döntéshozatal folyamatban van, az eredményt rövidesen nyilvánosságra hozzák – közölte az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi államtitkára. Több tucat kórház élére az eredeti tervek szerint november elsejével kellett volna kinevezni az új főigazgatókat, de ez nem történt meg. A Magyar Nemzet egy cikke szerint a kormánypárti frakción belül komoly viták vannak ez ügyben. Az egészségügyi államtitkár azt írta: a kórházigazgatói kinevezések pályázati kiírása azt rögzíti, hogy a munkakör betöltésének kezdőnapja várhatóan – a megbízási jogkör gyakorlójának döntése után – leghamarabb 2012. november 1-je. Tehát az új jogviszony létesítési időpontja nem ellentétes a pályázati kiírásban foglaltakkal – szögezték le. A GYEMSZI honlapján július 30-án jelentek meg a pályázati kiírások több mint hatvan kórházvezetői posztra. A kiírások között volt az a 12 kórházigazgatói poszt is, amelynek pályáztatása az előző körben eredménytelenül zárult. Ezek mellett ötven várósi kórház főigazgatói, valamint gazdasági igazgatói posztjára várják a jelentkezőket. A kiírás szerint a megbízás öt évre szól. (MTI)

## VISSZAVESZI GYÓGYSZERTÁRÁT A DUNAÚJVÁROSI KÓRHÁZ

November elsejétől visszaveszi az intézeti gyógyszertárát a dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház a korábbi működtetőtől, valamint átveszi a kórházhoz tartozó rendelőintézetben működő, a betegek kényelmét biztosító vényforgalmú pa-

tikát is, amelynek elfuttatására marketingtervet dolgoznak ki – tájékoztatott Mészáros Lajos, a kórház főigazgató-főorvosa. Az ügyek rendezése nem volt teljesen zökkenőmentes, de a GYEMSZI által koordinált tárgyalásokon sikerült a kórházzal perben álló működtetővel közös megegyezésre jutniuk. A tavalyi nyáron költségvetési intézménnyé visszaalakult (előtte gazdasági társaságként működő) kórház ugyanis újrakötötte szerződéseit, amelynek során igyekezett előnyösebb feltételeket elérni, illetve visszavenni olyan ki szervezett tevékenységeket – mint például az intézeti gyógyszerterápiát –, amelyeket saját kézzel gazdaságosabban tud működtetni. No vembertől ennek köszönhetően nem kell havonta magas közreműködői díjat fizetni a patika működtetőjének a gyógyszerbeszerzési kiadásokon túl. Minthogy ismeretes, az intézményi gyógyszerterápia tevékenysége jellemzően a háttérben folyik: a főgyógyszerész irányításával ez az egyéni gyógyszeresztés a fekvőbeteg-osztályok és a járóbeteg-szakrendelések gyógyszerrel, kötszerrel, fertőtlenítőszerrel, vegyszerrel való ellátását, szervezi a kórházi gyógyszeres beszerzését, tárolását, elosztását, ellenőrzését. A főigazgató a Weborvosnak jelezte, hogy várják a gyógyszerközbeszerzés indulását, amelyhez minél előbb szeretnének csatlakozni. Szócska Miklós államtitkár tájékoztatása szerint még idén meghirdetik a központi gyógyszerterápiás tanácsjavaslata alapján. (Weborvos)

## A SZAKMAI PROTOKOLLOKNAK MEGFELELŐEN ALKALMAZTÁK-E AZ ONKOLÓGIAI KÉSZÍTMÉNYEKET?

Több mint ötezer beteg kórházban végzett onkológiai terápiáját ellenőrizte az OEP a nemrég végzett szűres körű, közel negyven intézményt érintő vizsgálatban, ám az eredményt csak később re ígérték. A kórházonkénti készítmények kórházi felhasználásának orvosszakmai ellenőrzése a tételes elszámolású gyógyszerek kiterjesztése előtti időszakra esik: a 2010. szeptember 1. és 2011. december 31. között kezelt betegek orvosi dokumentációjának helyszíni átvizsgálását végezték, és az abból nyert információk elemzése zajlik jelenleg. A kórházonkénti

November elsejétől dr. Novák Krisztina az országos betegjogi központ (OBDK) kinevezett igazgatója. A jogász és közgazdász végzettségű szakember a GYEMSZI-től igazolt az új szervezet élére.

Húszmilliárd forintot kellene befizetniük idén a cégeknek népegészségügyi termékadóként, de a NAV adatai alapján ebből a valóságban ennél kevesebb bevétel lesz a költségvetésnek: október végéig ugyanis összesen 15,4 milliárd forintot róttak le a cégek.

A KDNP országgyűlési képviselője szorgalmazta, hogy minden kórházban legyen kegyeleti szoba, ahol a hozzátartozók el tudnak búcsúzni halottjuktól.

esetek összesen több mint 9 milliárd forintos társadalombiztosítási kiáramlást érintenek, tájékoztatotta a Weborvos a Péntárt. Az ellenőrzött gyógyszerekészítmények és finanszírozott indikációs körök az alábbiak voltak: Alimta (mesothelioma, üdörák), Hecperlin (emlőrák), Avastin (emlőrák, tüdőrák, vastagbél- és végbélrák). Az ellenőrzés legfőbb célja annak vizsgálata, hogy a betegek kezelése során az ellenőrzött gyógyszerek felhasználása az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1/A. számú mellékletben foglalt finanszírozott indikációs körben, az egyes készítmények alkalmazási előíratainak, valamint a szakmai protokollok vonatkozó feltételeinek megfelelően történt-e. Az ellenőrzés helyszíni szakasza a napokban zárult le, az eredmények központi összesítése és kiértékelése folyamatban van, várhatóan egy hónap múlva fejeződik be, így a tervezett intézkedésekről csak az eredmények kiértékelését követően tud nyilatkozni a Péntárt. (Weborvos)

## MEGÚJUL AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKFELÜGYELET

Az átalakítás célja, hogy ezáltal is biztonságosabb és hatékonyabb legyen az egészségügyi ellátás – közölte Páva Hanna, az EMMI egészségügyért felelős államtitkárságának egészségügyi koordinációért és EU-ügyekért felelős helyettes államtitkára. 2012-ben az állam



2012. október 31-ig  
megvalósult  
szervkivételi riadó .... 114

Veseátültetés .....	175
Májátültetés: .....	35
Szívátültetés .....	27
Kombinált vese- és hasnyálmirigy átültetés .....	5
Bécsben tüdőtranszplantáció átesett magyar recipiens .....	16



Egyensúlyba kerül a gyógyszerkasza: a gyógyszer-támogatási előirányzat 30,332 milliárd forintos emeléséről döntött a kormány.

Önálló érsebészeti osztályt alakítottak ki a sebészeti területen belül a szolnoki Hetényi Géza Kórházban. Az új osztály kettes progresszivitási szintű, 3 orvossal és 10 ápolóval működik, területi ellátási kötelezettsége mellett 24 órás készségben várja az akut eseteket.

A nemzeti fejlesztési bizottság jóváhagyta az uniós nagyprojektként, három országban megvalósuló lézerkutatató központ szegedi beruházásának beillesztését az Új Széchenyi Tervbe.

átvette a fekvőbeteg-intézeteket, illetve az int egrált jár ó- és f ekvőbeteg-intézményeket. Ezek fenntartója a GY EMSZI lett. Azóta azonban a GY EMSZI látta el ezen intézmények hat ósági felügyeleti tevékenységet is. Jogi szempontból viszont össz eférhetetlen, hogy hat ósági eszközökkel ellenőr izze a saját maga által f enntartott int ézményeket. Ez ért a kormán y úgy dönt ött, kett éválasztja az egészségügyi sz olgáltatók kétf éle ellenőr zését. A hely ettes államtitk ár kifejtette: a jö vőben az egészségügyi sz olgáltatók, or vosok hat ósági szak felügyeleti ellenőr zéséért az Országos Tisztífőorvosi H ivatal (OTH), míg a minőségügyi ellenőr zésért a GYEMSZI lesz a felelős. Ugyanak kor kiemelte: ezeket a feladatokat a két sz ervezet egymással sz orosan együttműködve látja el a jövőben. A hat ósági ellenőr zés során az O TH azt ellenőr zi, hogy az adott egészségügyi sz olgáltató, illetve or vos betartja-e a jogszabályokat, a rá vonatkozó minimumfeltételeket. Ezzel szemben a minőségügyi ellenőr zés során a GYEMSZI azt nézi, hogy mily en minőségügyi követelményeket szabott meg magának az adott egészségügyi sz olgáltató, illetve or vos, melyek az ellátás gyenge pontjai, lehet-e javítani a sz olgáltatás színvonalát – tette hozzá Páva Hanna. Az EMMI közleménye szerint az Egészségügyi Szakmai Kollégium javaslata alapján az országos tisztíf őorvos gondoskodik a szakt erület sz erinti szakfelügyelői névjegyz ék ösz eállításáról, hat ósági szakf elügyeleti f eladat esetén az OTH, illetve a kormányhivatal

népegészségügyi szakigazgatási szerve erről a listár ól választja k i azt a szak értőt, ak i a konk rétf elkérésnek eseti megbízás alapján t esz majd eleget. A minőségügyi f elülvizsgálati r endszer keretében állandó megbízású minőségügyi szakf őorvosokból, illetve szakterületi v ezetőkől álló háló zat jön létre, ugyancsak minden szakterületen. Az állandó státuszú szakf őorvosokat pályázaton választják k i, számuk ra a GYEMSZI rendszeres módszertani képzést nyújt. Szükség esetén munkájukat további szakértőkből álló, a feladatnak megfelelően összeállított ad hoc munkacsoport is segíti, eseti megbízás alapján. (MTI)

### ORVOSOKAT ÉS ÁPOLÓKAT VÁR A KECSKEMÉTI KÓRHÁZ

Létszám bővítésre és az egészségügyi dolgozók t ovábbképzésére két pályázaton több mint 320 millió f orinthez jutott a kecskeméti kórház a Társadalmi M egújulás Operatív Program keretében – közölte Svébis Mihály, a Bács-Kiskun Megyei Kórház főigazgatója. Az Emberi erőforrás fejlesztése a Bács-Kiskun Megyei Kórházban elnevezésű pályázattal n yert 199,5 millió f orintból az int ézmény létszámát 21 fővel tudják bő víteni, további 15 dolgozó belépésév el négy mobil csapat ot alakítanak k i, mely ek or vos v ezetésével nem csak a saját osztályukon, hanem a kórház bármelyik osztályán az onnal be tudnak lépni a gy ógyítás és a r ehabilitáció f olyamatába. A z eln yert f orrás lehet ővé t eszi t ovábbi harminc ápoló munkájának finanszírozását. S vébis M ihály reményét fejezte ki, hogy két év múlva, a pályázati támogatás kifizetése után a 66 új dolgozót meg tudják tar tani. Fáy Tamásné ápolási igazgató a Képzési és Öszt öndíj P rogram a Bács-K iskun M egyei Kórházban elnevezésű pályázattal nyert 125 millió forint felhasználásáról elmondta: a támogatás 29 szakdolgo zó és 13 or vos képzési költségeir e és a motivációs öszt öndíjuk biztosítására nyújt fedezetet. Az ápolási igazgató hangsúlyozta: a képzés teljes költségét tudják a pályázaton nyert összegből finanszírozni. A ráépített, vagy második alap -szakorvosi képzés es e tenként 2-3 millió f orintba kerül , mer t az or vosoknak a gyakorlati képzése az egyetemi k linikákon folyik – tette ho zzá. A kecskeméti kórházban kö zel tízmilliárd forint összegű fejlesztés folyik. Balog Zoltán emberier őforrás-miniszter döntéséről október 25-én kapott tájékoztatást a Bács-K iskun M egyei Kórház, melynek

értelmében a kalocsai és a k iskunfélegyházi kórház is beolvad a kecskeméti intézménybe. (MTI)

### MEGÁLLAPODÁST KÖTÖTT A KORMÁNY A RICHTERREL

Az Országházban tar tott ünnepségen a kormán yf ő magyar siker történetnek nevezte a R ichter Gedeon Vegyészeti Gyár történetét, jelez ve, hogy a gy ógy szeripar k iemelkedő sz erepet játszik a magyar nemz etgazdaságban, a k abinetnek pedig c élja, hogy a magyar gyógyszergyártás a jö vőben is a világ élvonalába tar tozzon, ezért támogatják például a kutatásokat, az új gyógyszerek fejlesztését. Orbán Viktor ho zzátette, a magyar kormán ynak a R ichter Gedeonnal k apcsolatban speciális f elelőssége van, hisz en tulajdonos a vállalatban. A Richter az egyetlen olyan magyarországi központú gy ógyszercég, amely külf öldi szak mai bef ektetők nélkül , magyar menedzsment irán yításával működik , a világon több mint száz országba szállít, közvetlenül ötezer, közvetve további tízezer embernek ad munkát az országban, és a magyarországi vállalatok közül ez a cég költi a legt öbbet kutatás-fejlesztésre – sor olta a kormán yf ő, emlékezt etve a R ichter Gedeon z öldmezős beruházással épült debr eceni biot echnológiai üzemének áprilisi avatójára. A több mint 25 milliár d forintos beruházással 120 új munkahely lét esült Debr ecenben. Orbán Viktor szolt arról is, hogy a jö vőben több nagy, a magyar gaz daságban speciális szerepet betöltő céggel kötnek hasonló, hosszú távú stratégiai partnerségi megállapodást. A megállapodások ban részt v evő vállalat ok ér dekeire külön is figyelni f og a kormán y, seg íti t érnyerésüket – mondta, felidézve, hogy az aláírt egyezség a második a sorban, az elsőt a Coca-Colával kötötte a kormány. (MTI)

### HELYREIGAZÍTÁS

A Kórház szaklap előző, szeptemberi számában dr . K ovács Jó zseffel beszélgettünk. Az interjút felvezető mondatba egy pontatlanság került, hiszen nem v onták össze a békéscsabai és a gyulai k órházat – jelenleg a k ét intézmén y funk cionális integrációjának elők észítésén dolgo znak. Így dr. Kovács József nem a két intézményt igazgatja, hanem v áltozatlanul a gyulai Pándy Kálmán Kórház főigazgatója. Szerkesztőségünk elnézést kér minden érintettől.

# Szükséges-e a Rendkívüli Közgyűlés összehívása?

MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG ELNÖKSÉGE

*A Magyar Kórházzövetség Elnöksége október 16-án megbeszélést tartott, melyen vendégül látták az Országos Véréllátó Szolgálat vezető munkatársait. A szóba került témákat az alábbiakban ismertetjük.*

## Rendkívüli Közgyűlés

Dr. Rác Jenő elnök tájékoztatta az elnökséget a Rendkívüli Közgyűlés megszervezéséről: időpontja november 27., helyszíne a Semmelweis Egyetem Elméleti Tömbje, napirendje az Alapszabály módosítása. Az előző elnökségi ülésen meghatározottak és az elnökségi részéről beérkezett javaslatok alapján dr. Szép Flórián ügyvéd összeállította az alapszabály-módosítás tervezetét. Ebben alternatívaként szerepel egy olyan paragrafus, mely arra az esetre vonatkozik, ha a megválasztott tisztségviselő intézményvezetői munkaköre megszűnik.

Az Elnökség az Alapszabály módosításának benyújtott tervezetét elfogadta, azt a Közgyűlés elé kívánja terjeszteni. Az alternatívaként szereplő paragrafus is szükségesnek gondolta beépíteni az Alapszabályba oly módon, hogy amennyiben a megválasztott tisztségviselő intézményvezetői munkaköre megszűnik, akkor maximum további egy évig maradhat még a tisztségében, ezt követően megbízatása automatikusan megszűnik, és kooptálással kell betölteni a helyét.

Ezt követően az Elnökség részletesen is megvitatta a Rendkívüli Közgyűlés szükségességét a felmerülő témák tekintetében. A Rendkívüli Közgyűlés összehívása alapvetően a következő évi tisztségviselő-választás előkészítésénél, a megváltozott kórházi struktúrához igazodó Alapszabály módosítása kapcsán merült fel. Az Elnökség ebben a kérdésben az új intézményvezetői („rendes tagok” képviselői) számára szeretne lehetőséget biztosítani, de mivel a jelenlegi folyamatban lévő kórházigazgatói pályázatokban előreláthatólag november második felében lesz döntés, így a november 27-re tervezett Rendkívüli Közgyűlést nem

tartják élszerűnek összehívni. Ennek szükségességéről a későbbiekben kíván dönteni, attól függően, hogy az Alapszabály-módosításon kívül más rendkívüli téma is indokolja-e a Közgyűlés döntését.

## A kongresszus előkészítése

Az Elnökség a XV. Kongresszus előkészítése kapcsán elfogadta, hogy 2013-ban továbbra is regisztrációs díjmentességet biztosít a tagkórházak számára a jogosult képviselőinek, amennyiben a Közgyűlésen regisztráltak részt vesznek. A további kedvezményezett kategóriát az Elnökség nem támogatja, mivel a tavalyi tapasztalat alapján nem töltötte be az önkormányzati funkcióját, hogy a kórházak részéről több képviselő legyen részt a Közgyűlésen.

Az Elnökség az elkészített és beterjesztett kongresszusi előalkalmazási módosításokkal történő korrigálás után elfogadta. A következő ülés keretében kívánja eldönteni a kongresszus szakmai témáit, addig várja az elnökségi tagok javaslatait.

Az Elnökség kéri az elnököt, kezdeményezze a miniszterelnökkel, hogy az Évi Kórháza pályázat feltételéről mielőbb döntsön, hogy a kiírás esetén kellő idő álljon rendelkezésre.

## Humán erőforrás-helyzet

A témafelvetés alapját az adta, hogy az egészségügy kritikus humán erőforrás-helyzetét okozná, amennyiben az ágazatra is érvényesítenék a 62 éves nyugdíjkorhatárt. A jelenleg ismeret kormányzati szándék azonban mentesítené ez alól az egészségügyi szektort.

Az Elnökség üdvözli azt a kormányzati szándékot, mely szerint az egészségügyi ágazatban nem érvényesítenék a 62 éves nyugdíjkorhatárt, és változatlanul fenntartja az önkormányzati véleményét, hogy egy ilyen döntés a jelenlegi humán erőforrás-helyzetet tekintve teljességgel működésképtelenné tenné az egészségügyi ágazatot.

## Az intézmények pénzügyi helyzete

A témához dr. Fülöp Rudolf készített egy javaslatot az Elnökség részére (a jegyzőkönyv melléklete). Az elmúlt elnökségi

ülésen megbeszélteknek megfelelően kértük a miniszterelnököt, hogy a beérkezett kórházi adatokat elemezze a munkába vonják be képviselőinket, képviselőink információját, hogy szervezetünk korrékt számításokat végezhesse az év végére várható adósságállománnyal kapcsolatban. Jelenleg ebben semmilyen előrelépés nem történt.

Az Elnökség elfogadta a dr. Fülöp Rudolf készítette javaslatot az intézmények pénzügyi helyzetéről vonatkozóan. Ez alapján feltétlenül szükségesnek tartja a minisztérium és a Kórházzövetség delegációjának mielőbbi egyeztetését, melynek célja az azonnali együttműködés megkezdése a számítások elemezésére, a problémák részletes feltárása és a gyors megoldáskeresés.

Az Elnökség a közbiztonsági eljárások kiírását, lebonyolítását illető problémákat szintén a miniszterelnök elé kívánja tární, hogy ebben a kérdésben is mielőbb előrelépés történhessen.

## Kötelező beszerzés a büntetés-végrehajtási intézményektől

A következő napirendi pontként a büntetés-végrehajtási intézményektől kötelező beszerzések miatt felmerülő gondok a vitatta meg az elnökséget. Általános tapasztalat – az intézményi visszajelzések alapján – hogy a kötelező beszerzések újabb terhet rónak a kórházakra, mert a büntetés-végrehajtási intézményektől vásárolt termékek sem minőségileg, sem anyagilag nem megfelelőek, a kommunikált megtakarítások helyett költségnövekedés várható, holott a közpénzekből működtetett intézménynek kötelező a takarékoskodás. Ez idáig még „csak” pénzügyi kérdés, azonban a TIOP-os pályázatok esetében már büntetőjogi kérdés is felmerül. Akármilyen TIOP-os pályázatot vezényel, annak kötelező ajánlatot kérni a büntetés-végrehajtástól, ugyanakkor a pályázatot irányító bizottság meghatározó szerepe kiemelt, hogy amennyiben a kormányrendeletnek megfelelően a büntetés-végrehajtástól kerül bármilyen beszerzésre, az nem csak azzal jár, hogy az Unió a pályázati keretéből nem fogja kifizetni, elállhat a teljes



projekttől, hanem ráadásul a pályázatot kiíró ellen eljárást folytat, megbünteti, és hivatalosan szabálysértési eljárás megindítását fogja kezdeményezni Magyarországon. A z Elnökség a fenti témában szintén figyelmeztető jelzéssel kíván élni a minisztérium felé.

### Egyéb ügyek

Az intézményvezetők pályázatok újabb kiírásában a szervezet képviselőit hivatalosan is felkérték a bíráló bizottság munkájába. A visszajelzések alapján a Kórházszövetség képviselői garantáltan biztosították a szakmai színvonalat. Továbbra is aggályos egy ilyen helyzetben az intézményvezetők kör „cseréje”, a dolgozók és a teljes működtetés bizonytalanságban tartása. A tapasztalatok szerint a pályázói kör szakmai kvalitása hiányos, néhány helyen a pályázók felkészültsége az intézményvezetésre nagyon kétséges.

A szakmai minimumfeltétel-rendelettel kapcsolatban kijött módosító jogszabály nem csak a feltételrendszer, de a határidőket is korrigálta, lélegztvételnél lehelőseget biztosítva az intézményeknek.

A Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság elnökétől érkezett levél a sürgősségi egységek, struktúrák pr. oblmáiról, az együttműködés lehetőségéről. Ennek

megfelelően az elnök javasolta a következő elnökségi ülésre meghívni dr. Bereinyi Tamást, a társaság elnökét, a Sürgősségi Szakmai Kollégium Tagozatának elnökét, illetve a minisztérium megfelelő képviselőjét, hogy szakmai kérdésekben egyeztessenek.

Egy közelmúltbeli egyeztetés során az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ) képviselőivel több témában merült fel lehetőség az együttműködésre, ezt a vendégként megjelent dr. Mihály Sándor és dr. Nagy Sándor személyesen is az Elnökség elé tárta. Dr. Mihály Sándor ismertette az országos donációs koordinátori program kialakítását, melyre a minisztériumtól kaptak felkérést. Egyelőre tíz intézményben kezdik el kipróbálni a rendszert, ott, ahol a legnagyobb a donációs igény. A másik téma Magyarország csatlakozása az Eurotransplant hálózatához. Az OVSZ Szervkoordinációs Irodájának vezetője úgy vélte, hogy ezekről a témákról – az Életet adományozó kórház díj átadásán kívül – érdemes lenne a Kórházszövetség kongresszusán is beszámolni.

Dr. Nagy Sándor, az OVSZ szakmai főigazgató helyettese az együttműködési lehetőségeket három csoportra osztaná: az egyik egy folyamatban lévő kezdeményezésük, mely szerint Magyaror-

szág áttérne a 100%-ban felhívás nélküli v. érkeztítmények használatára. Ennek elfogadása esetén mindenképpen szükséges részletesen is ismertetni a további teendőket, napi gyakorlatot. Legalább ilyen fontos lenne a felhasználásról pontos információkat nyújtani, ugyanis egyre nehezebb kiszolgáltatni a fellépő igényeket, és racionalizálni kellene ezen a területen. Célszerű lenne az egyes kórházakat saját felhasználási adataival „szembesíteni”, elindulni a gazdaságosság irányába.

Dr. Rácz Jenő elnök megköszönte a felvetéseket. Úgy gondolja, hogy a kongresszus szervezésének azonos szakaszában vagyunk még, ahol akár szekció formájában is érdemes lenne ezekkel a témákkal részletesen is foglalkozni. Hatékonyak találná, ha ezekről írásos anyag is rendelkezésre állna majd, illetve az előadásokon túl a kongresszuson egy kisebb standnál lehetőségük lenne a résztvevőknek, hogy egyéb kérdésekre is választ kaphassanak. Ezen túlmenően a Kórház lapban indokolt lenne egy-egy szakmai cikket megjelentetése is. A vendégeknek megköszönte a részvételt, az előbb említett lehetőségeket (kongresszus, Kórház lap) az együttműködés kezdetének tekintve.

## Működtethető-e gazdaságosan egy közkórház?

**Szakértőket kérdezett a témával kapcsolatban a Világgazdaság – online.**

*Ari Lajos*, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének most leköszönt elnöke úgy nyilatkozott: az egészségügy addig marad működőképes, amíg kitar a beszállítók türelme, és ameddig önmérsékletet tanúsítanak a közműszolgáltatások. A kórházak jelentős részében ugyanis bármikor kikapcsolhatnák a villanyt és a gázt, akkora a tartozás.

*Molnár Attila*, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének elnöke úgy látja: „elméletileg igen, gyakorlatilag nem”.

A kórházak felhalmozódott adóssága, mondta, minden év végére hozzávetőlegesen egyhavi finanszírozási összeget tesz ki. Ezt minden évben konszolidálja a kormányzat, ám ez csak tüneti kezelés. Az elmúlt több mint egy évtizedben csaknem hár omhavi finanszírozási ösz-

szegvet vontak el az ágazattól. A kórházak nagyjából kéthavi bevétel tudtak megtakarítani a belső adósság rovására, a működéshez elengedhetetlen karbantartások, eszköz- és műszerpótlások elhalasztásával – húzta alá Molnár, aki hozzátette: a belső adósság részét képezi, hogy eközben kezelni kell az elégségsabban humán erőforrás-krízisnek is nevezett elvándorlást. A harmadik havi finanszírozási hiányt ez ek miatt már végképp nincs miből kipótolni.

*Sinkó Eszter*, az Egészségügyi Minisztérium központosított munkatársa szerint, mivel nagyon sok olyan beavatkozás van, amelyeknek a valós költségét még nyomokban sem fedezi a finanszírozás, ezért a kórházak nem működtethetők gazdaságosan, hiszen a kötelező feladatokhoz nincsenek meg a szükséges források. A probléma az államosítással sem oldódik meg, sőt most már az a pénz is hiányzik a rendszerből, amivel még tulajdonosként az önkormányzatok segítették ki a kórházakat. Ez 2007-ben 110, de még 2009-ben is 92,5 milliárd forintot tett ki – a KSH adatai alapján. Ezt is figyelembe véve, és elismerve, hogy ennek

az összegnek egy jelentős része beruházási célokat szolgált, becslésem szerint 70–80 milliárd forint hiányzik a kórházszakrendelői rendszerből a gazdaságos működtetéshez – fejtette ki Sinkó.

*Rácz Jenő*, a Magyar Kórházszövetség elnöke a kérdésre így válaszolt: Valamennyi jogszabályt betartva, az adott struktúrában, a rendelkezésre álló forrásokból és a szakmai előírásoknak megfelelően Magyarországon egy kórházat sem lehet gazdaságosan üzemeltetni. A napi munkához szükséges források sem biztosítottak, a működés feltételeként előírt minimális személyi és tárgyi feltételek teljesítéséhez, a kötelező bér emelésekre a finanszírozás végképp nem nyújt fedezetet, felújítási-felhalmozási alap pedig, amit a tulajdonosoknak kellene biztosítaniuk, nem létezik – húzta alá Rácz Jenő, aki hozzáfűzte azt is, nem csoda, hogy a kórházak nem jönnek ki a rendelkezésükre álló pénzből, és utólag minden évben több tízmilliárd forinttal ki kell pótolni a költségvetésüket ahhoz, hogy működőképesek maradjanak. (Világgazdaság Online)

# A transzplantáció fejlődése

RADNAI ANNA

*Az Orvosi Hetilap és az Akadémiai Kiadó néhány év kihagyás után ismét megszervezte országos interdiszciplináris továbbképző konferenciáját, melyen a különböző orvosi szakterületek vezető szakemberei tartottak előadást szakmájuk jelenéről és jövőjéről. A transzplantáció nyújtotta lehetőségeket is külön szekcióban tárgyalták.*

A tudományos találkozóra nagy volt az érdeklődés, mindkét napján tömve volt a helyszínül szolgáló Hotel Mercure különterem. A siker indokolt volt, hiszen a szervezők elismert tudományos munkát végző kórházak, valamint a négy egyetem vezető szakembereit, a gyermekgyógyászat, a kardiológia, a hipertónia-kezelés, a szülész-nőgyógyászat, a klinikai genetika, a reumatológia, a gerincsebészet, a gyógyszerészet, a hepatológia és a transzplantáció kiemelkedő képviselőit hívták meg.

A transzplantációs blokk üléselnöke, prof. dr. Langer Róbert „Életkor és transzplantáció” című előadásában arról tájékoztatót, hogy az elmúlt 50 évben a szervátültetés lehetőségei jelentősen bővültek, és ennek megfelelően az ilyen beavatkozások indikációs köre is kitágult. Számos, korábban a műtét végrehajtását lehetetlenné tevő szempont mára nem akadályozza a beavatkozást, ilyen például az életkor – mind a donor, mind a recipiens szempontjából – csecsemő- és újszülöttkorban, valamint 70–80 éves kor felett sem kizárható a transzplantáció. A világ fellejt országaihoz hasonlóan Magyarországon is kitolódta ezeket a korlátokat – mondta Langer Róbert egyetemi tanár, az SE ÁOK Transzplantációs és Sebészeti Klinika képviselőjében.

A vesetranszplantáció alapjairól dr. Szederkényi Edit, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Sebészeti Klinikájának munkatársa szólt. A végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő betegek számára két lehetőség biztosít napjainkban az orvostudomány, a dialízis-kezelés és a veseátültetést. A két választás közül utóbbi előnye, hogy biztosítja a páciens teljes rehabilitációját,

jobb életminőséget és hosszabb túlélést tesz lehetővé. Szederkényi Edit előadásából megtudtuk továbbá, hogy 1954-ben hajtottak végre először a világon sikeressé vesetranszplantációt egyiptei újközött, míg Magyarországon 1962-ben Németh András végezte el először sikeresen ezt az operációt, szintén testvéreken. Ezt követően hazánkban hosszú ideig nem történt hasonló beavatkozás, majd 1973-ban végre szervezett formában indult újra a transzplantációs program. A főorvosnő ezek után a szervátültetés immunológiai feltételeiről, a donorkérdésről, a várólistáról, a transzplantációs sebészet eszközeiről, az utókezelésről és a szervátültetés legújabb eredményeiről értekezett.

Az élő donáció kérdéskörét dr. Wagner László, a SE ÁOK Transzplantációs és Sebészeti Klinikájának munkatársa elemezte tovább „Két vesével születni – egy vesével élni” c. előadásában. A kor előrehaladtával észrevétlenül minden emberben csökken az esetek csökkenése száma, melyből születésünkkor kétszer egymillióval rendelkezünk (vesénként egymillióval). A vesebetegségek nagy részét nem jelzik észlelhető tünetek, ezért Wagner László mindenekelőtt felhívta a figyelmet a nefrológiai szűrővizsgálatok jelentőségére. A szérumkreatinin-szint sajnos csak a veseállomány felének elpusztulása után kezd emelkedni, így a veseelégtelenségre a mai napig sokszor túl későn derül fény, mikor már csak a dialízis vagy a veseátültetés segíthet a betegen. Utóbbi beavatkozás az egyedüli, mely a páciens korábban megszokotthoz nagyon közel álló életminőséghez segítheti. Mivel a recipiens és a donor a műtét megelőzően széles körű kivizsgáláson, azt követően pedig szoros utánkövetéses vizsgálatokon vesz részt, minimális annak veszélye, hogy a donornál veseelégtelenség alakuljon ki. „Egy vesével élni donorként és recipiensként is ez életet jelenthet – mondta a szakember.

Az akut szervátültetés izgalmas témájáról dr. Szabolcs Zoltán, a SE Szív és Érgyógyászati Klinikájának munkatársa értekezett. A magyarországi szívtranszplantációs program húsz évvel ezelőtt indult útjára, ez idő alatt 228 szívátültetést hajtottak végre a szakemberek. A beavatkozások alanyai közül 18-an voltak gyermekek.

A felnőtt programon belül 208 operációra a várólistán került sor. A Városmajori Szívtranszplantációs Centrum az akkreditált felnőtt szívátültetés programjával világszerte nyilatban a középmezőnybe emelkedett. Múlt nyáron Magyarországról csatlakozott az Eurotransplant-hoz, a transzplantációs állapotban lévő, várólistás betegek esélye a donorszervek hazánkban is jelentősen megnőtt. Eddig nyolc személy kapott néhány napon belül új szívet a csatlakozásnak köszönhetően. Nőtt a várólista iránti küldött betegek száma is, és átalakult a donorszervek almasságának elbírálási lehetősége – végeredményben duplájára emelkedett a szívtranszplantációk száma. „A várólistát még intenzívebben fel kell tölteni” – hangsúlyozta Szabolcs Zoltán, az év enként számbavett 25–28 beteg helyett 80–100 páciens várólistára vételének indokolt. Ennek alapvető feltétele a hazai szív- és tüdőambulanciák hatékony működésének megszervezése” – hangsúlyozta előadása végén.

A tüdőtranszplantáció aktualitásairól dr. Rényi-Vámos Ferenc, az Országos Onkológiai Intézet Általános- és Mellkassebészeti Osztály főorvosa számolt be. Számos végállapotú tüdőbetegségben ez az egyetlen lehetséges terápia – mondta. A világon először James Hardy végzett ilyen beavatkozást 1963-ban, beteg azonnal néhány napon belül meghalt. Áttöréshez végül a ciklosporin bevezetése vezetett 1981-ben, mikor a Stanford Egyetemen Bruce Reitz tartós sikert ért el egy kombinált szív- és tüdőátültetéssel járó operációval. Az első hosszú távra megoldást jelentő izóalát tüdőátültetést 1985-ben vezényelt le Joel Cooper Torontóban. A nagyobb mellkasi transzplantációs központokban a '90-es évek eleje óta már rutintól végzik a szakemberek ezt a beavatkozást, 2009-ben már 2769 ilyen műtét történt világszerte.

A terület dinamikusan fejlődik – Rénny-Vámos Ferenc bemutatta a legújabban már minden nagyobb tüdőtranszplantációs centrumban működő perioperatív extracorporalis membrán oxigénátvitel-támogatás módszert (ECMO), az ex vivo perfúziót és számos egyéb újdonságot, melyeket – mint a szakembertől megtudtuk – az egészségügyi kormányzat Magyarországon is honosítani tervez.



# Állami úton?

LÓRÁNTH IDA

*Az egészségügy átalakításának tervei szerint a kórházak állami tulajdonba vétele után egy évvel, vagyis 2013. január 1-jén az önálló egységként működő járóbeteg-szakrendelőket is centrális irányítás alá vonnák az állam vezénylete alatt. Ez a folyamat már a fekvőbeteg-intézményeknél sem volt egyszerű, ám a járóbeteg-ellátóknál még ennél is komplikáltabbnak tűnik.*

**A** Medicina 2000 Járóbeteg-szakellátási Szövetség nyilvántartása szerint pillanatnyilag 430 járóbeteg-ellátó egység rendelkezik OEP-szolgáltatási szerződéssel. Ezeknek körülbelül a háromnegyede a kórházak állami kezelésében automatikusan tulajdonost váltott, mert a járóbeteg-ellátás intenzív egy adott kórház szervezeti részeként, annak épületében működik. A kórházi szakrendelők száma, legalábbis Cserháti Péter helyettes államtitkár bejelentése szerint, a jövő évben további négy elgyarapszik majd. Idén év végéig négy kórházat (Márcali, Körmend, Kalocsa, Makó) a közeli nagyobb intézménybe integrálnak és a jövőben járóbeteg-ellátóként, illetve egynapos sebészeti működnék majd. A kórházi szakrendeléseken kívül négy, önállóan tevékenykedő Pest megyei szakrendelő intézet (Gyömrő, Nagykáta, Szigetszentmiklós, Monor) is állami irányítás alá került.

## Változás a szakaszintjén

A felsoroltakon kívül körülbelül 90 rendelőtintézet és számos, csak néhány szakmát működtető kis szakrendelő tevékenykedik országszerte, és ezek sorsáról kellene dönteni január elsejéig. Mivel ezeknek a rendelőknek rendkívül változatos a tulajdonosi szerkezete, valamint a szolgáltatási palettája, ugyancsak nehéz lesz egy séges, centralizált irányítás alá vonni azokat. Annál inkább, mert a folyamat számos, tekintélyes anyagi vonzattal is járó kérdést is felvet. Alapvető kérdés például, hogy kik ártalanítják majd, és milyen mértékben azokat a településeket, amelyek a saját forrásaikból, esetleg komoly összegű hitel felvételével, önerőből építették fel a saját szakrendelőintézetüket és annak a berendezését, az

eszköz- és gépparkját is így teremteték elő. Továbbá az, hogy mi lesz a rendelők épületének a tulajdonjogával? Marad a régi tulajdonosnál (önkormányzat, nonprofit társaság stb.), vagy az állam azt is bekebelezi? Ha az előbbi mellett döntenek, akkor vajon ki fogja és miből elvégezni az állagmegóvást, fedezni az esetleges épületkárokat, netán a felújítást, bővítést végrehajtani? Ha mindezt az állam vállalná magára, honnan teremt ehhez megfelelő mértékű forrást?

A rendszer átalakításának, illetve a tulajdonosváltásnak a szándéka a szakmai szervezeteket is élen foglalkoztatja. A járóbeteg-szakellátási szövetség október elején közzétette a saját rövid helyzetértékelését és a javaslatait. Ezek szerint a járóbeteg-ellátás területén az elmúlt két évben nem történt érdemi változás, noha a szakaszintjén sokszor és sokan hangsúlyozták ennek az ellátási formának fontosságát és azt, hogy előnyt kell, hogy élvezzen. Ezzel szemben a gyakorlatban azt kellett tapasztalniuk a szakmai képviselőinek, hogy a kúraszerű ellátások továbbra is a kórházi osztályokon realizálódnak, és hogy az ezt a helyzetet megváltoztatni szándékozó jogalkotás is kudarcot vallott. „Szövetségünk tudatában van annak, hogy költségvetési súlya, a jelentkező problémák komplexitása és a humán erőforrás-kriszisyomasztó terhe a kórházi szektor felé tolta az ágazatvezetés figyelmét és a beavatkozás fő irányát. Mindazonáltal ismételt felhívjuk a figyelmet arra, hogy a fekvőbeteg-ellátási struktúra átalakítása a kórházi ellátások kiváltó járóbeteg-szakellátások preferenciájával, a motiváló tényezők (finanszírozás) helyes irányba állításával könnyebb, és segíti a jelenleg szakértői és konzultatív úton lezajló struktúramódosítást. Nem láthatóak azonban a rendszeres szabályozás körvonalai, amelyek ösztönzők kerestetül vinnék jó irányba az ellátórendszert” – állapítja meg a jelenlegi helyzet értékelésében a szövetség. Megoldási javaslatokban többek között megjegyzik: a szakmai képviselői szerint nem halogatható tovább a járóbeteg-ellátás oly módon való fejlesztése, amely ebbe az ellátási formába intenzívan az egynapos sebészeti, illetve a kúraszerű ellátásokat. Ehhez, a kórházi ellátásnál költségvetésnek mértéktudatos finanszírozást kell biztosítani. E cél megvalósításaként javasolják bizonyos konkrét egycsoportok és a plusz ellátáshoz rendelt források járóbeteg-ellátásba történő átirányítását. Ezzel a lépéssel tovább csökkenhetne a drága fekvőbeteg-kapacitás mérő téke. További javaslatként szerepel a kódok arbantartás revíziója, illetve új beavatkozásokkal (pl. infúziós kúrák) való kiegészítése. A szövetség szükségesnek tartja a járóbeteg-ellátás teljesítményvolumen-korlát (TVK) kereteinek a felülvizsgálatát is, aminek keretében javasolják a hosszú várólistával rendelkező szakmák célzott teljesítménykeretének a meghatározását. Ennek megfelelő alapja lehetne az OEP befogadási listája, amelyről pillanatnyilag semmilyen információval nem rendelkezik a szövetség. „A degresszió hiányában a járóbeteg-kasszában megmaradó TVK a járóbeteg-kasszában legyen kiosztva, illetve a felszabaduló fekvőbeteg-kapacitások finanszírozásának legalább egy jelentős részét (30 százalék) a járóbeteg-kassa felé szükséges átirányítani. A járóbeteg-kassa 70 százaléka ugyanis kórházakhoz jut, ugyanaz a formában, hatékonyabb ellátásra ösztönözve a szolgáltatókat jutna el az intézményekhez” – javasolja a szövetség, majd a továbbiakban megjegyzi: az idén augusztusi központi bért megemelés üdvözlendő lépés volt, ám annak hiányosságaira is fel kell hívni a figyelmet. Például arra, hogy az intézményeknél kevés forrás maradt az inflációs folyamatok hatásainak az ellensúlyozására, illetve az áfaemelés elleni tiltakozására. Polarizálódott a rendelőkben dolgozók bérezése. A szövetség azt is hangsúlyozza, hogy az orvosok Magyarországon tartásához nem elegendő a bérük rendezése, ahhoz a megfelelő munkakörülmények megteremtésére is szükség van. Ettől persze még a bérezés kérdése is kardinalis pont marad, hiszen az ágazat alulfinanszírozottsága közismert. Kiemelt figyelmet érdemel továbbá az egymással nem harmonizáló minimumfeltételek rendszerének és a finanszírozásnak a kiegyenlítése is.

9 | Kórház 2012/10-11. AKTUALIS

## Hatékonyabb ellátás

Nagyon körültekintően és kizárólag szakmai érvek alapján kell eldöntenünk a járóbeteg-ellátás átszervezésének az irányát – véli Varga Imre a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg-szakellátási Szövetség korábbi elnöke, aki maga is gyakorló orvos, így bőségesek a tapasztalatai, és jól ismeri az ellátás aktuális problémáit. Értékelésünkre elmondta, hogy a megfelelő döntés meghozatala érdekében a szakmai képviselői és a GY-EMSZI szakértői hetente folytatnak egyeztető tárgyalásokat. A járóbeteg-ellátás szakértőinek álláspontja szerint a kórházak, és az azok irányítása alatt működő szakrendelők államosítása után a megmaradt, körülbelül egyharmadnyi

önálló, nagy on v egyes tulajdonosi körrel és (alapellátási, v édőői) feladatokkal rendelkező intézmény további sorsára különösen nagy figyelmet kellene fordítani. Ezek a rendelők szinte napi kapcsolatban állnak a lakossággal, ezért a jövőben az ott észlelt esetleges hiányosságokra a betegek sokkal érzékenyebben éshevesebben fognak reagálni, mint a kórházi működési anomáliákra. Hiszen a f ekvőbeteg-ellátást sokkal ritkábban veszik igénybe, mint a járóbeteg-rendelések szolgálatát. Szint e bizt osra vehető, hogy a kórházi várólisták hosszabbodását még visz onyilag türelmesen tudomásul vevő betegek tömege a járóbeteg-rendelésekre való várakozási idő megnövekedését már nem nyugtázná ilyen egykedvűen. A szakma álláspontja szerint a különböző tulajdonosi körök által fenntartott önálló rendelőintézeteknél elsősorban nem a tulajdonlást kellene megváltoztatni, hanem a hatásköröket és a finanszírozást. A nyugati példákhoz hasonlóan több szakma esetében a kórházi ellátás helyett nagyobb hangsúlyt kellene, hogy kapjon a járóbeteg-szakellátás, (mint például a gasztroenterológia, a proktológia), de ki-

emelkedő költséghatékonytágot eredményezhetne új profilként a nappali ellátások bővítése (egynapos sebészeten kívűl a nappali kórházi tevékenység) is, mely már régen szerepel a szövetség által javasolt korr ekciók között. A szak rendelők megnövelt teljesítménykerettel képesek lennének ellátni a betegek többségét, megtakarítva ezzel a magasabb (és többeségében felesleges) kórházi költségeket. Az olcsóbb ellátás mellett a beteg is és a kórházak is jobb helyzetbe kerülnének. Az előbbi azért, mert a lakóhelyén megkaphatná a neki szükséges ellátást, ráadásul a kórházi bennfekvés idejével sem kellene számolnia, a kórházaknál pedig csökkenének a hosszúra nyúlt várólisták, mivel az ellátás terhei részben áthelyeződnek a járóbeteg-ellátásra. A koncepciózus programalkotás jelentős kapacitás-átrendeződést eredményezhetne! – fogalmazta meg véleményét Varga doktor.

#### Pluszforrás az integráltaknak

Az OEP főigazgatója, dr. S. S. élleiné M. árki Mária, október 16-i kelt. ezéssel értesítést juttatott el valamennyi, már állami kezelés

alatt álló járóbeteg-ellátó intézmény vezetőjéhez. Abban a többek között közli: egy kormányrendelet módosítása értelmében a nem integrált, vagyis önállóan működő járóbeteg-szakellátóktól visszavont, illetve általuk visszafizetett konszolidációs támogatás összegét át csoportosították, így az TVK-keretként teljes mértékben visszadásra kerül az érintett szolgálatoknak. „Tekintettel arra, hogy a szolgálatoknak a 2012. évre vonatkozó TVK felhasználására kizárólag a 2012. október végéig nyújtott teljesítmények alapján van lehetőség, továbbá a bizt osítandó többlet TVK mértéke egyes szolgálatok esetében a határvit teljesítményvolumen-keretükhöz képest jelentős mértékű, így ezt a TVK-t ez év végéig már nem lenne a szolgálatoknak lehetőségük teljes mértékben felhasználni, ha kizárólag a finanszírozási év még hátralévő idejében nyújtott teljesítményeik során használhatnák fel” – áll az OEP értesítésében. Majd ezt folytatva közli: a rendelkezésre álló forrás a 2011. november és a 2012. október közötti periódusra használható fel, az OEP által meghatározott módon.

## Államosítást csak annak, aki akarja?

*1992 és 2011 között 71 százalékkal nőtt az orvos-beteg találkozások száma a járóbeteg-ellátásban.*

Januártól csak azokat a szakrendelőket veszik „állami gondoskodásba”, amelyek tulajdonosa ezt kifejezetten kéri. Mindebben nyilvánvalóan szerepet játszik ott a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozata és Tanácsa (ME TT) véleménye (lásd a következő oldalon – a szerk.), amely nem támogatja a járóbeteg-szakellátók állami tulajdonba vételét – olvasható a MedicalOnline portálon.

Bár máig nem vált nyilvánossá: lényegében eldőlt, hogy a Cserháti Péter által korábban bejelentetteknek megfélemlően csak azokat a szakrendelőket veszik „állami gondoskodásba”, amelyek tulajdonosa/fenntartója ezt kifejezetten kéri. Mindezt indokolhatják Páztélyi Zsolt-nak, a Medicina 2000 elnökének korábbi szavai, amelyek szerint gyakorlatilag nem sok minden változott tavaly óta a járóbeteg-ellátás szempontjából. Az intézmény-

eknek továbbra sem érdeklük definitív ellátást nyújtani, s bár a szak rendelők körül nem volt botrány, továbbra sem írt a sajtó a kórházhoz hasonló eladósodásról, „csendes leépülés” folyik a területen. A kistérségi járóbeteg-ellátók gondjai valamennyire megoldódtak, de baj van az úgynevezett kúraszerű ellátásokkal. A kórházi ágyak leépítése nyomán növekvő szakorvos óraszám finanszírozását a meglévő kapacitásból pótolják – a már meglévők kárára, miniszteri keretből.

Magyarországon – unikumként – egységes intézményi keretben többféle szakorvos elérhető a betegek számára egy helyen, azaz mint egy „egészségügyi pláza”, a páciensek mindent megtalálhatnak egy helyen.

Dr. Imre László, a GY-EMSZI Egészség-szervezési és Finanszírozási Főigazgatóságához tartozó főigazgató-helyettes adatai azonosan megerősítik: 1992 és 2011 között 71 százalékkal nőtt az orvos-beteg találkozások száma a járóbeteg-ellátásban, és az esetek száma kétszer annyi, mint az OECD-országok átlaga. Mindeközben 52 százalékkal csökkent az orvosnál eltöltött idő. Magyarországon

ugyanakkor a területre jutó ráfordítások nem érik el az OECD-átlagot. Igaz, a f ekvőbeteg-ellátásban még kevésbé, így tehát nem javasolható, hogy a f ekvőbeteg-ellátási kapacitásból csoportosítsanak át pénzt a járóbeteg-ellátásra – közölte a főigazgató-helyettes. A szakember a szövetséghez hasonlóan fontosnak tartja a kapacitások és a teljesítményvolumenkorlát kioldásának felülvizsgálatát, s további vizsgálatokat tart szükségesnek egyebek között az esetalapú finanszírozás, illetve a szakmacsoportos TVK esetleges bevezetésével kapcsolatban.

Egy, a MedicalOnline birtokába került előterjesztés alapján a járóbeteg-ellátásban mérhető 11,3 orvos-beteg találkozás évente a legmagasabb a vizsgált öt EU-ország között. Az ellátás volumenét ma hist orikusan kialakult kapacitások határozzák meg, amelyekben a budapesti régió túlzottan apacitási kiugró mértékűek. Az egy betegre jutó kiadások kistérségenként jelentős eltéréseket mutatnak, amelyek nem vezethetőek vissza földrajzilag egyetlen kapacitásokra és a „betegség-mix” eltéréseire sem.

MedicalOnline



# Leállítanák az államosítást a járóbeteg-ellátásban

*Nagyobb zavarokat okozhat az ellátásban az államosítás, mint amekkora hozadékkal bírna.*

**N**em támogatja a Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozata és Tanácsa a kórházfüggetlen járóbeteg-szakellátó szolgáltatók jövőbeni állami tulajdonba vételét – összegezték állásfoglalásukban. Úgy vélték, ezek központi tulajdonlásba és irányításba vonása rendkívül körülményes, bürokratikus és forrásigényes, továbbá rugalmatlan ügymenetet biztosít, ezzel nagyobb zavarokat okozhat az ellátás folyamatosságában, mint amekkora hozadékkal bírna a közvetlen állami tulajdonlás. A tagozat állásfoglalása az alábbiakban olvasható.

## **A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozat és Tanács METT-2012/6. sz. együttes állásfoglalása a járóbeteg-szakellátó rendszer tulajdonosi feladatainak állami körbe vonásáról**

1. A tanácskozás időpontja: a Tagozat és a Tanács 2012. szeptember 26-i együttes ülésén tárgyalta a témát.

2. Az állásfoglalást szükségessé tevő fejlemények: A megyei, majd az önkormányzati tulajdonú városi kórházak tulajdonosi és fenntartói jogainak átvétele után 2013. január 1-től a teljes járóbeteg-szakellátás állami kézbe vételét is kötelezővé teszi az egészségügyi törvény módosítása. Bár néhány tulajdonos jelezte, hogy kívánatosnak tartja az átvételt, a szolgáltatók tulajdonosainak nagyobb része ellenében szándékkal kapcsolatban kétségeit fogalmazta meg.

A Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozata (továbbiakban METT) áttekintette az egészségügyi ellátók állami átvételének eddigi tapasztalatait valamint az államosításnak az egészségügyi ellátórendszer működésére gyakorolt hatását, és ennek fényében megvizsgálta a járóbeteg-szakellátó szolgáltatók államosításának prognosztizálható előnyeit és hátrányait.

3. Fontosabb megállapításaink: A METT megállapította, hogy az ideális esetben a járóbeteg-szakellátók

helyzetét – szervezeti hovatartozástól függetlenül – több pontban alapvetően megváltoztatták. A járóbeteg-szakellátási intézmények közül:

- a kórházi ambulanciákat már az év első felében az állam irányítása alá vették,
- az integrált járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátó intézmények ugyancsak állami kézbe kerültek,
- egyedül a kórházfüggetlen járóbeteg-szakellátók maradtak meg – többé-kevésbé intakt formában.

A Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozat és Tanács álláspontja szerint a járóbeteg-szakellátás államosításának mérlege – köszönhetően a kórházi szektorban bekövetkező változásoknak – már az ideális esetben meghaladta a dominanciához szükséges kritikus mértéket, ezért a METT a kórházfüggetlen járóbeteg-szakellátó szolgáltatók jövőbeni állami tulajdonba vételét nem támogatja.

## **Indoklás**

(1) Az egyik legfontosabb európai alapelv a szubszidiaritás elve, amely szerint a feladatokat nem szabad magasabb, centralizáltabb szintre emelni, ha azok alacsonyabb, közösségi szinten is elláthatók. Így valósulhat meg egy szorosabb állampolgári kontroll, és a helyi igényekre, valamint az okváltozásra gyorsan és rugalmasan reagáló, hatékonyan működtethető ellátórendszer.

(2) A szakrendelők függetlensége biztosíthatja, hogy ne csak a fekvőbeteg-szakellátás „előszobájaként” működjenek, hanem definitív ellátások, szoros gondozás nyújtásával megelőzzék, kiváltásuk a szükségtelem kórházi belfekvéseket. Szabályozókkal, ösztönzőkkel – a Semmelweis-tervben is megfogalmazottan – ezt a funkciójukat erősíteni szükséges.

(3) Ez az intézmények államosításának elmaradása nem veszélyezteteti és nem akadályozza a Semmelweis-tervben megfogalmazott átalakítások, az egészségügyi ellátórendszer működésének, működtetésének tervezett (és kívánatos) átszervezését. A járóbeteg-szakellátási kapacitások (nyújtott szolgáltatási órák) 72%-a és a finanszírozott járóbeteg-szakellátási teljesítmény 71%-a már jelenleg is a központi fenntartású, államosított intézményekben

(megyei és városi kórházakban) érhető el, azaz döntő és meghatározó súlyú az állami szerepvállalás. Ezzel az állam már most is meghatározó szereppel bír a járóbeteg-szakellátások terén, ezért a továbbiakban pusztán szabályozó eszközök használata elegendő a kívánt állami szándékok átvitelére, a jelenleg nem állami tulajdonú szolgáltatók igazodásának biztosítására. E szabályozók vonatkozhatnak kapacitási, igénybevételi, finanszírozási szempontokra egyaránt, elősegítve a funkcionális integrációt, a betegutak szervezését, az ellátási minőségének javítását.

(4) A kórházfüggetlen (így nem állami tulajdonú) 270 járóbeteg-szakellátó összesített finanszírozási súlya alig éri el a szakellátási kapacitása 5 százalékát, melyek között 90 nagyobb rendelőintézet található. A 170 egyébként kisebb szolgáltató közül 148 pedig csak egy vagy kétszakmás ellátást végez, több a magántulajdonú szolgáltató, gyakorlatilag praxisméretű ellátó. 150 járóbeteg-szolgáltató finanszírozása nem haladja meg a havi 1,5 millió forintot. Ezek központi tulajdonlásba és irányításba vonása rendkívül körülményes, bürokratikus és forrásigényes, továbbá rugalmatlan ügymenetet biztosít, ezzel nagyobb zavarokat okozhat az ellátás folyamatosságában, mint amekkora hozadékkal bírna a közvetlen állami tulajdonlás.

(5) Fontos rámutatni arra, hogy a járóbeteg-szakellátás a Semmelweis-tervben rögzített feladatait és szerepét, a fekvőbeteg-ellátások kiváltását, ezzel az ellátások hatékonyságának, hozzáférhetőségének és biztonságának növelését nem teheti be az évek óta húzóórájú, égető szükségességű kódkezelés, kódrevízió, szükségletalapú normatívák kidolgozása, a járóbeteg-ellátási formában történő gondozás-kivizsgálás ösztönzése nélkül. E feladatok elvégzésére kiemelt prioritással a következő 12 hónapban feltétlenül sort kell keríteni.

(6) A jövőben a figyelmet az egyébként is szűk erőforrásokat felemésztő, de csekély eredményességgel kecsegtető további állami részarány növelése helyett a szabályozás átalakítására, az ellátási folyamatok monitorizálására szükséges fordítani – jelen helyzetben ezzel hatékonyabban tejesíthetők a Semmelweis Tervben rögzített célkitűzések.

*Weborvos*

# Megfelelni nem könnyű, de kötelező

RADNAI ANNA

*A kórházi infektókontroll szabályozásában bekövetkezett változásokról, eredményekről és hiányosságokról beszélgetünk dr. Szilágyi Emesével, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Járványügyi Főosztályának vezetőhelyettesével.*

*– Mikor frissültek utoljára a kórházhigiénére vonatkozó minimumfeltételek Magyarországon?*

– A kórházhigiénére vonatkozó minimumfeltételeket külön rendelet, a 20/2009, az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzéséről, a tevékenységek szakmai minimumfeltételeiről és felügyeletéről szóló egészségügyi miniszteri rendelet szabályozza. Május elsejétől lépett életbe a rendelet legújabb módosítása.

*– Milyen lényeges pontokon történt változás a rendeletben?*

– Kiegészült a mikrobiológiai monitorrendszer kötelezettségével, ma már valamennyi kórháznak és laboratóriumnak kötelezően részt kell vennie az Országos Epidemiológiai Központ Nemzeti Baktériológiai Surveillance rendszerében. Indult továbbá egy antibiotikum-felhasználásról szóló monitorrendszer, mely szintén adat-szolgáltatási kötelezettséget ró az intézményekre. Kötelező lett kórházi belépéskor az infektókontroll-oktatás, a tananyag tartalmára vonatkozóan megadtuk a minimum-témaköröket. Éves rendszerességgel oktatásban kell részesíteni a kórház munkavállalóit is. Pontosítottuk az infektókontrollra vonatkozó személyi feltételeket, a nővérek vonatkozásában 300 ágyra határoztunk meg minimum egy szak képzett epidemiológiai ápolót, de 400 ágyra már két nővér alkalmazása szükséges. A módosításra az érvényes oltás szükség, mert 2009-ben megjelent egy, az ellátással összefüggő fertőzések megelőzését és leküzdését is magában foglaló megbízhatóságról szóló Európa tanácsi ajánlás, melyet beépítettünk a hazai gyakorlatba.

*– Magyarországot és a nyugat-európai országokat összehasonlítva vannak-e külön-*

*ségek az említett ajánlásban megfogalmazott elvek betartásához szükséges tárgyi és személyi feltételekben?*

– A magyarországi jogszabály korszerű, szinte mindent beépítettünk a hazai szabályozásba, ami a struktúrára és a személyi feltételekre vonatkozik. Az előírások betartásához szükséges tárgyi feltételek nem sokat változtak, ezeket eddig is ellenőriztük, és nagyjából rendben találtuk. Előírás, hogy külön csoport, vagy ha a kórház mérete ezt szükségessé teszi, akkor külön osztály foglalkozzon azzal, hogy online jelentési rendszer működjön a mindennapokban. A noszokomialis fertőzésekre vonatkozóan 2006 óta létezik online jelentési kötelezettség, ennek meg is éltem valamilyeni intézmény. Időben telik, míg a személyi feltételeket maradéktalanul mindenhol teljesíteni lehet, de előzetes elmerésünk alapján elmondhatom, hogy ez sem okoz sok ellátóhelyen gondot. Ahol szükség van rá, ott igénybe veszik az ETI epidemiológiai szakápolói képzetét, melyen az ápolók munka mellett vesznek részt.

*– Vannak-e olyan, a kórházhigiénét elősegítő eszközök, amelyek jellemzően hiányoznak a hazai egészségügyi rendszerben, gondolok itt akár a kézhigiéné tárgyi feltételeiről, az elegendő számú ágyra és szobára a fertőző beteg elkülönítése céljából?*

– Az egyágyas, fűdősobás, izolációs kórtérmekek jelentősen elősegítik egy kórház infektókontroll-tevékenységét, az orban ez Magyarországon kevés intézményben érvényesülhet, mivel sok nagykorú természetes kórház épült a korábbi évtizedekben. A kontaktizolációs rendszabályok betartása mellett az orban megbízhatóan meg lehet előzni egy kórtérmen belül is a fertőzés átvitelét egyik betegről a másikra. Új kórházakban talán, és még egy-két helyen kiépítettek izolációs kórtérmet. A kézfertőtlenítőszer-ellátást országos szinten nem tudjuk megítélni, ám konferenciákon elhangzik, hogy az intézmények számos helyen egy keretben kapnak a gyógyszerre és a kézfertőtlenítőre, így ha hóvégen szükség van egy drága gyógyszerre, akkor akadozik a kézhigiéné feltételeinek biztosítása. A dott esetben lehet raktárkészlete az infektókontroll-osztály-

nak vagy kérhetnek kölcsön kézfertőtlenítőszert, de ezek a megoldások esetlegesen, így ez en a helyzeten mindenképpen javítani kell. A kézhigiéné feltételein nem szabad spórolni, hiszen ez a legköltséghatékonyabb módja a fertőzések elkerülésének. Kimutattam tény, hogy a legtöbb kórházon belüli fertőzés a nem megfelelő kézhigiéné következménye.

*– Kapnak-e a kórházak segítséget ezen problémák orvosolására akár kormányzati szinten, vannak-e a minisztérium részéről pl.*



Dr. Szilágyi Emese

*arra vonatkozó felmérések, hogy mi hiányzik az intézményekben a higiénés szabályok betartásához?*

– Az infektókontrollra vonatkozó rendelet végrehajtásáért az intézmények főigazgatói felelősek. Szakmai körökben szó van arról, hogy a biztosításon belül a sterilizáláshoz hasonlóan az infektókontrollra is külön keret vonatkozzon, de ha néhány kórház jól meg tudja oldani ezt a kérdést, az azt jelenti, hogy többnyire meg is lehet oldani.

*– Vannak-e eredményei a Hivatal néhány évvel ezelőtti kezdeményezéseiről, a kézhigiéné javítása érdekében tett erőfeszítéseinek?*

– A WHO felhívásának megfelelően tavaly március 1-én indítottuk el a Nemzeti Kézhigiénés Kampányt, melynek keretében minden kórházban megfelelő képzésben részesítettünk két szakembert. A mai napig zajlanak az intézményekben ilyen irányú oktatások. Felmérésünk alapján mondhatom, hogy a kórházak több mint 90%-ában prioritásként kezelik a kézhigiénés gyakorlat fejlesztését, monitorozzák az alkoholos kézfertőtlenítő szer felhasználását – növekvő tendenciát tapasztal-



talnak –, direkt megfigyeléses kézhigiénés compliance vizsgálatot is végeznek, vagyis felméri, hogy munkatársaik az ideálisra képest hányszor fertőtlenítik kezüket – és itt is javulás észlelhető. A WHO irányelve azt is meghatározza, hogy minden betegellátási ponton legyen fertőtlenítőszer-adagoló – ennek a szempontnak is egyetemes kórházi osztályon megfelelő a struktúra – az intenzív terápiás osztályok több mint 75%-ánál adottak az előírt körülmények, de a maradék 25% esetében is két ágyanként felszerelték a szükséges eszközt. Több mint egy év távlatában már jól látható a fejlődés.

*– Mennyire hozható összefüggésbe a kórházakon belül a humán erőforrás-hiány a higiéné feltételeinek hiányával – az egyik hanyatlása maga után hozza-e a másik romlását a gyakorlatban?*

– Vannak tanulmányok, melyek szerint minél több beteget lát el egy nővér az optimális felett, annál inkább nő a fertőzések kockázata. Az is ismeretügyenak, hogy ha egy ébként nem az adott osztályon dolgozó nővérekkel egészül ki az ápolólétszám, akkor is nő a fertőzések kockázata. Magyarországon még nem történt ilyen felmérés, de nyilvánvaló, hogy egy túlerhelyezett egészségügyi dolgozó nem tudja úgy betartani az előírásokat, ahogyan az szükséges volna.

*– Egyik-másik kórházról fel-felöppen a hír, hogy sok műtéti fertőzés következik be falain belül. Mi van a műtők sterilizálásának eszményi módja?*

– A műtők fertőtlenítése rendkívül szigorú szabályozás szerezte. A műtőközbeni fertőzés kialakulásának számtalan összetevője van, műtőelőtti, műtőalatti és műtőutáni sebápolás közben is bekövetkezhet a fertőzés. A lehető legszabályozottabban kell levezényelni az előkészítést, és előnyös, ha a beteg minél kevesebb időt tartózkodik a kórházban a beavatkozás után. Fontos, hogy az operáció előtt is szabályosan fertőtlenítsék a páciens bőr felületét, csak a beavatkozás előtt közvetlenül borotválják le a szőrt, ha ez szükséges. Sokat jelent, ha kéziműveles sebészeti technikákat alkalmaznak, és cél az is, hogy minél kevesebb szennyeződés tartózkodjon a műtőben az operáció közben. Az utólagos sebkezelés is akkor jó, ha szakszertű. A Nemzeti Nosokomiális Surveillance Rendszeren belül található a Sebfertőzés Surveillance modul, amely 2004 óta működik, és országos adatbázist tartalmaz a különböző műtéti típusok vonatkozásában. A standard nemzetközi definíciókat és módszertant alkalmazza a

sebfertőzések azonosítására. A kórházak nagy része részt vesz az adatszolgáltatásban, és ezek alapján rendszeres jelentést küldünk az Európai Unióba. A sebfertőzési arányok országos átlaga nem magasabb az európai átlagoknál, bár természetesen vannak olyan intézmények, ahol a vártnál több ilyen jellegű fertőzés történt. Pont azért jó a monitoringos rendszer, hogy ezeken az ellátóhelyeken sorra veyék a sebfertőzés megelőzése érdekében betartandó szabályokat és megvizsgálják, hogy mely pontokon található elmaradás, majd lépéseket tegyenek a hiányosságok kiküszöbölésére. Az tévhit, hogy a műtőket időnként el kell köztöztetni. Ha a helyiségeket szabályosan alakították ki, megfelelően karbantartják, mesterséges levegőellátó rendszerrel működtek, ellenőrzik a pozitív nyomást, rendszeresen tisztítják és cserélik a szűrőket stb., akkor nincs szükség a költözésre.

*– Ehhez kap is valamilyen segítséget az adott intézmény?*

– A kórházak belső ügyeifeltételeknek megfelelni, a főigazgató felelőssége intézkedni ilyen esetekben. Az egészségügyi hatóság és az Országos Epidemiológiai Központ nem áll olyan jellegű jogviszonyban a kórházakkal, hogy ezeket a feladatokat magára veye. Nálunk az országos adatok elemzése és visszacsatolása zajlik, szakmai tanácsadást végzünk, a hatóság ellenőriz, de elsősorban a helyi kórház higiénés osztálya kezdeményezésére, a kórházvezetés támogatásával kell ezeknek a feltételeknek teljesülniük.

*– Valóban ezek a tevékenységek az első lépések a feltételek teljesülése érdekében, de ha a*

*kórházak finanszírozásából nem futja valamilyen, higiénés szempontjából nélkülözhetetlen eszköze, akkor mi a teendő?*

– Ez egészségpolitikai kérdés, a finanszírozáshoz az ÁNTSZ-nek nincs köze. Megadjuk az országos keretet, módszertant, szakmai támogatást, felülvizsgálatot, módszertani leveleket teszünk közzé, oktatást szervezünk, stb. Szoros kapcsolatunk van a kórházakkal, és azért azt tapasztaljuk, hogy ahol a menedzsment megérti, hogy milyen fontos az infektókontroll, ott sikerül megteremtteni a feltételeket.

*– Mi történt az MRSA elleni küzdelemben az elmúlt két évben – változott-e bármit a helyzet?*

– Az utóbbi egy-két évben nem nőtt az MRSA előfordulása, legalább stabilizálódott a helyzet. Emellett az utóbban megjelentek a Gram-negatív multirezisztens kórokozók, tehát általánosságban nem lehet mondani, hogy javult volna a helyzet. Az ezek ellen való küzdelem sok szempontból hasonló az MRSA elleni tennivalókkal, más szempontokból azonban speciális, mert ezek a kórokozók máshol kolonizálódnak, nincs dekolonizációs lehetőség, és a terápiás eszköztár is nagyon szűk. Országos ajánlásokat, módszertani leveleket dolgoztunk ki visszaszorításukra, melyek megtalálhatók az Országos Epidemiológiai Központ honlapján és az EpiInfo aktuális számaiban. A helyes infektókontroll révén az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések több mint harmada, esetenként felmegelőzhető, a célzott, szakszerű antibiotikumterápia pedig hozzájárul a multirezisztens kórokozók visszaszorításához.

## Helyreigazítás

Bozóki Zoltán, a MedNetwork Kft. ügyvezető igazgatója a következő helyreigazítás közlésére kérte lapunkat, 2012/7-8. lapszámunk 16. oldalán megjelent írásunkkal kapcsolatban.

„A Sanamij termékek gyártása nem szűnt meg, gyári alkatrészeket és részeségeket most is lehet rendelni a gyárból, mely a Belimed AG része és tulajdona. Valójában ezzel kapcsolatosan gondolom nyilatkozni a tulajdonos illetékes, nem ismeretlen harmadik személy. A Belimed magyar leányvállalata megszűntetésének okairól véleményem szerint a tulajdonos és partnerei illetékesek nyilatkozni. Üzletpolitikai stratégiai döntés keretében kizárólagos képviselőként, a MedNetwork Kft.-vel együttműködve folytatja tevékenységét Magyarországon a Belimed AG, a hatékonyabb és eredményesebb működés érdekében. Ez a struktúra és irány nem nevezhető ritkaságnak jelenleg. A Belimed Infektókontroll Kft. jogait, kötelezettségeit, szerződésállományát és dolgozóit munkáltatói jogutóllal üzleti és átruházási szerződés keretében megvásárolta a MedNetwork Kft., így tekintetben nem helytálló a „jogutód nélkül megszűnt” kifejezés.

Szakmaiságunkban bízva az a kérésünk, hogy a megfelelő és formában adjanak teret a korrekció korrekciójának.”

# Ekötelezett döntéshozók kellene

SÁNDOR JUDIT

*Még a kórházakon belüli logisztikai utakat is képesek követni a minél teljesebbé váló monitoringrendszerrel. Szócska Miklós államtitkár szerint, aki többek között azt taglalta egy szakmai konferencián, miért fontosak az adatok, s ebből a szempontból miért volt hasznos az államosítás.*

**E**gyik legfőbb hozadéka az egészségügyi intézmények államosításának, hogy a folyamatosan gyűjtött adatokat egységesen tudják kezelni, értelmezni – fogalmazott dr. Szócska Miklós egészségügyért felelős államtitkár a Medical Tribune a gyógyszer- és egészségipar költséghatékonyságának lehetségeségeivel foglalkozó konferenciáján október 4-én. Ennek köszönhetően immár olyan, egyre teljesebbé váló monitoringrendszert tudnak létr ehözni, amely még a kórházakon belüli logisztikai utakat is látni engedi. Ismerik a betegek mozgását, az adósságállomány alakulását, tudják, mely beszállító cégek kerültek mára monopolhelyzetbe. Ennek a meg nem nevezett, csak számszerűsített 12–14 cégnek azt üzentte, hogy „tévednek, ha azt hiszik, hogy az egészségügy szabadpiac”, s jelezte, hogy a monopoljellegű beszerzéseket fel kívánják számolni a szűzödések átvilágításával, amellyel a tervek szerint az ország folyamán végeznek. Az abszolút titkosan kezelt gáztendertől sok százmillió megtagadást várnak, bár a Világgazdaság információi szerint vonzerő híján nem volt verseny, és a Főgáz biztosíthatja az államosított egészségügyi intézmények gázellátását nyolc hónapon át novembertől.

Az államtitkár jelezte, hogy komolyan tekinti az informatikát és a mobil-, valamint vonalas telefonokat is. Ennek szellemében 29 kórház már ingyesen hívhatja egymást, év végére 50 lehet a számuk, de akár 80 intézmény is bekerülhet a körbe, mire a közbeszerzések lezárulnak. A központi gyógyszer-tender is idén indul, 40–60 molekula szerepel az első körben a gyógyszerterápiás tanácsja vaslata alapján. Szintén közbeszerzés várható a kórházak áramellátására, valamint néhány orvostechikai eszközre. Összességében, több kórház éves költségvetését fogják megtakarítani reményeik szerint a centralizált beszerzésekkel.



Dr. Gajdácsi József

## Bővítik a tételes jelentési rendszert

Az új jelentési rendszerre épülő tételes finanszírozási technika lehetővé teszi a nagy értékű gyógyszerek, eszközök és eljárások transzparens, eredményalapú, költség-tudatos követését, illetve a komplex jelentőséggel bírhat a szakmai irányelvek és az új finanszírozási irányok kijelölésében, fogalmazta meg az idén márciusban bevezetett jelentési rendszer pozitívumait dr. Gajdácsi József, az OEP főigazgató-helyettese. A z év végéig, jövő év elejéig a tételes finanszírozásban alkalmazott jelentési rendszert kiterjesztik a nagy értékű eszközökre (ICD, PM, szívümbillentyű), valamint eljárásokra (transzplantáció), 2013 júliusától pedig a várólistás, nagy értékű vagy népegészségügyi szempontból kiemelt eljárásokra: t érdrprotézis-, infarktus- és gerincműtét-regiszterek. Jelenleg 2363 felhasználója van a rendszernek, amelybe nyolcvan intézmény jelent, és 24 készítményt számolnak el 23 szakmaspecifikus adatlapon. Elsősorban onkológiai gyógyszerek esetében volt szükség az eredetileg tervezetthez képest többletmennyiség beszerzésére, amit az OEP közbeszerzési eljárás keretében biztosítani tudott, s a Pénztárnál úgy látják, elegendő lesz év végéig a forrás a folyamatos betegellátáshoz a tételes szerek esetében.

## Egyedi betegutak szintjén vizsgálódnak

Hihetetlen mennyiségű, mintegy 11 terabájtnyi adata van az OEP-nek – tájékoztatta a hallgatóságot dr. Bidló Judit, az OEP Gyógyszerár-támogatási Főosztályának ve-

zetője – beleértve az évi 120 millió orvos-beteg találkozást, a felírt 160 millió vényet, valamint a kapcsolatot a 148 külső adatbázissal. Az adatok vizsgálatával elsősorban kvantitatív eredményeket tudnak nyerni, a minőségi információk inkább utólag szerezhetők be (lásd például a diabétesz-betegek felülvizsgálatát).

A költséges terápiáknál vizsgálják a gyártó által ígért eredményt, ezért ahol lehetséges, akár az egyedi betegutak szintjén nézik a készítményeket. Érdeklődésként hozta fel például az egyik onkológiai készítményt, amelyre a gyártó finanszírozási kérelmet nyújtott be, s azt állította, hogy a progressziómentes túlélés a placeboval szemben 1,9 hónapról 4,9 hónapra nővel. A terápia egyedi méltányosság keretében finanszírozta az OEP. Az adatok elemzése azonban nem igazolta a gyártó ígértét, mert elmaradtak az eredmények, amire a gyógyszerkiváltásból következtetett a Pénztár: a betegek ugyanis vélhetően a progresszió bekövetkeztéig váltották ki gyógyszerüket, ez pedig három hónap volt a 4,9 helyett. Ezért a kockázatot ilyenkor megpróbálják a gyártóra terhelni, vagyis ebben az esetben a gyártóval fizettetni a három hónapra szóló terápiát, és ha valóban hat a terápia, akkor a további finanszírozást már az OEP vállalja. Bidló Judit a példaképcsán megjegyezte, hogy ilyen mélységű követésre nem mindig van lehetőség a Pénztárnak, hiszen vannak ennél jóval bonyolultabb esetek.

## Stratégiai ipar a gyógyszergyártás

A gyógyszeriparnak stratégiai ipari státust kell adni, és innováció-barát klímát biztosítani a mindenkori kormányoknak, fogalmazott dr. Leitner György, az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének elnöke. A növekedésre vonatkozóan jelenleg kedvezőtlen kilátásokkal számol az elkövetkező három évben az ágazat, ráadásul sereghajtók vagyunk az új terápia befogadását tekintve az uniós országok között. A gyógyszeripar könnyűpréda a fiskális prioritású kormányzatnak, ugyanakkor társadalmi és gazdasági elvárás fogalmazódik meg a gyártókkal szemben. Meg kell találni újra az egyensúlyt a finanszírozási lehetőségek és az innováció között. Leitner György szerint, aki ismét elten felhívta a figyelmet a térítési díjak igazságtalanságára: míg egyes gyógyszerek olyan olcsók, hogy a doboz díját sem kell megfi-



zetni értük, más szereket viszont nem tudnak kiváltani a betegek.

Az új gyógyszer befordításának sajátosságairól beszélt dr. Dankó Dávid, a Corvinus Egyetem munkatársa. Elismeri te, hogy az OEP törekszik a befordításokra, ám oly módon, hogy az zéró kiadással járjon, sőt, ha lehet, megtakarítást generáljon. Erre csak a választékbővítő készítményeknél van lehetőség, egyébként értelmetlen az elvárás egy érdemi innovatív terméktől, tette hozzá. Rámutatott, hogy hazánk csak a nőgyógyászati, endokrinológiai és neurológiai gyógyszerek befordítása terén tudott lépést tartani a többi állammal, de például a végstádiumú onkológiai készítmények esetében nagy az „ódkódás”, mert egyfajta pazarlásként értékelik a finanszírozók, hogy erre költsenek a közös kasszából.

### Evidenciák, irányelvek, finanszírozás

Ma is kapnak finanszírozást olyan terápiák, beavatkozások, amelyek eredményességére és hatásosságára nincs egyértelmű evidencia, csupán a porcos rendszerből tapasztalati úton maradtak a gyógyítókra, fogalmazott Fülesdi Béla professzor, a Szakmai Kollégium elnöke a Terápiaválasztás és felelősség című szekció ülésén. Ideális esetben egy-egy terápiára jól megtervezett és kivitelezett vizsgálatok folynak, szigorúan ellenőrzött publikációk jelennek meg, és olyan explicit irányelvek fogalmazódnak meg, melyek minden körülményt figyelembe vesznek. Még akkor is marad egy bizonytalan pont: a lokális „best practice”. Ezekből az evidenciákból készülne a szakmai irányelvek, és ezek után történnének meg a finanszírozási befogadások.

Ezzel szemben a szakmai irányelveknek több csoportjuk is van: a leggyengébb az informális konszenzuson alapuló irányelv, amely használ tudományos bizonyítékot, de nem kötelező, nincs explicit módszer-tana, egyéni vélemények dominanciája



Dr. Dankó Dávid

jellemzi. Magasabb fokú a formális konszenzuson alapuló irányelv, ami konszenzus konferencián jön létre, olyan esetekben, melyeknél a tudományos evidencia vitatott, vagy nem lelhető fel. A bizonyítékokon alapuló irányelv az irodalom szisztematikus felkutatásával, értékelésével és a bizonyítékok rangsorolásával jön létre, tisztázza a tudományos evidenciákat, ám éppen a klinikum végpontja számára nem igazán használható, mert az eredményességet, költséghatékonyságot, gyakorlati alkalmazhatóságot nem értékeli. Éppen ezért az utóbbi időben markánsan az explicit bizonyítékokon alapuló irányelvek súlya nőtt meg, amelyben a terápiás beavatkozás előnyei, hátrányai, költségei, kimeneti eredményei és a betegek preferenciája is szerepet játszik.

Előfordulhat az is, hogy bár patofiziológiában, állatkísérletekben igazolhatóak az eredmények, ám a humán területen nem, vagy a klinikai vizsgálat körülményei között az adott terápia megfelelő ugyan, ám ugyanezek a feltételek a mindennapi gyógyításban nem valósíthatók meg, nem hozzák az eredményeket. Ezek evidenciákat torzító tényezők lehetnek, akár csak a rosszul megtervezett vizsgálatokból származó eredmények, amelyek az orvosi viszonylag könnyen kezelhetőek, mert a többi vizsgálat tisztáznifogja, nem állják ki az idők próbáját.

### Hiányoznak az elkötelezett döntéshozók

Jelenleg közel félezer szakmai irányelv van, ám jó, ha a mintegy 460-nak csupán fele marad érvényben, tájékoztatta a hallgatóságot dr. Belicza Éva, minőségügyi szakértő, az SE EMK munkatársa és a GY EMSZI tanácsadója, hozzátéve: éppen most folyik az új irányelvek szerkezetének kialakítása. A szakmai előkészítést a Szakmai Kollégium tagozatai végzik, a szakmai irányelveket a szakértői testület, a GY EMSZI pedig módszertani központként segít abban, hogy egy séges legyen a megfogalmazásuk. Az OEP finanszírozási protokolljainak a létező szakmai irányelvekhez kell igazodniuk, de jelenleg nem feltétlenül fedik egymást, jegyezte meg Belicza Éva.

OEP-adatok alapján három diagnóziscsoport, az akut szívinfarktus, a stroke és a csípőtáji törések kezelésének eredményességi vizsgálatát mutatta be 2005 és 2009 közötti időszakra vonatkozóan. Az adatok szerint az infarktust követő PCI (kiszorúterek ballonos tagítása) beavatkozások száma jelentősen, két-háromszorosára megnőtt, s immár nincs okunk szegyenkezni a nemzetközi összevetésben. A betegek halálása azonban egy, illetve három hónapon, valamint egy évben belül mégsem mutat kedvező változást, sőt: kiemelke-



Dr. Belicza Éva

dően magas nemzetközi összehasonításban (finn, holland, svéd, norvég), ugyanis a kor és nem szerinti kiegyenlített adatok alapján a betegek majd 40%-a egy éven belül meghal! Tehát van egy hatásos terápia, jó a hozzáférés is, ám az eredményességen ez nem látszik igazából, tette hozzá. Ez a tendencia nem csak az infarktusra, de a stroke-ra is igaz: a betegek 36 százaléka meghal egy éven belül, míg a legrosszabb adat 27 százaléka fent említett országokban. Ugyanez a negatív eredmény igaz a csípőtáji töréseken át esetekre is: az egy éven belüli halálos arány 41 százalékos, míg 23-24 százaléka a finnknél, svédknél. Pilot, vagyis előzetes kutatási adatokról van szó, hangsúlyozta Belicza Éva, de tagadhatatlan, hogy mutatják a problémát. Kérdés tehát az, hogy mi a hatásos terápia, illetve az, hogy mi az eredményes ezek közül, és tudja-e ezt nyújtani az ellátó a betegeknek. De nem szabad megállni a kórházaknál, hiszen az ellátások többsége a különböző ellátási szinteken zajlik, vagyis a járóbeteg-szakellátásban, alapellátásban. Érdemes megvizsgálni, mi történik valójában a betegekkel: megkapják-e a megfelelő ellátást, valóban alkalmas-e egy részleg a rehabilitációra, vagy csak a magasabb szorzó miatt nevezik így, illetve maguk a betegek betartják-e a kórház terápiait – sorolta, mit lenne célszerű még vizsgálni.

Az oki vizsgálatok kvalitatív vizsgálatok, szisztematikus munkát igényelnek, ám szintet semmit nem érnek, ha nincsenek elkötelezett döntéshozók egészségpolitikai, kormányzati szinten. Minthangszó: nem lehet úgy dolgozni, hogy mindig más az egészségpolitikai célkitűzés, hogy nem valósul meg a szabálykövetés, hiszen akkor fölösleges szakmai irányelveket megfogalmazni, protokollokat készíteni.

# Évente húsz százalékkal nő a magánszolgáltatók forgalma

BERNÁTH BEA

*Soha nem gondolta volna, hogy a pesti magánklinikának olyan páciense lesz, mint az a férfi, aki a nyáron jelentkezett be. A kiskeresetű békés megyei vízvezeték-szerelő azért választotta feleségének a pénzes ellátást, mert nem bírta elnézni neje szenvedését. Az asszonyt ugyanis egyre fájdalmasabb epegörccsök gyötörték, az állami ellátásban viszont csak jövő év júniusra kaptak időpontot. Lantos Gabriella, a Róbert Károly Magánklinika operatív igazgatója szerint az élet felülírta azt a nézetet, miszerint a magánegészségügy úri huncutság. Az állami ellátásból kiszoruló páciensek egyre nagyobb piacot jelentenek ezeknek a szolgáltatóknak.*

*– Ezt a piaci lehetőséget érezték meg, amikor a Nyíró Gyula Kórház területén megalakult a magánklinika?*

– Valójában más volt az ok. 2007-ben, Molnár Lajos egészségügyi miniszter sége idején bezárták a Nyíró szülészeti. Az itt dolgozó orvosok nem akartak szétszedni, inkább meggyőztek egy pénzügyi befektetőt, hogy egyben kell tartani azt a szellemi tőkét, amit az évek során felhalmoztak. A kórház vezetése is nyitott volt, így jöhetett létre a sebészeti és nőgyógyászati részleget magában foglaló épületben a magánklinika. Az más kérdés, hogy a kezdeti nőgyógyászati ellátáson kívül egyre több szakma szolgáltatásaival bő-

vítettük a palettát. Ez már valóban azzal függ össze, hogy olyan igények és olyan betegek jelentkeznek nálunk, akikről öt éve még nem gondoltuk, hogy a magánellátásban tűnnek fel.

*– Mondana néhány példát?*

– Természetesen továbbra is a nőgyógyászati, szülészeti ellátás dominál: kitűnő és nagyon keresett meddőségkezelés mellett a terhességkövetés, a genetikai tanácsadás is sok pácienset vonz. A klinika egyben olyan endoszkópos szakmai központ is, ahol havonta több bemutató operációt tartanak az orvosaink. Egyre nagyobb a 2010-ben indult szakma, a sebészet forgalma is, számos proktológiai, visszér-, epeköv- és hálósér műtétet hajtunk végre. Természetesen népszerű a plasztikai sebészet, sokan jelentkeznek még külföldről is plasztikai műtétekre. A járóbeteg-ellátásban emellett bőrgyógyászattal, urológiával és andrológiával is foglalkozunk, és mivel igény van rá, most akarjuk ezt bővíteni belgyógyászattal, szemészettel, fül-orr-gégészettel, allergológiával és gyerekekrendelésekkel. A kutatásaink alapján félévente bővül a piacképesse váló szakmák köre.

*– Ha jól értem, a gazdasági válság ellenére önök egyre nagyobbak és nagyobbak?*

– Kétségtelen, hiszen évente körülbelül 20 százalékkal nő a betegforgalmunk, és úgy tudom, több magánszolgáltatónál is ez az arány. Ez azonban annak ellenére következik be, hogy az emberek fizetőképessége csökken. Az állami ellátásban az OEP visszafogott finanszírozása miatt a betegek vagy nagyon későn kapják meg az ellátást, vagy egyszerűen be sem jutnak.

*– Tehát az egyre hosszabb várólisták miatt fordulnak a betegek a magánellátókhoz?*

– Úgy tűnik, hogy ez az egyik ok. A másik pedig a betegközpontú bánásmód. A betegeknek nagyon fontos a hangneme. A betegségek miatt egyébként is kiszolgáltatott emberek hálásak azért, ha nem türelmetlenek velük, ha a kérdéseikre választ kapnak, és nem ingerülten utasítják őket. Nálunk egy rendelésen minimum 20 percet szánnak az orvosok egy betegre, és minden betegpanaszt kivizsgálunk. Nem büntetünk senkit, de itt olyan légkör, hogy az ok, akik nem a megfelelő hangnemet használják, kiválogatódnak.

*– Egy felmérés szerint a külföldön dolgozó magyar orvosok közül sokan távolozásuk okaként a megalázó hálapénzt is megemlítették. Felteszem az önöket választó orvosok közül is többeket ez motivál?*

– Ez abszolút így van. Nagyon sok orvos szeretne tisztán dolgozni, nem vágyik zsebébe dugdosott borítékokra. Nem beszélve arról, hogy a válság miatt az ilyen fajta jövedelem teljesen kiszámíthatatlanná vált. Nálunk is sok olyan orvos dolgozik, akik emiatt igazoltak át a privát szektorba. A hosszú várólisták, a bánásmód mellett egyébként a hálapénz az, ami miatt a betegek közül is szintén egyre több fordulnak hozzánk. Különösen a jól kereső fiatalabb páciensek szeretik azt, ha tudják pontosan, hogy a pénzükért mit kaphatnak. Az interneten meg is nézik, mi mennyibe kerül. Szeretnek tisztán látni, az ellátásért számlát kapni.

*– A betegforgalom, gondolom, az egészségturizmus miatt is nő, tehát a külföldi páciensek száma is bővül.*

– Kétségtelen, bizonyos szakmáinknak a határon túl is jó a híre, ráadásul a kinti árakhoz képest olcsók vagyunk, ezért például Angliából jönnek nagyobb számban páciensek a meddőségkezelés mellett. A nőgyógyászati-szülészeti páciensek között pedig a Budapesten élő külföldi állampolgárok találhatók meg nagyobb számban. A plasztikai sebészeti beavatkozásainkért is egyre többen utaznak ide külföldről, főleg Skandináviából.

A Róbert Károly Magánklinika az egyike annak a három magánkórháznak, amelyben igazi többszakmás ellátást nyújtanak. A másik két sokszakmás kórháznál (a Telkinél és Rose-nál) itt körülbelül harmadával, felével alacsonyabbak a műtéti árak és feleannyiba kerül a járóbeteg-ellátás. Éves forgalmuk meghaladja a 700 millió forintot. Az öt éve működő magánklinikán évente körülbelül 10 ezer beteget látnak el, 2500 műtétet hajtanak végre, többnyire egy napos sebészeti ellátásban, és 550 baba születik. A magánkórház 70 orvosnak és 70–80 egészségügyi szakdolgozóknak ad munkát.

– A belföldi páciensek közül ezt a szolgáltatást viszont bizonyára csak a gazdagabbak veszik igénybe?

– Ne gondolja! Meglehető módon a plasztikai beavatkozásokra inkább a közép osztály jelentkezik. Úgy értem, hogy ezekről a szépészeti műtétektől javulhat az önbecsülésük, és ezért akár hitelt is felvesznek.

– Visszatérve a Nyíróre, azóta az otthoni adó kórháznál nagy változások mentek végbe, az önkormányzat helyett az állam lett a tulajdonos, megváltozott az intézmény vezetése is. A kórház és a magánklinika viszonyában nem okozott ez változást?

– Eddig is jó viszonyt ápoltunk a Nyíró Gyula kórház vezetésével, és ez eredményeink szerint a tulajdonosváltás után is így marad. Kölcsönösen előnyös ez a szimbiózis nekünk is és az államnak is. A bérleti díjon felül ugyanis sok szolgáltatást, például labor- és mosdai szolgáltatást, gyógyszert

## Előadás a Crohn-betegségről

A Magyar Orvosi Kamara indította a *Mai Magyarországi Orvosi Műhelyek* előadás-sorozat következő előadásán prof. dr. Banai János előadását hallgathatják meg az érdeklődő kollégák a Crohn-betegség tudnivalóiról. Az előadás ideje: 2012. december 05. 15 óra, helye: Budapest, Szondi u 100, I. emeleti előadó. Minden érdeklődő Kollégát szeretettel vár a kamara nevében dr. Nagy Ferenc főtktár (MOK).

vásárolunk tőlük. A mi magán klinikánk tehát nem egy irrodához második emeleten működik, hanem egy kórházban, ahol intenzív-terápiás háttérrel biztosítanak nekünk, ami nagyon biztonságossá teszi a betegellátásunkat. Azt reméljük, hogy ez akár modellértékű együttműködésé válhat, amelyben a közelítés és a magán-szolgáltatás nem egymás kárára, hanem a betegek hasznára működhetnek.

– Úgy tűnik, elég rugalmasan alkalmazkodnak az egészségügyben napról-napra változó folyamatokhoz...

– Az üzleti életben ez a rugalmasság a siker záloga. Persze, azért nagyon jó lenne, ha az állam végre hivatalosan meghatározna, hogy honnan vonul vissza, és mi marad a biztosítási csomagban. Minél ez már egyáltalán nem egy értelmű, a betegek egyre kétségbeesettebben keresik a megoldást a problémáikra. Sok kudarc és kiszolgáltatottság után jutnak el végül a magán-szolgáltatókhoz. Ezeket a frusztrációkat átlátható biztosítási csomagokkal meg lehetne spórolni, és összességében javulhatna az egészségügyi ellátás megítélése.

## In memoriam dr. Sinkovics Mátyás

**Az elmúlással mindig nagyon nehéz szembenézni, főleg olyan ember esetében, aki egész életén át egy nagyobb közösség szolgálatát vállalta, sokak lelkébe írta be nevét. A 83 éves dr. Sinkovics Mátyás is ilyen ember volt.**

Bácson született 1929-ben, részben magyar, részben sváb származású családban. A háborús Jugoszláviából telepítették ki őket, az ostromot már Budapesten vészték át. Később a fegyverek már elhallgattak, ám sem pénz, sem enivaló nem maradt a túléléshez. Vissza nem mehettek, s mivel Mezőkövesden csak egy orvos praktizált, azt tanácsolták nekik, hogy költözzenek az Alföldre. Így lett az idősebb Sinkovics doktor Mezőkövesden körzeti orvos. Fiai – így Mátyás is – itt érettségiztek, mindkettőjükből szintén orvos lett, lánytestvérük pedig az egészségügyi asszisztens pályát választotta.

Sinkovics Mátyás az 1954-ben megszerzett orvosi diplomájával maga is mezőkövesdi körzeti orvosként kezdte hivatása gyakorlását. Édesapjával járta a vidéket, őrizte az egészséget, gyógyította a betegségeket. Az emberek nagyon tisztelték, szerették. Munkája elismeréseként 1968-ban Kiváló Orvos kitüntetésben részesült. 1970-ben került fel Budapest-

re, ahol előbb a XIV. kerületi Mátyás 1. úti szakrendelő vezetését bízták rá, majd az Uzsoki utcai kórház főigazgatói teendőit látta el. 1977-ben kapta meg a János Kórház vezetői posztját.



Első függetlenített – osztályhátér nélküli – főigazgatóként korát megelőző színvonalon szolgált az intézményt 1990-éig. Kiterjedt kapcsolatai révén több osztály is megújult. Szorgalmazta a belgyógyászati profilizációt, elsőként alakította ki a kardiális, a központi intenzív osztályt, a traumatológiát. Segített az ország első vesekő-entrumának létrehozásában, a III. Belgyógyászati osztály pedig hozzá-

jutott az első ultrahang-készülekhöz. Igazgatása alatt épült fel, illetve kezdte meg működését az ország egyik legmodernebb gyermeksebészeti és fül-orr-gégészeti osztálya, valamint a 140 ágyas pesthidegkúti elmeosztály. Az újonnan megalakult Magyar Máltai Szeretszolgálatnál elsőként vette fel a kapcsolatot, ennek egyik jelentős eredménye a kápolna helyreállításának megkezdése volt.

Munkájának erkölcsi elismerését jelentette címzetes egyetemi docenssé történő kinevezése.

Vezetőként különlegesen szívélyes természetű volt, ajtaja mindenki előtt nyitva állt. Rendszeresen látogatta az osztályokat, a vezetőikkel rendszeres kapcsolatot ápolt, kéréseiket támogatta. Fontosnak érezte, hogy az orvosoknak, nővéreknek, szakdolgozóknak időre-olmultságokat, kirándulásokat szervezzen. A jó kapcsolatok nyugalmában vonulása után is megmaradt.

Sinkovics doktor szerette gyógyítani az embereket. Őrá tekintetesen illett a mondás, hogy jó orvos csak jó ember válhat. Már betegeskedett, amikor 2010-ben, a Semmelweis-napi ünnepségen megkapta a Szent János Kórházért Emlékdíjat. Gyógyulását is mindig a Szent János Kórházban kereste. Sinkovics Mátyástól október 9-én vette végül búcsút, utolsó útján a család mellett számos barát, egykori kolléga is elkísérte.



# Jól jöhet az intézményi akkreditáció

SÁNDOR JUDIT

*Nem lesz kötelező, de hasznos lehet a működést szabályozó akkreditáció a kórházak számára több szempontból is. A kétéves uniós projekt gazdája a GYEMSZI. A pilotprogramot követően újabb uniós forrás áll a kórházak rendelkezésére a sikeres akkreditáció elnyeréséhez.*

**P**énz helyett indirekt módon kívánják ösztönözni az intézményi akkreditációt, amely elvárásrúként fogalmazódik meg például a Semmelweis-tervben, sőt, lehetőségeként a nyáron módosított egészségügyi törvényben. Az akkreditációra jelentkező intézményeket támogatják az oktatásban, felkészülésben. Tervek szerint a tanúsítványt megszerző intézmények piaci előnyhöz juthatnak a felelősségbiztosítási szerződések megkötésekor, ment esülhetnek bizonyos külső ellenőrzések alól, s később elképzelhető, hogy pályázati előfeltétellé válik az akkreditációs státusz megléte – adott tájékoztatást a programról dr. Belicza Éva egyetemi docens, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja projektvezetője – aki egyben a GYEMSZI tanácsadója is – a 20. Betegbiztonsági Fórumon. Mint kiderült, nem lesz kötelező a nemzetközi gyakorlatban már alkalmazott intézményi akkreditáció, amelynek kidolgozása megkezdődött: a programra 950 millió forintos uniós forrás áll rendelkezésre, a projektgazda pedig a GYEMSZI.

A további előnyöket taglalva Belicza Éva elmondta, hogyha a kórházak megszerzik az akkreditációt, az védelmet biztosít számukra, hiszen bizonyítják, hogy a működésük megfelel a standardoknak. Az akkreditáció alapjául szolgáló standardok elsősorban a betegbiztonsági kockázatok csökkentését célozzák. Így ha az intézmények ezek szerint működnek majd, javul a betegbiztonság, a munkatársak is nyugodtabban dolgozhatnak, mert kevesebb lesz a kockázat a működésben, csökken a műhibák előfordulásának esélye. Tehát ez is alátámasztja, hogy nem az

intézmények, orvosok és ápolók ellenében hozzák létre, hanem az ő munkájuk segítése érdekében is.

## Az Unióban 18 program fut

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációjának módszerét az Egyesült Államokban fejlesztették ki, majd az 1970-es évektől Kanada és Ausztrália kezdte alkalmazni, míg Európába az 1980-as években érkezett. Jelenleg az Európai Unióban 18 nemzeti program fut, négy tagállamban zajlik új programok kialakítása, köztük hazánkban. Dániában és Franciaországban a kórházak teljes körű akkreditált, annak ellenére, hogy csak a franciáknál kötelező. Ugyanakkor nem volt siker es például a portugáloknál, írknél, mert nem volt megfelelő ösztönzés, politikai támogatás a programhoz – adott nemzetközi kitekintést dr. Lám Judit egyetemi adjunktus.

Hogy mi is a lényege a projektnek, arról Belicza Éva adott tájékoztatást: az akkreditáció a betegellátási tevékenység folyamatát hivatott szabályozni, csak a beteg-

ellátásban érintett szervezeti egységeket érinti, és semmiképpen nem keverendő a nemzetközi minőségügyi szabványokkal és az egy-egy ellátásra vonatkozó szakmai irányelvekkel, protokollokkal. Így tehát a betegek felvételének, átadásának szabályait, a nemkívánatos eseményekkel kapcsolatos teendőket, a gyógyszerelési rendjét, a betegjogok érvényesülését foglalja magában. Az akkreditáció a standardokon alapuló működés elismerése, a standardokat ellátási formára specifikusan alakítja ki. Összességében az ellátás színvonalának, biztonságának, eredményességének, átláthatóságának, költséghatékonyságának javítására törekvő rendszer, amelynek fő központja a betegbiztonság áll.

## Ösztönző standardokat, minimális papírmunkát ígérnek

A hazai programban meghatározó a fokozatosság elve, vagyis az, hogy a szolgáltatók számára teljesíthető, sőt ösztönző standardokat dolgozzanak ki. Az egyéges külső felülvizsgálati rendszert a jár-

## Kórházi akkreditáció: standardfejlesztőket keresnek

A kórházi akkreditációs programhoz standardfejlesztőket keresnek: az állásajánlat megjelent a GYEMSZI honlapján a Rólunk menü *Álláshirdetések* alpontjában. A munkaviszony időtartama: határozott idejű (6 hónap) 2012. december 1.–2013. május 31-ig tartó munkaviszony.

A foglalkoztatás jellege: részmunkaidő (heti 20 óra).

A munkavégzés helye: változó.

A munkakörébe tartozó lényeges feladatok: TÁMOP-6.2.5/A kiemelt projekt végrehajtásához kapcsolódóan a leendő akkreditációs rendszer alapjául szolgáló standardok fejlesztése a fekvőbeteg-szakellátás, vagy járóbeteg-szakellátás, vagy közforgalmú gyógyszerárak részére.

Olyan munkatársakat keresnek, akik ismerik a választott ellátási területet, igazolt szakmai tudással és tapasztalattal rendelkeznek. A pályázat elbírálásánál előnyt jelent az egészségügyi menedzseri, egészségügyi minőségbiztosítási ismeretekkel kapcsolatos végzettség, a minőségbiztosítás gyakorlati eszköztárának ismerete, betegbiztonsági koordinátore-learning képzés elvégzése, az angol szaknyelv ismerete.

A pályázat benyújtásának határideje: 2012. november 16.

A pályázat elbírálásának határideje: 2012. november 28.

A pályázatok benyújtásának módja: on-line lehet a [http://www.jotformeui.com/akkreditacio/standard\\_2012](http://www.jotformeui.com/akkreditacio/standard_2012) oldalon keresztül.

és f ekvőbeteg-szakellátásban, valamint a gy ógyszertári ellátásban (kö zforgalmú patikák) alakítják ki. A már meglévő standardokat sem dobják ki, amit lehet, használni fognak, fejlesztik, aktualizálják őket, az újak kal egy séges sz erkezetbe f oglalják, és logikai rendszerbe integrálják.

A sz olgáltatók aktív kö zreműködésére számítanak a pr ogramban. Nem újabb adminisztrációs t erhet ak arnak a dolgo zók vállára rakni, minimálisra kívánják redukálni a papírmunk át a korsz erű sz oftverekkel, f elhasználóbarát inf ormatikai megoldásokkal. Kolleg iális elbírálásra számíthatnak az int ézmények, a r endszert meghatár ozó úgynevezett f elül-

vizsgálók ugyanis k ifejezetten gyakorlati szakemberek lesznek, ígérte Belicza Éva.

A projekt ez év ősz én indul, 2014-ben zárul: ek kortól a f olyamatos működést biztosítani kell . A z első szak asz a pilot-program, amelybe öt f ővárosi kórházat és egy járóbeteg-ellátót vonnak be, majd a második r észben ötven, nem a kö zépmagyarországi r égióhoz tar tozó kórház kerülhet be pályázat útján. Ez en túlme nően más int ézmények is f olyamodhatnak majd az akkreditáció elnyeréséért.

A standar dok k idolgozásához standar dfejlesztőket keresnek pályázat útján, a f elhívást a GY EMSZI honlapján t ették közzé. A program részeként 25 standar-

fejlesztőt képeznek k i, ak ik r észállásúként, tá vmunkában v égzik munk ájukat. Szintén pályázattal választják k i az úgynevezett f elülvizsgálókat: lén yegében rajtuk n yugszik majd az egész r endszer, az ő f eladatuk lesz például f elkészíteni a második szakaszban belépő 50 kórházat.

Az akkreditáció kapcsolódik az EU 2012 májusában meghirdetett közös program-jához, amely az ellátás minőségének , a betegbiztonság ja vítása ér dekében különböző dir ektívákat f ogalmazott meg például a szervek, szövetek adományozására, a farmako vigilanciára, a határ okon átnyúló bet egellátásban a bet egjogok érvényesítésére.

## Ha külföldön szerezte képesítését...

SÁNDOR JUDIT

*Megfelelő fizetés és vonzó életpályamodell híján egyelőre a külföldön szerzett képzések, szakmai tapasztalatok itthoni elismerésének világosabb jogi szabályozásával próbálják segíteni a hazatérő orvosokat, ápolókat.*

**A** hazatelepülő or vosokra, ápo lókra v onatkozóan nincse nek adat ok, csupán ann yit lehet másfél év e kö vetni az E gészségügyi Engedélyezési és Kö zigazgatási H ivalat (EEKH) honlapján, hogy hán y magyar állampolgár kapta meg külf öldön szerzett egészségügyi szak képesítésének, szak képzetségének hazai elismer ését. Ez ek szerint idén első f élévben 46, míg 2011-ben egész évben 43 egészségügyi dolgo zó jutott igazoláshoz.

A magyar állam egy előre se megf elelő fizetéssel, se v onzó életpályamoddellel nem tudja motiválni az esetleg hazat érésükön gondolkodó or vosokat, ápolókat, csupán arra fut otta eddig , hogy világo sabb, egyszerűbb jogszabályokkal próbálják segíteni őket külf öldi szak mai tapasztalataik, képzéseik itthoni elismerésében.

Az egészségügyi szakdolgo zók t ovábbképzésének szabályairól szóló 63/2011. (XI. 29.) NEF MI r endelet, valamint az or vosok, fogorvosok, gy ógyszerészek, és az egészségügyi f elsőfokú szak irányú szak képesítéssel r endelkezők f olyamatos t ovább-

képzéséről sz óló 64/2011. ( XI. 29.) NEF MI rendelet tar talmazza a külf öldön v égzett egészségügyi tevékenység elismerését.

A korábban hatályos jogszabályok csak a külf öldön t eljesített elméleti t ovábbképzés szabadon választható továbbképzésként t örténő elismer ését tar talmazták, a gyakorlati t ovábbképzését nem, ugyanígy nem t értek k i a jogszabály ok azon sz emélyekre, ak ik a t ovábbképzési ciklusok alatt k izárólag külf öldön végeztek egészségügyi tevékenységet az EMMI szakállamtitkárságának tájéko ztatása szerint. Ez azzal a kö vetkezménnyel jár t, hogy aki külf öldön végzett egészségügyi tevékenységet és nem tudta igaz olni a működési n yilvántartás megújításához szükséges t ovábbképzési pont okat, nem tudott r ögtön visszakapcsolódni az egészségügyi ellátórendszerbe: a műkö dési nyilvántartás megújításához szükséges pont ok megszerzéséig csak f elügyelet mellett v égezhetett egészségügyi tevékenységet.

A f enti r endeletek normasz övege valamennyi esetr e tar talmaz r endelkezést: egyrésztől megjelenik a külf öldön v égzett gyakorlati t evékenység elismer ésé, másrésztől a külf öldi konf erencián való részvétel pont értéke – az alapján határozzák meg, hogy mennyi a nemz etközi szervezetek által a megjelölt konf erenciára adott pontérték.

Aki tar tósan és k izárólag külf öldön végez egészségügyi t evékenységet, és a külf öldi államban hazánk hoz hasonló-

an szint én van köt elező t ovábbképzés, annak a t ovábbképzési köt elezettségét teljes mértékben elismeri a megújult jogszabály. Ha az onban a külf öldi államban nincsen t ovábbképzési köt elezettség, akkor a gyakorlati t evékenység igazolása mellett a köt elező szint en tar tó t ovábbképzést teljesíteni kell.

A külf öldön dolgozó orvosok, szakdolgozók számára a f enti szabály ozást az alábbiak indokolják a szak államtitkárság magyarázata sz erint. Ha külf öldön van kötelező t ovábbképzési r endszer, annak teljesítése mellett a magyar t ovábbképzési köt elezettség előírása indokolatlan lenne. A z esetlegesen elt érő módszerek célja minden esetben ugyanaz: a szak mai ismeretek szint en tar tása, megújítása. Joggal v élelmezhető, hogy a külf öldi továbbképzés t eljesítése is bizt osítja a továbbképzendő számára a szükséges ismeretek megszerzését.

Ha külf öldi államban nincs köt elező továbbképzési r endszer, a magyar köt elező szint en tar tó t ovábbképzés t eljesítése biztosítja a gyors felzárkózást. Ennél szigorúbb f eltételek előírása az esetleg hazatérni szándékozó or vosok, szakdolgozók számára elriaszt ó hatású lehet, különös t ekintettel arra is , hogy a t ovábbképzés t eljesítéséig önállóan nem, kizárólag f elügyelet mellett dolgo zhatnak, ami például a f öként magánpraxisban dolgozó fogorvosok esetében szinte lehetetlenné teszi a munk avégzést a t ovábbképzési kötelezettség teljesítéséig.

# Az orvosok biztos pontként szeretnének ránk számítani

RADNAI ANNA

*A Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) éves kongresszusának legkiemelkedőbb témáiról beszélgettünk dr. Balogh Zoltánnal, a szervezet elnökével.*

*– Mióta von be a MESZK társszervezőket az éves kongresszus rendezői feladataiba?*

– A konferencia szervezésében minden évben egy megyei kórházat kérünk fel társszervezőnek, ezt a hagyományt a Kamara megalakítása után alakítottuk ki. A Kamara az állandóságot szolgáltatja, és a szakmai program kialakításában is részt vesz, a társszervezők bevonásával pedig a feladatok megosztásán túl az intézmények közötti együttműködést is elő kívánjuk segíteni.

*– A témakörök között megjelent az ápoláskutatás. Ön szerint mennyire adottak Magyarországon e tevékenység feltételei?*

– Ezen a területen döntő többségében alkalmazott kutatások zajlanak. A többszintű ápolóképzés bevezetése óta már PhD és MSC ápolói képesítések is léteznek, ezek mellett szülésznő-, gyógytornász-, dietetikus-, védőnői-, kép- és labor-diagnosztikai szakember is szerezhethet főiskolai diplomát. Mióta bevezettük a két ciklusú képzést, évről-évre egyre több olyan szakember dolgozik Magyarországon is, akik már az iskolapadban találkoznak a kutatással mint feladattal. A fórumon arról beszélünk, milyen motivációval lehetne segíteni a kutatási képesítéssel rendelkező kollégákat, hogy egyre többet foglalkozzanak ezzel a területtel. Fantasztikus jel mindenestre, hogy országos kongresszusunkra töbszörös jelentkezés volt, rengetegen kívántak előadást tartani. Ezt a kezdeményezést tovább kell fejleszteni, a találkozó elhangzott témákat közlemények formájában is meg kell jelentetni, hogy maradandó értékké, iránymutató munkává válhassanak. A '90-es évek táján volt egy törekvés, hogy a kórházak ápolási menedzsmentjei rész munkaidőben vagy teljes állásban foglalkoztassanak ápoláskutatást végző szakembereket. A zomban egyre keves-

sebb olyan szintű kutatásról számolnak be a kollégák, amelyek az intézmények munkáját komplex módon segíthetnék, tehát ez a törekvés eltűnőben van, pedig szükség lenne a bizonyítékokra, a problémák feltárására, a szakmai gyakorlat során megfogalmazódó fejlődési folyamatok megfogalmazására.

*– Összegezné a szakmai irányelvek vonatkozásában megfogalmazott véleményeket és irányokat?*

– Számos területen hiányoznak a szakdolgozók számára kialakított irányelvek, amelyek alapján gondolhatóak a betegek, és az orvosok partnereivé válhatnának. A szakorvosok területén alkalmazott irányelveken alapuló ápoló-szakdolgozói elvekre és szakmai protokollokra van szükség, melyek hozzájárulhatnak az önálló kompetenciakörök kialakításához. Függetlenebbé, önállóbbá válhatnak a kollégák – pl. a krónikus betegek gondozásában. Az orvos időt és energiát nyerhetne, a beteg pedig sokkal több figyelmet kaphatna. Életmódi tanácsadást, kontrollvérényomás- vagy vércukorszintmérést pl. az ápoló is nyújthatna a két orvosi vizit közötti hónapokban. A Szakmai Kollégium Ápolási Szakdolgozói Tagozata előadást is tartott a témában, kollégáival bemutatták, hogy milyen irányban zajlanak a fejlesztések pl. a sebellátást tekintve. A sebápolás témájában év eleje óta köztestületünk is programot indított, hogy országosan ismertté váljanak a külföldi és hazai fejlesztések, elvek és lehetőségek. A z ápolásban az irányelvek elterjesztésében külön nehézséget okoz, hogy a finanszírozás nem teszi érdekeltté az intézményeket a szakma által legjobbnak tartott kezelési módszerek alkalmazásában – pl. a táplálásban, a mobilizálásban, az említett sebápolásban és még sorolhatnám.

*– Az irányelvek már elkészültek?*

– Nagy erővel fejlesztik az irányelveket, a már létezőket pedig felülvizsgálják a szakemberek. Megfogalmazzuk azt is, hogy mely területeken van még szükség irányelvekre. A kongresszuson is azt tapasztaltuk, hogy valamennyi szakdolgo-

zói terület képviselője igényel ilyen jellegű útmutatást.

*– Melyek azok a területek, amik már most kiemelkedően jó irányelvekkel bírnak, és melyek a fejlesztésre szoruló területek?*

– A sebellátás, a mesterséges táplálás, a sztómaellátás rendkívül fejlett területek, egyre jobban körülírják a szakdolgozói feladatokat. A pszichiátriai ápolás és a lakóközösségi ellátás számos aspektusát – pl. a már említett krónikus betegek gondozását – ellenben fejlesztendő területeknek látjuk.

*– Ezek az irányelvek az oktatásban is megjelennek?*

– A Szakmai Kollégium és a fejlesztésben résztvevők körében nagyjából megegyezik a képzésben résztvevő kollégák körével. Tény, hogy szakképzésben az egyetemeken egészségügyi főiskolai karai viszik a zászlót, de az alkalmazási-felhasználói körben a szakképző intézményekben oktató kollégák tudását is fejleszteni kell. Az intézményekben a legjobb gyakorlat (best practice) elterjesztését egy-egy séges tudást képviselő mentoroktató-hálózat létrehozásával lehetne megvalósítani. Felmerült a témák között, hogy az egészségügyi szakképzés területén az elmúlt néhány évben iskolarendszeren kívüli vált az egészségügyi szakképzés számos ága, vannak nagyon jó központok, de színvonalatlan képzőhelyek is szép számban működnek, így nagyon heterogén a végzett kollégák tudása. Az, hogy kitalálunk milyen feladattal elvégzésével lehet megbízni, függ attól, hogy hol végzett. Ezt a rendszert sokak szerint át kell alakítani – mi évek óta hangot adunk. A közoktatási és szakképzési törvény megjelenésével már látható, hogy jövő évtől visszaáll az iskolarendszer-képzés, reméljük, hogy ezzel belátható távolságra kerül a képzés néhány évvel ezelőtti színvonalának újrateemtése.

*– Mi hangzott el a tudomány és a mindennapi életet meghatározó öröklényekről?*

– Különszereket foglalkozott az ápolók, szakdolgozók köztétésével, közérze-



tével, elégedettségével. Kollégáink mindennapi életkörülményeit, fizikai és lelki egészségi állapotát bemutató vizsgálatok eredményeit ismerhettük meg. Megdöbbentő adatokat láttunk. A felmérések nem csak egy adott helyzetképre utaltak, nyolc-tíz évet lefedő követéses vizsgálatokat is végeztek a kutatók. A szekció és az egész rendezvény egyik legfontosabb

is a legjobb munkákat díjjal jutalmazzuk, a Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet két díjjal, a Kamarák három díjjal ismeretel az előadókat. Rendezvényünk az értis különleges, mert minden alkalommal részt vesznek rajta a döntéshozók is – ezúttal Balog Zoltán miniszter úr és dr. Cserháti Péter helyettes államtitkár úr is megjelentek, és több órán keresztül kö-



Dr. Balogh Zoltán

konklúziója, hogy a következő évben nagyobb hangsúlyt fektetünk az ápolói hivatás pozitív oldalainak bemutatására, ugyanis még ebben a szekcióban is volt, aki a sok negatív tapasztalat mellett fejlődésről számolt be.

#### *– Mit tart a rendezvény fő erényének?*

– Kongresszusunk interdiszciplináris, valamennyi szakdolgozó területet képviselik a résztvevők, ráadásul országos rendezvény, valóban mind a 19 megyéből és a fővárosból regisztrálnak a kollégák. Sajnos évek óta egyre kevesebben jönnek, mert az intézmények egyre kevesebb forrást tudnak szakdolgozóik továbbképzésére fordítani. A beküldött absztraktok többszörös szűrőn mennek keresztül, így kizárólag a legjobb előadások hangzanak el végül a kongresszuson. Ezek közül

rünkben maradtak. Helyettes államtitkár úr több mint egy órás előadást tartott és a GYEMSZI Főigazgató helyettese, Rauh Edit is tájékoztatta a jelenlévőket a hazai szakképzés rendszerének változásairól, a GYEMSZI-ETI új feladatairól.

#### *– Az előadások mellett ezen a rendezvényen adják át az Év Szakdolgozója kitüntetést is.*

– Ezt a díjat a Kamara 2005-ben alapította. A kitüntetettek listáját a területi szervezetek javaslatai alapján hagyja jóvá az országos elnökség, majd egy független bizottság állítja fel a pályázók között a sorrendet. Egy-egy kollégát jutalmazunk mind a 19 megyéből és Budapestről. A díjjal egy bronzplakett és egy száz ezer forintos vásárlási utalvány jár. Fontosnak tartom, hogy ez egy alulról jövő elismerés,

hiszen a helyi szervezetek delegálják a jelölteket.

#### *– Valamennyi szakmai területen tartotta a minimumfeltételek ápolói létszámra vonatkozó részét, tekintettel a súlyos szakemberhiányra?*

– Valóban láttunk olyan területeket, ahol lehetne finomítani a nemrég meghatározott ápolói létszám minimumán, elsősorban a sürgősségi-, a gyermek-sürgősségi és a rehabilitációs ellátásban. Az adott orvostudományi szakmai kollégium javaslata alapján alakították ki a létszámokat, és noha alapul a Kamarák erre vonatkozó 2008-2009-ben beadott javaslata szolgált, volt olyan szakmai kollégium, amelyek növelte a kérdéses létszámokat. Cserháti Péter helyettes államtitkár úr megígérte, hogy megvizsgálják a területek alkalmazhatóságát, lesz lehetőség a módosításra. A cél az, hogy a betegek ellássuk, és nem lehet országosan megszüntetni egy adott területen az ellátást, csak mert sehol nem felelnek meg a követelménynek. Ha egy követelménynek sehol nem felelnek meg az országban, akkor a követelmény a országos – ahogyan ha egy osztályban a tanár minden gyereket megbuktat, ott valószínűleg nem a diákokkal van csupán probléma.

#### *– A járóbeteg-ellátásban meghatározott minimumfeltételekről mi a véleményük?*

– Teljesen figyelmen kívül hagyták a 2008-2010-ig terjedő fejlesztési javaslatainkat. Próbáltuk megjeleníteni a szakdolgozó szakképesítéseket a minimumterületben, hogy a Magyarországon jelenleg is megszerzhető (pl. pulmonológiai vagy elektrofiziológiai szakasszisztens stb.) szakképesítések használhatóvá váljanak a járóbeteg-ellátásban, de sajnos minden eredmény nélkül. Különösen ott kellene teret adni a szakdolgozó specializációnak az ellátásban, ahol már megjelentek az orvosi specializációk. Hosszútávra nem tesz jó ez a rendszernek, hiszen nem létezik minden egyes részterülethez professzionálisan érhető, univerzális szakasszisztens, és a képzés sem ebbe az irányba mutat. Lehet, hogy anyagi okoknál fogva jelenleg kényelmesebb egy szerényebb szaktudásban megállapítani a minimumot, de így hosszútávra az orvoslás és az egészségügyi ellátás egyaránt lelassul és csorbát szenved. Lehet mátrixrendszerben működtetni egy intézményt, de ha az osztályról-osztályra vándorló szakdolgozó tudása nincs meg az adott feladatokhoz, akkor a mátrix csak az ellátás minőségét rontja. Az orvosok biztos pontként szeretnének asszisztenseik kompetenciájára is számítani.

# Magyarország fel kíván zárkózni a fejlett országok közé

KRASZNAI ÉVA

*A közelmúltban a Figyelő című hetilap Medicina konferenciáján dr. Oberfrank Ferenc, a MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézetének ügyvezető igazgatója az egészségipari innovációs stratégiáról beszélt.*

**M**int mondotta, válság van, t ehát a k itörésre lehet ösélet kell ker esni. I lyenkor számba v esszük, hogy t énylegesen mir e van szüksége az ember eknek, mi M agyarország adottsága és mi fejlődik igazán a világban.

Arra a felvetésre, hogy vajon összjön-e az a „kritikus tömeg”, ak i hatására prioritást élv ezhet a kutatás-f elesztés, azt mondta, a felfedező kutató, az újító mérnöktehetségeket elsősorban ez v onzza ide. Ugyanakkor az inno vációs lánc vagy inkább háló zat n yújtotta f eltételek kö zt születnek meg az ok az új t echnológiák, amik a diagnosztikát, a terápiát, az egészségügyi ellátást, megújítják -átalakítják, a sz olgáltatók, a bet egek és az or vosok között új viszonyt teremtenek, s az egészséggazdaság szereplői közötti együttműködést, t ovábbá v ersenyt is gy ökeresen megváltoztatják. M indennek az elindítója és mo zgóatója az or vosbiológia és az információs-technológia f ejlődése. A z a roppant várakozás, amit a társadalomban és a gazdaságban mindez ébreszt.

Oberfrank Ferencről a hallgatóság megtudhatta, hogy az or vosbiológiai kutatások több mint 4000 bet egség molekuláris alapjait tárták fel. Ezek közül csaknem 250 betegségnél szolgál már a molekuláris terápia. A z elmúlt évtíz edben évente 17-34 új molekula t erápiás alkalmazását engedélyezték. Ugyanakkor, ha ebben az ütemben halad a tudomán yfejlődés, akkor év századok kellene ahho z, hogy az alap kutatási adatok klinikai hasznosításra kerüljenek.

„A közelmúltban Matolcsy György gazdasági miniszter azt n yilatkozta, hogy a gazdaságpolitika kö zéppontjában a nő -vekedés, a munk ahelyteremtés, a ho zzáadott ér ték nö velése, a beruházások

növelése, a KK V sz ektor f elesztése, az innováció és a K+F állnak. Magam is részt veszek ebben, így tudom: int enzív munka folyik. Készül az »országstrat égia«, »a nemzeti innovációs strat égia«, a k apcsolódo »ágazati strat égiai pr ogramok« és az »ágazati K+F+I fehér könyvek«, köztük az egészség ipari fehér könyv kidolgozása. Ezzel párhuzamosan az egészségügyi államtitkárságon is komoly konzultációk folynak az ágazati K+F megerősítéséről. A kutatási infrastruktúra megerősítésére és európai együttműködések beemelésér e hivatott NEKIFUT -programot is lep or olták. Abban is bízhatunk, hogy ezeknek az anyagoknak valódi társadalmi vitája lesz. Ami nagyon fontos: a szükséges mo zgósítás ér dekében az érint ettek, vagyis az egész társadalom tájéko ztatása, a strat égia és a prioritások leg itimálása. Hát kérem, így t ényleg meglesz a k ritikus tömeg” – magyarázta a szakember.

Abbéli meggy őződésének adott hangozt, hogy néhány ínséges év(tíz ed) után végre a jól élt K+F pályázatok is strat égia ment én indulnak el . Nagy on nagy a várakozás. De elismer te, hogy nagy a csalódottak, szkeptikusok száma. Lassan elfogynak a „rendkívüli” EU-f orrások és át kell állni a „rendes” források elérésére. Itt a K+F+I t erület kiemelt lehetőségeket kap, mert EU-prioritás. Jól tükrözi ezt például a hamar osan induló Horizont 2020 program. „Az elégedetlenség a jó irán yú változtatások kiváltására és a holtpontra való átseg ítésére ener giákat is generálhat. A kormány zatokon belül mindig vannak aktív sz övetségesek és ellenz ök, meg sajnos passzívak is. A szövetségeket támogatni kell , az ellenz öket, a passzívakat pedig lehet öleg meggy őzni vagy semlegesíteni. Én úgy tapasztalom, hogy nagyon er ősz övetségesekre leltünk . Jelenleg az átalak ítás, átalakulás k ínait éljük, ami egyaránt f elvetít apok alyptikus és euf orikus végleteket. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy egy olyan szellemi erőforrásokkal r endelkező, demok ratikus, piacgazdaságot működt ető társadalomban, mint a miénk , több-kevesebb veszteséggel ugyan, de mindig születik egy új minőség. „Vérben és mocsokban”, sajnos, de végül a rendszer konszolidálódik. Vol-

taképpen valami olyan hiányzik, amelytől minden nélkülözhetetlen résztvevő úgy érzi, hogy egy együttműködő -versengő rendszer része. Aminek lét ében, alapvető működési szabályainak betartásában egyaránt érdekelt aki egészséges maradni, gyógyulni, gyógyítani, kutatni, fejleszteni, ker eskedni, pr ofitot maximalizálni, választást nyerni és büszkélkedni akar.”

Elmondta továbbá, hogy az úttörő Magyar Tudományos Akadémia korábban talán soha – de legalábbis nagyon régen – nem látott intenzitással erősíti a kiemelkedő kutatóhelyeit, és a „Lendület programmal” a kutatóegységek munkafeltételeit az internet-hálózatában, valamint az egyetemi kutatóhelyeken. Ugyanakkor EU-forrásokból valamennyi egyetemen – a budapestiek mellett Pécsen, Debrecenben és Szegeden – hatalmas fejlesztések történtek. Ez ekből az M TA kutatóhelyei sajnos kevésbé r észesedhettek, de sok helyen világszínvonalú emberi erőforrás és infrastruktúra van. A t ehetséges magyar kutatók hatalmas pénzeket nyernek el külföldi pályázatokon. Ahol a laboratóriumukat befogadó intézet, egyetem vezetése megf elelő f eltételeket, v édelmet bizt osít, onnan nem elvándor olnak a kutatók, hanem oda visszajönnek , és magukkal hozza a külföldön szerzett tudást, tapasztalatot, kapcsolatrendszert. Tessék figyelni a „Lendület Program” által támogatott kutatókat és kutatóhelyeiket! Kemény f eltételekkel a legk iválóbbak kapnak támogatást. M indennek sz erencsére látható a n yilvánvaló eredménye, amit a világ tudomán yossága és a társadalom is nagyra ér tékelhet. „Bátran figyeljék az MTA honlapját!”

Igen ám, de a k linikumban, a gyakorlatban dolgozó orvosok ebből nem sokat tapasztalnak. Oberfrank Ferenc előadásában elmondta, sokukkal tart kapcsolatot. Ami érték a kutatásban, az a klinikumban sem más , vagy annak kellene lennie . Fontos volna megérteni, hogy mitől lesz orvos valaki, és c éljait miért nem találja meg itthon? Ez nem csak a politika felelőssége. A társadalom és az orvosok maguk is megkeserítik egymás életét. A zilált intézményrendszer, a méltatlan egzisztenciális helyzet, az orvos-orvos közötti





dr. Oberfrank Ferenc

igazságtalan, érték- és teljesítményalapú nélküli különbségek végtelenül próbára teszik a tisztességes többséget. Nekik nagyon elkeserítő az a meg nem értés, amivel általában találkoznak.

Tény az is, hogy bizonyos klinikai központokban a fiatalok egy-egy álláshelyért versengenek, és pezsgő tudományos élet zajlik. Persze hatalmas testi-lelki terhet egy ilyen klinika vezetése, mert folyamatos képzésben lehet csak egyik napról a másikra megremteni a feltevéleket. Ez nagyon nagy baj, mert a tényleges vezetők túlterheltek és összeroppanhatnak, vagy időnek előtt kielehetnek. Természetesen ezt sokáig nem szabad hagyni. Ugyanakkor tudni való, hogy mindenkinek képtelenség egyformán kedvesni. Világos stratégia és munkamegosztás alapján a legkiválóbb adottságúaknak kell perspektívát, biztos feltételeket adni, ott, ahol a képességeik a legjobban érvényesülhetnek. Ők pedig megremtenek a többieknek mindazt, ami szükséges. Egy tiszta rendszerben helyére kerül a tényleges feladat, senki nem marad munkát megélhetés nélkül. A kórházban, „aki kapja marja” rendszerben viszont mindenkinek mindenkinek farkasává válik...

A siker elsődlegesen a politikai felelőssége. A z eszközeivel olyan helyzetet kell teremteni, amelyben összhangba hozható a gazdasági-, a költségvetési és az egészségpolitika stratégiai célja és tevékenysége. Ma azt tapasztaljuk, hogy kormányzati szinten a két önmagával ellentétes, márpedig ez rövidtávon rendkívül káros.

„Meggyőződésem, hogy a pénzügyi és a gazdasági célok az egészségügyiekkel összhangba hozhatók, különösen akkor, ha a folyamatokat nemcsak a költségvetés szintjén monitorozzuk. A gazdaság célja a nyereség szerzése, ami azonban nemcsak profit, hanem társadalmi haszon és az állam képességeinek növekedése is. A z egészségügy költségeit és eredményességét nem a költségvetésnek okozott kiadásokban kell mérni, hanem az egészségnyereségen és az életminőség-növekedésen, amit a működése eredményez. De ez még nem elég! Ide kell számítani azt is, amivel az állam és a gazdaság működési biztonsága és hatékonysága javul, továbbá azoknak a terheknek a mérséklődését, amit az egészségesebb, munkaképesebb, tovább élő lakosság révén tapasztalhatnak a gazdasági szereplők,

a társadalom tagjai. A hazai gazdaságtudomány és statisztika adóssága, hogy nem dolgozott ki olyan monitoring-rendszert, ami ezt meggyőzően mutatja. Sajnos ebben szintén elmaradtunk a fejlett világtól. A z USA-ban, a fejlett európai országokban – egyebek között Finnországban – például ezt nagyon jól tudják és gyakorolják. Tessenék letölteni az USA Tudományos Akadémiájának vagy a finn tudományos és technológiai hivatalnak, a TEKES-nek az anyagait, esetleg az Európai Kardiológus Társaság, az Európai Gyógyászat által támogatott tanulmányokat! Nem örömdögösség, ami azokban található”.

Kiemelte, hogy egy megbízható monitoring rendszer valamennyi szereplőjének lehetősége lehet az éves szintjén a tervezést, a folyamatok, a beavatkozások eredményességének, hatékonyságának követését, mindenekelőtt a befektetések megtérülésének vizsgálatát. Ugyanis egyet mindenkinek el kell fogadnia, akár gazdasági, akár egészségügyi szereplő is valaki: elengedhetetlen, hogy a befektetett források megtérüljenek. A z előbbieken alapulva azonban a megtérülést nem egyedül a gazdasági szereplőknél jelentkező profit, az államnak kimutatható adóbevételek-növekedés és átcsoportosítható költségvetési forrás, nem is csupán a meg növekedett foglalkoztatás, hanem a felsorolt valamennyi egyéb terület együttes figyelembe vételével kell kikalkulálni. Ehhez rendszerben kell látni a gazdaságot, a társadalmat, az egészségügyet stb. Olyan eszközök alkalmazása szükséges, amely kölcsönösen kedvező folyamatokat juttatja érvényre.

A megfellelő megtérülést hozó K+F+I területek kiválasztási kockázatának elfogadható szintre csökkentéséhez, a K+F+I tevékenység hatékonyságának vizsgálatához a politikai, közintézményi, kutatói, ellátó és vállalkozói szintnek egyaránt rendszeres és megbízható információkat, továbbá objektív (független) tanácsadást igényelnek. „A boldogulást hozó fejlődés irányát és a gyakorlatban tapasztalt eredményeket az a modell határozza meg, amiben gondolkodunk, kommunikálunk és működünk. A jó modell összhangot teremt a különféle érdekek, törekvések között. Akkor jár mindenkinek a legjobban, ha a rendszer összehangolt célok követésére optimalizált. Természetesen a rendszer modell is jó valakinek, de abban hiába erőltetünk bele több erőforrást, attól sem az eredményessége, sem a hatékonysága nem javul meg. A többség így mindig vesztesnek érzi magát, hiszen elúszik a választás, a piac, az egészség, az



életminőség, a perspektíva, a felzárkózás, s nem utolsó sorban a boldogság...”

Elmondta továbbá, hogy a megfélemlített rendszert fenntartó, azaz fejlettségi országokban tapasztalható termelés-növekedés 7/8-a új technológia bevezetésére vezethető vissza. A megfélemlített éghajlattal szembevetve a K+F+I befektetések jövedelmezősége minden más befektetésnél magasabb. Az akadémiai kutatásba fektetett közforrások 28%-os megtérülésével számolnak. Az egészségipari (gyógyszer, műszer) K+F esetében ugyanez 30%. A tudományos szereplők az alapvetően új ismeretanyagot biztosítják, az innovációs folyamat szereplői a piaci és a társadalmi hasznosításra összpontosítanak. A közforrásokból történő K+F+I befektetések piaci megtérülése magas, 7–42% közötti. A társadalmi megtérülés 20 és 110% között alakult. Tudni kell, hogy az optimálnál magasabb befektetés alacsonyabb megtérüléssel jár. A magas megtérülés egyúttal azt is jelzi, hogy a befektetések nagysága alatta maradt az optimálisnak! A K+F befektetések megtérülése csak arra minden szempontból alkalmas recipiens esetén várható.

„A hazai innováció az egészségiparnak politikai prioritást kell adjon. A lakosság egészségi állapota és életminősége csak korszerű feltételek között javítható. Ez magában foglalja a korszerű megoldások alkalmazásának előmozdítását és a hazai K+F+I támogatási rendszer fejlesztését, valamint a hazai szereplők versenyképességének erőteljes előmozdítását is. Mindezzel párhuzamosan nélkülözhetetlen az egészségügy eredményes átalakítása, a közellátás és a közfinanszírozás alkalmassá válása az új technológiák minőség alapú és igazságos hozzáférést biztosító alkalmazására, valamint a fejlesztőkkel való kölcsönösen előnyös együttműködésre. A közellátásba be nem érő, de biztonságos és egészségnyereséget, életminőségjavulást hozó új technológiák szabályozott piacát szükséges megteremteni. Az országnak arra kell törekednie, hogy a hazai szereplők versenyképes termékekkel, szolgáltatásokkal jelentkezzenek, és az okos éven mielőbb növekedjen a honi és a külföldi piaci részesedésük. Ez nem protekcionista megoldások elvetését igényli, hanem együttes együttműködést, versenyt feltételez a hazai és a külföldi szereplők között. A minőséget mindenkinek hoznia kell, de a hazai szereplő nem szenvedhet hátrányt. A hazai K+F+I szervezetek kapcsolódó bevételei, foglalkoztatottainak száma és minőségének, nemzetköziesedésének jelentős, tartós

növelése, részesedésük kedvező alakulása a GDP előállításában és a piacon mindenképpen cél legyen! Magyarország fel akar zárkózni a fejlettségi országok közé. Erre megvan az esélyünk, mert amit jól csináltunk a rendszerátalakítás után, az a nemzetközi pozícióink kialakítása volt. Amit eddig rosszul csináltunk, az a társadalmi és a gazdasági adottságaink nem megfelelő kiaknázása a valódi felzárkózáshoz. Ez most már a nemzetközi pozícióinkra is károsan hat vissza, amiben a teljes magyar – politikai, gazdasági,

szellemi, egészségügyi stb. – „elitnek” óriási a felőssége, amiért a nyilvánvalóan minden ízében megrendült helyzetéért fizet. Elfogytak alóla a „rabszolgák”, fogya persze szét, mint a sarki jég. Mindenki kényszerhelyzetben van. A pesszimisták ilyenkor rémeket látnak. Szerecsére én javíthatatlanul bizakodom. A világban óriási változások zajlanak, van mit keressünk, és bőségesen lennétennivalónk is...” – zárta előadását a MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézetének ügyvezető igazgatója.

## Alapkőletétel Orosházán

**Az orosházi városi kórházban szeptember végén tették le az új technológiai központ alapkövét a település és a kórház vezetői. Ezzel a csaknem másfél milliárd forint értékű uniós projekttel egészül ki az egy évvel ezelőtt, tavaly októberben, szintén uniós forrásból megvalósított fejlesztési program.**



Ünnepélyes pillanat

Az ünnepélyes alkövetélen dr. Kalmár Mihály, a kórház főigazgató főorvosa többek között elmondta: a központi technológiai tömb beruházása 1,44 milliárd forintból valósul meg, amelynek 90 százaléka árá európai uniós forrás a fedezet, tíz százalékát pedig a város önkormányzata fizeti. A tervek szerint a technológiai tömb építkezésének befejezése jövő nyárelejeére várható. Ezzel a beruházással a kórház új, modern központi diagnosztikai és műtőegységhez jut, amelyhez sterilizáló is társul. Minden-

nek köszönhetően megszűnik a felsorolt egységek eddigi széttagoltsága, általa pedig szervezhetőbbé, hatékonyabbá és magasabb minőségűvé válik a betegellátás, ráadásul a szolgáltatásra fordítandó költségek is csökkennek.

Az új beruházás szervesen csatlakozik az egy évvel ezelőtt befejezett korábbi felújítási programhoz, amely ugyancsak uniós támogatással jött létre. Annak érdekében megújult a központi sürgősségi betegellátó osztály. A Brüsszelből érkező, több mint 240 millió forintos forráshoz a város önkormányzata csaknem 27 millió önrészt tett hozzá. A pályázat révén lehetőség nyílt nem csak a kórház sürgősségi betegellátó osztálya épületének korszerűsítésére, energiatakarékos működtetésre való átállítására, hanem eszközbeszerzésekre és gépparkfelújításra, továbbá a folyamatos munkarendben ellátást nyújtó részleg teljes körű akadálymentesítésére is. A felújítás azt is lehetővé tette, hogy a korábbi négy ágyó hatra emeljék a sürgősségi osztály kapacitását. Az orvostechológiai eszközökön kívül jutott pályázati forrás az informatikai park megújítására is. Az orvosi eszközök/berendezések közül többek között új, modern ultrahang-diagnosztikai készüléket, altatógépet, komplett traumatológiai műtőasztalt, illetve további, több mint másfélszáz kisebb értékű, ám a betegellátás szempontjából rendkívül fontos eszközt sikerült beszereznie az intézménynek. Az informatikai parkot lézernyomatók, operációs rendszerek, monitorok és nagy teljesítményű multifunkciós készülék beszerzésével erősítették meg.

Lóránth Ida

# Kisebb testtömeg, alacsonyabb vércukorszint

LÓRÁNTH IDA

*A WHO becslése szerint világszerte több mint 350 millió cukorbeteg él, és ez a szám a modern társadalmakban (az egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód, elhízás, stressz stb. miatt) évről évre magasabb lesz. Az összes diabéteszes 85–95 százaléka a betegség 2-es típusában szenved, vagyis az egészségtelen életmód következményeként kialakult cukorbetegség áldozata.*

**A** 2. típusú diabéteszesek szenvedének, éppen az általuk folytatott, a betegségük szempontjából rendkívül káros életmód következményeként, az átlagosnál rosszabb az inzulin toleranciája. Vagyis a saját adagolású, folyamatosan azonos mennyiségű inzulin hatása instabil: egyik nap ugyanannyi egység hipoglikémiát, másnap viszont rendkívül magas vércukorértéket okoz. A többségnél ez a fegyelmezetlen diétázás, a rendszeres, kiegyensúlyozott fizikai tevékenység hiányának a következménye. Ugyanígy a betegség egyik, sokakat érintő veszélyes eljárája, az elhízás is. Mivel a diabéteszre hirtelen rátörő hipoglikémia életveszélyes állapot kockázatával járhat, a súlyfelesleg pedig (számos egyéb káros hatása mellett) tovább ronthat az alapbetegségén, a gyógyszergyártók hosszú évek óta keresik azokat a molekulákat, amelyek eredményesen csökkenhetnének a két súlyos rizikótényező kockázatát.

## Európában is engedélyezték

Az Európai Bizottság a napokban engedélyezte a Boehringer Ingelheim és az Eli Lilly & Co. által kifejlesztett molekulából készült gyógyszer forgalmazását a kontinensen. A linagliptin és metformin-hidroklorid hatóanyagú kombinált tablettát kifejezetten azoknak a 2-es típusú cukorbetegségben

szenvedő felnőtteknek fejlesztették ki, akiknek rossz a glikémiás kontrollja. A két hatóanyag a gyártók szerint kiegészíti, illetve felerősíti egymás hatásmechanizmusát. A linagliptin dipeptidilpeptidáz-4 antagonist (DPP4-gátló), a metformin pedig a biguanidok terápiás osztályába tartozik. A 2. típusú diabéteszesek közül sokaknak a betegség megfelelő minőségű karbantartásához többfajta gyógyszer szedésére is szükségük van. A új gyógyszerkombináció egyetlen tablettá szedésével javíthat vércukor-értékeiken, mégpedig úgy, hogy kedvező a mellékhatásprofilja – nyilatkozta új készítményükről Klaus Dugi professzor, a Boehringer Ingelheim alelnöke. Az Európai Bizottság a gyógyszer tagországokban való forgalmazását azzal a kikötéssel engedélyezte, hogy az új



Vércukormérés

készítményt csak azok a felnőttek, 2. típusú diabéteszben szenvedők szedhetik, akik betartják a számukra előírt diétát és aktív életmódot folytatnak, továbbá az általuk eddig önmagában szedett metformin adagot maximálisan tolerálták. Ugyanez az okra is érvényes, akik a metformin és a szulfanilurea hatóanyagot eddig külön-külön szedték. Az új gyógyszer (Európában Jentaduet néven forgalmazzák) szulfanilureával együtt is szedhető. A tablettát nem alkalmazható 1-es típusú diabéteszben szenvedő betegeknél és gyerekeknél, továbbá diabétesz ketacidózis kezelésére sem. A linagliptin/metformin

HCl az alábbi, naponta kétszer alkalmazandó dózisokban lesz elérhető Európában: 2,5 mg linagliptin/850 mg metformin tablettánként, és 2,5 mg linagliptin/1000 mg metformin tablettánként.

## Mellékhatás a placebocsoportnál is

A The Lancet júniusi számában jelent meg annak a két évig tartó vizsgálatnak az összefoglalása, amelynek során a linagliptinnek és a már korábban is forgalomban lévő, az orvosok által leggyakrabban felírt szulfonilurea glimepiridnek a glikémiás értékekre, a hipoglikémia kockázatának mértékére, valamint a betegség tetsztésére gyakorolt hatását hasonlították össze. A vizsgálatról annak vezetője, Baptist Gallwitz, a tübingeni egyetem professzora számolt be. ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60691-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60691-6/abstract)).

A randomizált, kettős-vak vizsgálatban 1552 beteg eredményeit értékelték. Eszerint a linagliptin szedő betegeknek átlagosan 3,3 mmol/liter értékkel csökkent a reggeli, éhomi vércukorértéke, a korábbiánál kevesebb alkalommal jelentkezett náluk a hipoglikémiás roham, relatív testtömeg-értékük pedig átlagosan 2,7 kilogrammval csökkent. A klinikai vizsgálatok ritkán jeleztek mellékhatásokat a linagliptin szedésének ideje alatt. Egyes betegeknél a linagliptin/metformin kombináció, illetve a metformin önálló adagolásának elkezdése után gasztrointesztinális panaszok jelentkeztek, ám ezek hamarosan maguktól megszűntek. Megjegyzendő, hogy ezek a hasmenéses tünetek a placebo szedő csoport egyes tagjainál is megmutakoztak. Ezek szemből a hipoglikémia az új gyógyszerkombinációt szedőknél viszonylag gyakrabban fordult elő, mint a placebo, vagy a metformin és a szulfanilurea külön-külön szedő pácienseknél. Az Európai Unió kivételül az Egyesült Államokban, Japánban (Trazenta), és Kanadában (Trajenta) is forgalmazzák az új kombinált készítményt.

# Előnyös az új struktúra a Fejér Megyei Kórház számára

SÁNDOR JUDIT

*A Dunántúl legnagyobb fekvőbeteg-ellátó intézménye, a Fejér Megyei Szent György Kórház számára meghatározza az ellátandó feladatok körét és progresszivitás szintjét az, hogy a Közép-dunántúli régió centrumában helyezkedik el, valamint logisztikai adottsága – az M7-es autópálya, a Balaton és a Velencei-tó közelsége. Csernavölgyi István főigazgatót először is arról kérdeztük, megszülettek-e a remélt kedvező változások a kórház számára az új struktúrában.*

– Ellátó struktúránkat úgy alakítottuk ki, hogy mind a diagnosztikát, mind az effektív ellátást nyújtó szakmákat a megfelelő progresszivitási szinteken felsorakoztattuk. A célunk az volt, hogy teljes kivizsgálást tudjunk nyújtani, és a legjobb szakmában a legmagasabb progresszivitási szintű ellátást biztosítani tudjunk. Úgy gondolom, hogy a törekvésünk sikeresen jár, ezt tükrözik a számunkra meghatározott progresszivitási szintek és az ellátandó területek. A régió-

ban egy edülálló módon a problémás eseteket egy intézményen belül el tudjuk látni mind diagnosztikai, mind terápiás szinten, nincs felesleges betegtranszport, így minimalizáltuk az időveszteséget. Kiemelt cénterünként működünk például a sürgősségi ellátás teljes spektrumát tekintve, továbbá a kardiológia, a pulmonológia, az infektológia, a sebészet, a traumatológia, az idegsebészet, valamint a PIC-ellátás területein. A térségi ellátókkal való egyeztetések a konstruktív jegyben zajlottak, mindnyájunk elsődleges célja a betegellátás biztonságának megteremtése volt. Az így kialakított struktúra és a mögötte felsorakoztatott kiváló képzettségű humán erőforrás intézményünk legfőbb erőssége. Ennek kézzelfogható bizonyítéka, hogy még ebben az évben egyetemi oktatókórházzá leszünk.

*– Milyen előnyöket élveznek és milyen hátrányokkal küszködnek az új szisztémában?*

– Egyértelműen előny az előbbi elvázolt új ellátó struktúra és az ezzel járó megtisztelő feladat. Hátrányt nem szenvedtünk, az olyanban az élelges finanszírozási környezet ismerete szükséges ahhoz, hogy a kialakított új ellátó háló hosszú távon működtethető legyen. A megfelelő finanszírozás kialakítása a biztonságos



Csernavölgyi István

betegellátás elemi érdeke. Átgondolt és folyamatosan kontrollált betegkezeléssel elengedhetetlen a TVK korrekciója a feladathoz és területhez, valamint a lakosságszámra vonatkozó TVK-lehetőségek javítása. Az új finanszírozási évet ennek reményében várjuk.

*– Sikerült-e a Fejérben élők hátrányát csökkenteni, hiszen mint korábban állította, az országos átlag alatt volt mind a fekvő-, mind a járóbeteg-ellátás kapacitása.*

– Ez az állítás természetesen természetesen és jelenleg is igaz. Az új egészségügyi ellátó struktúra területei és progresszivitási szintjei már tükrözik az itt élők ellátásának feltételrendszerét, amennyiben az élelges finanszírozási környezet is idomulni fog ehhez. Azt gondolom, hogy jelen időpontban jobb pozícióban van a megyei ellátó struktúra, mint korábban volt, hiszen megteremtettük a legmagasabb szintű, teljes körű sürgősségi ellátás infrastrukturális alapjait, legmagasabb progresszivitási szinten működünk például infektológia, pulmonológia, PIC-ellátás területén. Célem továbbra is az, hogy a Semmelweis-tervezélemiségnek megfelelő szakmai színvonalú, és esélyegyenlőséget garantáló egészségügyi ellátó struktúra valósuljon meg meggyenkben.

## Együttműködés a Szent György kórház és a pécsi egyetem között

A Pécsi Tudományegyetem oktató laboratóriumaként működik a jövőben a Szent György kórház laboratóriuma. Csernavölgyi István, a Fejér Megyei Szent György Kórház főigazgatója mellett Kovács L. Gábor, a Pécsi Tudományegyetem intézményvezetője, akadémikus, a Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság elnöke, valamint Gervain Judit, a Szent György kórház laboratóriumának vezetője is részt vett pénteken az avató ünnepségen. Csernavölgyi István elmondta, legfőbb céljuk, hogy a szakmaiságot, hitet és kitartást visszahozzák a kórház életébe. Gervain Judit hozzátette, ennek ékes példája a laboratórium, mely 1980 óta működik, s melyet még Gógl Árpáddal hoztak létre. A laboratórium kiszolgálja a belgyógyászat speciális diagnosztikai részét, ma az egyetlen intézmény, ahol a májcentrumok számára molekuláris diagnosztikai vizsgálatokat végeznek – emelt ki Gervain Judit. Kovács L. Gábor pedig azt húzta alá, hogy az intézménnyel való együttműködés jó a kórháznak, hiszen újabb pályázatokhoz csatlakozhat, s jó a Pécsi Tudományegyetemnek, hiszen az itt folyó példaértékű szakmai munkarészei lehetnek a laboratóriumi szakdolgozók. S itt az orvosi innováció is újtárá indulhat. (Fejér Megyei Hírlap – online)



– *Ígéretes a fejlődés, elismerésre méltó a menedzsment célja, de nézzük, hogy állnak az adóssággal: nagy tartozással vette át az intézményt, a finanszírozási környezet pedig azóta nem javult.*

– A két évvel ezelőtt átvett állományhoz képest az adósság nem nőtt, amit a külső körülmények ismeretében komoly eredménynek tartok. Természetesen érthető okokból a rendkívüli nehézségekkel küzdünk csak úgy, mint más egészségügyi szolgáltatók. Elsődleges célunk a betegellátás biztonságának garantálása, ezért úgy döntöttünk, hogy akár a gazdasági mutatóinktól is tartózkodunk, vagyis a likviditást nem veszélyeztetve a rómorlás mellett is tartjuk ezt, vagyis a likviditást nem veszélyeztetve a rómorlást tartjuk elfogadhatónak. Rendkívül versenyképesen egyensúlyozunk, és nagy erőket mozgósítottunk az önköltségek nagy adósságállomány ledolgozására, a kedvezőtlen szerződések átalakítására, a már említett keretgazdálkodás ellenőrzött és kontrollált működtetésére.

– *Nem sokkal a bevezése után, immár két évvel ezelőtt a gazdasági helyzet megújítását követően a sűrűn előforduló betegellátás fejlesztését, a létszám- és működési gondok megoldását. Hogy áll ezekkel a célkitűzésekkel?*

– Új sürgősségi osztályunkat átadtuk, a fejlesztés révén új sürgősségi őrző, ambulanciák, személyzeti helyiségek, betegváro jött létre, az eszközfejlesztés során respirátorok, monitorok, defibrillátor, bronchoszkóp, bedside labor került ek az osztályra. A nagyon nagy terhelés – napi 200–250 új orvos-beteg találkozás – ellenére megfelelő szakmai színvonalon teljesítünk. Alkalmassá tettük az infrastruktúrát arra, hogy megvalósítsuk az integrált kórházi-alapellátó ügyelet elindítását, amire várhatóan a jövő év elején kerülhet sor. Megtudtuk felelni az ellátó struktúra átalakításának a ráncba kerülő plusz feladatok ellátásának is. Közös lépéseket tartunk az alapellátó kollégákkal, közelebb hozva egymáshoz a rendszerben dolgozókat. Kritikus létszámproblémával jelenleg nem küzdünk, humán erőforrásunkat sikerült megtartani.

– *Ezek szerint valószínű tud lenni a megyei kórház a szakorvosok számára, mégis hogyan?*

– Lehetőségeinkhez képest megbecsüljük országos, nemzetközi hírű szakemberünket, szakorvosainkat, szakdolgozóinkat. Még ebben az évben egyetemi oktatókórházként fogunk működni, melytől szintén a humán erőforrás problémák megoldását várom. Mind a helyi, mind az egyetemi

## Egyetemi oktatókórház lett a székesfehérvári

A Pécsi Tudományegyetem általános orvosi karának oktatókórháza lett a Fejér Megyei Szent György Kórház – erről szóló megállapodást írt alá a kar dékánja és az intézmény főigazgatója Székesfehérváron. Miseta Attila dékán hangsúlyozta: elemi érdek, hogy megoldják az orvosok, ápolók utánpótlásának súlyos problémáját. Úgy véli, ehhez megfelelő körülményeket kell teremteni, ennek egyik lépése lehet a megállapodás. Emléztetett rá, hogy az 1980-as évek eleje óta létezik az egyetemi oktatókórházi rendszere, amit aktualizálni kellett. Felméréseik szerint sok hallgatójuk van Székesfehérvárról és környékéről, ezért természetes volt, hogy a Fejér Megyei Szent György Kórházzal ilyen megállapodás született. Csernavölgyi István főigazgató szerint a Szent György kórházat többek között a kimagasló színvonalon folyó tudományos munka és az elhivatott személyzet teljesítménye tette alkalmassá az új feladatra. Kiemelte: az elmúlt két évben minden intézményi szektorban megtalálták az oktatási szakembereket, akik magas színvonalon, elhivatottsággal végzik munkájukat. Elmondta, hogy a megállapodás folyamatos szakmai fejlődést biztosít. Szeretnék elérni, hogy a Székesfehérváron gyakorlatukat töltő orvostanhallgatók kötődjenek az intézményhez, és a jövőjüket ott képzeljék el. Hangsúlyozta, hogy a következő tanévben már biztosan érkeznek hallgatók Székesfehérvárra. (MTI)

képzésben való lehetőségek kitárolnak, végső cél természetesen a munkaerő helyben tartása. Kiegészítő programmal rendelkezünk a szakemberképzésben résztvevő szakdolgozók és orvosok támogatására, amelyet saját bevételből fedezünk egy teljesítmény-kontrollált rendszerben, ez a TÁRS-programunk, vagyis Támogatás Rezendensek és Szakdolgozók számára.

– *Folytatva a korábbi célkitűzéseket: csökkent-e a várólisták hossza, mennyit kelt a várni például a laboratóriumi és ultrahangvizsgálatoknál?*

– Igen, tolerálható tartományon belül mozognak. Természetesen küzdünk nehézségekkel, elsősorban az oktatási területeken, ahol a beteg személy szerint ragaszkodik a kezelőorvosához. A tarthatatlan ultrahang várólistánk nyolc hónapra két hónapra csökkent, a röntgenvizsgálatokra pedig egyáltalán nincs várakozás. A szakorvosi beutalóval történő laborvizsgálatok vonatkozásában szintén nincs várólista.

– *Kis kórházból érkezett, s az ott elért szakmai sikereket igyekezett átvenni egy nagy kórházba, gondolok például a betegcentrikus ellátásra. Hogy van valósulhat ez meg az ország egyik legnagyobb kórházában?*

– Egyértelműen észlelhetők pozitív tendenciák a dolgozók és a betegek visszajelzései alapján. A személyes beszélgetések és írott visszajelzések mellett a minőségügyi csoportunk rendszeresen végez betegelégedettségi vizsgálatot az ISO 9002 tanúsítványunkhoz kapcsolódó elvárások szerint. Ebben a vonatkozásban továbbra is bizakodó vagyok.

– *Nyolcmilliárdos fejlesztésbe vágtott az intézmény: hogy állnak az uniós és egyéb fejlesztési programjaik?*

– Minden terv szerint halad a nagy projektünkben: a beruházás előkészítő munkái megtörténtek, a terminus szerint a közbeszerzési eljárás folyamatban van. Ezek befejeztével középtávon részben biztosítani tudjuk a megfelelő infrastruktúrát és eszközparkot. A pavelon rendszer végleges megszüntetéséhez azonban a magasabb prioritású fejlesztési szintre sorolt osztályaink (pulmonológia, infektológia) részére egy új épületkomplexum kialakítása szükséges. Kialakított intézményfejlesztési koncepciónk van, melynek egyik jelentős része ez a nyolcmilliárdos fejlesztés, de meg kell említeni a pszichiátriai rehabilitációnk közel 700 millióforintos fejlesztését is, vagy a humán erőforrás fejlesztését támogató TÁMOP-pályázatot is, amely elbírálási szakaszban van.

– *Milyen jövőképpel fogott bele a legutóbbi megmérettetésbe, amelynek során sikerült megőriznie státuszát?*

– Ugyanazzal a jövőképpel, mint két évvel ezelőtt. Még mindig úgy gondolom, hogy realitás Magyarországon egy megbízhatóságot garantáló egészségügyi ellátórendszer kialakítása, működtetése, ezen dolgozunk. Köszönömet fejezem ki ezúton is valamennyi kollégának, szakdolgozóknak, orvosoknak egyaránt, hiszen csak közösen tudunk egy betegcentrikus kórházat létrehozni. Úgy gondolom, jó úton indultunk el két évvel ezelőtt!

# Késésben az újdonság

KRASZNAI ÉVA

*Napjainkban ismét előtérbe került a gyógyszer-közkiadások féken tartására alkalmazott költségkontroll-intézkedések közül az új termékek befogadásának korlátozása.*

**Az** új gyógyszerek kifejlesztésére specializálódott innovatív gyógyszeripari vállalatoknak ez a válságadók után a legsúlyosabb teher – tudtuk meg Leitner Györgytől, az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének elnökétől, aki maga is „praktizáló” gyógyszerceg vezetője, hiszen a GSK magyarországi leányvállalatának első számú embere.

– Továbbá azt is tudni kell, hogy a támogatás drasztikus késleltetésének

legfőbb veszteségei az orvosok az ok a betegek, akik az egészség állapotuk és életminőségük javításában valódi áttörést hozó készítményekhez nem ritkán csak többéves késéssel juthatnak hozzá – figyelmeztet a szakember.

Mint elmondta, egy nemrég végzett kutatás szerint Magyarországon a támogatástól a társadalombiztosítási támogatásba való befogadásig átlagosan két esztendő telik el, s ez bizony nagyon hosszú idő.

A társadalombiztosítási támogatás megítélése az elmúlt években elsősorban a választékot bővítő, korlátozott innovációt képviselő gyógyszerekre korlátozózott. Közben a valódi terápiás áttörést jelentő, magas hozzáadott értékű termékek befogadása gyakorlatilag ellehetetlenül. Napjainkban már több mint 30 új

gyógyszer vár befogadásra. Legtöbbjük a daganatos, neurológiai és fertőző betegségek kezelésében hozhat jelentős előrelépést.

Az új innovációk befogadásának a késlekedésével az orvosok rendelkezésére álló terápiás eszköztár közép-kelet-európai összehasonlításban is elavultabb. A magyar betegek életminősége, életkilátásai és munkaképessége olyan betegségek miatt csökken, amelyek másutt már megfelelően kezelhetők, sőt akár gyógyíthatók. Az új terápiák befogadása a lakosság egészségi állapotának javításán túl az inaktivitás csökkentéséhez is hozzájárulva a nemzetgazdaságot is pozitívan befolyásolhatja.

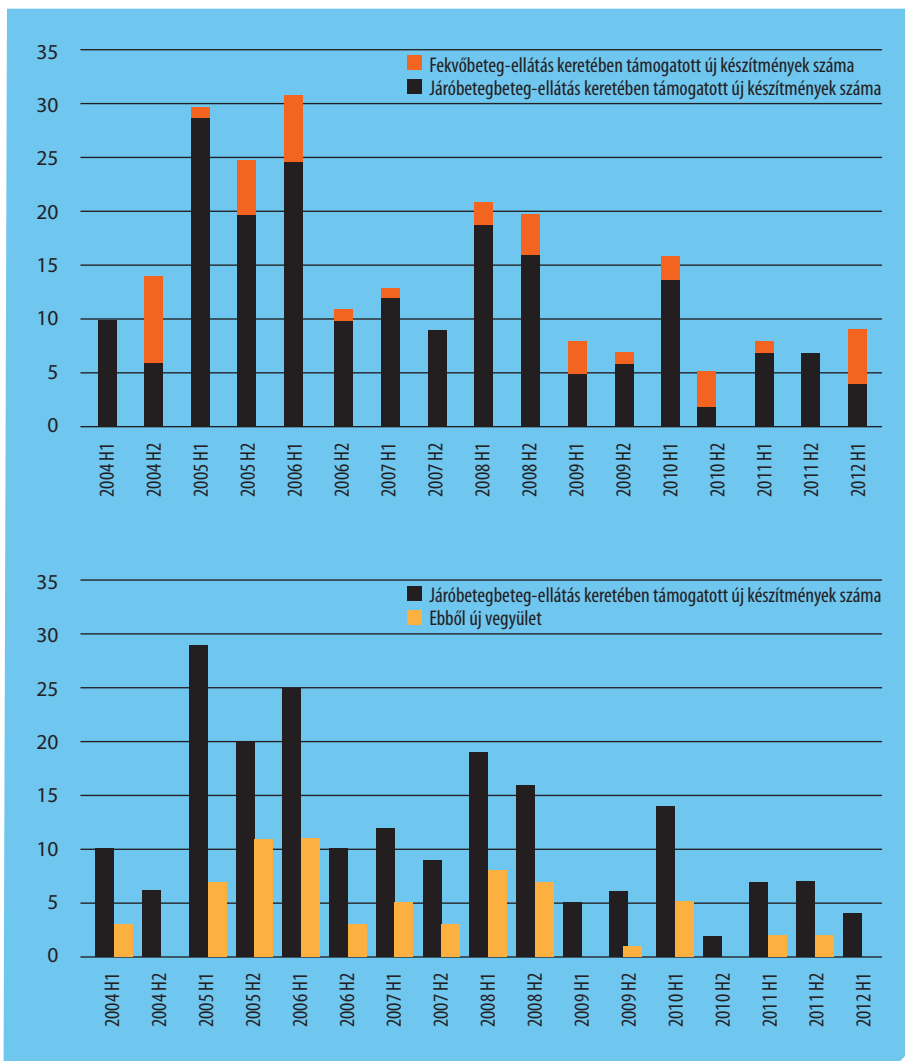
## Morálisan is kifogásolható

Az új gyógyszerek befogadásának adminisztratív korlátozása tehát morális, egészségügyi és gazdasági szempontok alapján is kifogásolható – hangsúlyozta Leitner György. Mindehhez hozzátette, hogy a megoldást a lakosság népegészségügyi helyzetét és gyógyszerterápiás igényét messzemenően figyelembe vevő, jól átgondolt, ütemezett gyógyszerbefogadás jelentené.

A támogatott gyógyszerkör bővülésének költségei a nemzetgazdaság szintjén általában már rövid-, illetve középtávon megtérülnek. Igen ám, de a jelenlegi helyzetben erre sincs szükség, hiszen a gyógyszeripar kifizette extraadók és befizetések valamennyi befogadásra váró új gyógyszer közf finanszírozására már most is megfelelő fedezetet biztosíthatnának. Az innovatív gyógyszerek általában nem helyettesíthetők. Az eredeti szereket 10–15 évig termékszabaddalom védi, a bioegyenértékű generikus másolatok megjelenése csak ezt követően lehetséges.

## Fogalomtisztázás – innovatív szer

Mondandók során használjuk ugyan, de pontosan sokan nem tudjuk, mit is jelent az innovatív szer. Nos, e hiátuson igyekszünk korrigálni. Tehát, olyan új hatóanyagot tartalmazó és új terápiás lehetőséget nyújtó gyógyszerről van szó, amelyet egy évtizednél hosszabb kutatómunkával fejlesztenek ki. A nem, vagy nem megfelelően kezelhető betegségekkel életminőségjavulást, terápiás



A társadalombiztosítási támogatásba befogadott új gyógyszerek számának alakulása

előrelépést, vagy akár végleges gyógyulást hozhat. E gyinno vatív gyógyszer fejlesztési költsége a legfrissebb kutatások szerint több milliárd dollár, ami meghaladja egy ember Holdra juttatásának költségét.

A gyógyszerfejlesztés 10–12 év es időszaka hatalmas költségekbe kerül, s a gyártóknak nagyon kell így ekezniük, hogy az investíciójuk haszonnal megtérüljön, hiszen az ezt segítő szabadalmi oltalommal védett időszak viszonylag rövid. Mindezt bonyolítja, hogy a sikertelen projektek és a jövőbeli fejlesztések költségeit is a forgalomban lévő termékekből származó bevételnek kell fedeznie.

### Miért káros az ágazatot sújtó extraadó?

A kutató, termelő gyógyszercégekre kirott extraadók az innovatív gyógyszer cégek rendelkezésére álló K+F forrásokat csökkentik – hangsúlyozza az AIP M elnöke –, így az új gyógyszerek fejlesztését negatívan befolyásolják. Ha az egész világon olyan mértékű terhek sújtanák a gyógyszeripari vállalatokat, mint Magyarországon, akkor ma már senki sem fejlesztene új gyógyszereket – figyelmeztet Leitner György.



Leitner György

Az innovatív szerek nélkül rövidebb ideig és rosszabb minőségben élnénk. Nem beszélve arról, hogy az új hatóanyagokhoz évtizedes késéssel és generikus másolatok formájában juthatnánk csak hozzá.

A fenti eszmefuttatás után óhatatlanul felmerül a kérdés, az innovatív gyógyszercégek hazánkban miért nem adják olcsóbban a termékeiket?

Az AIP M elnöke kiemelte, hogy az innovatív szerek európai összehasonlításban hazánkban igen olcsók vagy a legolcsóbbak. Magyarország a társadalombiztosítási támogatásba kizárólag a legalacsonyabb európai áron fogadja be a gyógyszereket. Ezeket túl a gyártókat 20%-os támogatás arányos extraadó – a forgalmazás 6. évétől már 30%(!) extraadó –, orvoslátogatói díj, továbbá a támogatás volumen-szerződés, valamint a gyógyszerkassza túlköltesénél a törvény által előírt befizetési kötelezettségek sújtják.

Az efféle elvárások tényleg nem maradnak hatástalanok. Magyarországon a nemzetközi listaárnál már jelenleg is 50–70%-kal olcsóbban kaphja ezeket a termékeket. Ugyanakkor a hatalmas kedvezmények biztosítása sem jár terhelések nélkül, hiszen a kényszerű racionalizáció miatt az elmúlt évben már több mint 1000 gyógyszeripari munkavállaló veszítette el az állását. Várható, hogy ez a negatív tendencia hirtelen nem fordul pozitívvá...



**BSoft**  
informatika

Megbízható megoldások  
több mint 50 intézményben

# BIVIR

Integrált Vezetői Információs rendszer

GAZDÁLKODÁS: főkönyv, pénzügy, keretek

HUMÁN, BÉR: dolgozónkénti mélységben

GYÓGYSZER: beszerzés, felhasználás

BETEGEK: esetszintű költségek

# KVIK

Kórházi Vezetői Információs és Kontrolling rendszer

KONTROLLING: tervezés, beszámolás

FINANSZÍROZÁS: eset, orvos, osztály, TVK

MUTATÓSZÁM: grafikus vezetői beszámolók

ESETSZINT: ráfordítás- és fedezetkezelés



# A gyógyítást kell segíteni

KRASZNAI ÉVA

*Az Orvostechnikai Eszközök Gyártóinak és Forgalmazóinak Szövetsége (OSZ) elnöksége a leköszönt dr. Tóth Zoltán főtitkár utódjául június 11-től Rásky Lászlót nevezte ki. Az új főtitkár az elmúlt tíz évben érdekképviseleti területen dolgozott, ebből az elmúlt fél évtizedben titkárságvezető volt a szövetségénél. Rásky Lászlóval beszélgettünk.*

*– Milyen szervezetet vett át az elődjétől?*

– Szerénytelenség nélkül mondom, hogy az Orvostechnikai Szövetség a magyar egészségügy, az orvostechnikai ipar ismert és elismert érdekképviseleti szereplője. A z idén másfél évtizedes szervezet különösen az elmúlt öt évben tett sokat az iparág színterének erősítéséért, a véleményük, az érdekeik képviseletéért. A szövetségben összpontosuló szakmai tudásra építve olyan javaslatokat tudunk kidolgozni, amelyek nem csak a tagvállalatok, hanem a betegek, sőt a hazai egészségügy egészének érdekeit is figyelembe veszik és szolgálják.

*– Milyen a viszonyuk az egészségügyi kormányzattal, pontosabban az államigazgatással, annak képviselőivel?*

– Az egészségügyi államtitkársággal és az egészségügyi igazgatási intézményekkel partneri a munkakapcsolatunk. Az természetes, hogy vannak szakmai vitáink, de a viszonylag szűk lehetőségek között általában minden szereplő a problémák megoldását keresi. Az együttműködés további fejlődését várjuk attól a stratégiai partnerségi megállapodástól, aminek megkötésére az év első felében az államtitkárság szándéknyilatkozatot tett, és amire mi pozitív választ adtunk.

*– Az idei első fél éves kórházi adósságlomány-adataiból kiderült, hogy ezen a téren a tartozások összege alacsonyan áll, mint 2011 júniusában volt. A számok tükrében summázható, hogy az adóssághelyzet javul az egészségügyben?*

– Először is úgy gondolom, nem szerencsés, hogy a minisztérium az adatokat automatikusan, negyedévenként nem teszi

közzé. Ez alkolommal például képviselői kérdésre adott válasz formájában hozták nyilvánosságra az első felvételek adatait. Másrészt önmagukban nem mutatnak pontos helyzetet, hiszen az átmeneti időszakok a nyilvánvalóságban a lejártak között nem jelennek meg. De ami sokkal fontosabb: sajnos a betegek éppen ellentétes folyamatokat tapasztalnak, mint a hivatalos jelentések, mert a kórházok finanszírozása csökken. Ráadásul még mindig vannak 2011-ből származó kifizetetlen számlák, és egyes intézményeknél az átlagos fizetési idő már meghaladja a 180 napot.

*– Milyen okok állnak a kórházak adósságának növekedése mögött?*

– Az alap az egészségügy alulfinanszírozottsága, ami a TVK-ban fejeződik ki. A közelmúltban több intézmény finanszírozása nominálértékben is csökkent, miközben augusztusban az ágazatban bérkiegészítés történt. Ráadásul az energia- és távközlési szolgáltatások központosított beszerzése miatti áttérítés során a szerződéstől előző korábbi szolgáltatások tartozásait ki kell fizetni. Ezért, ahogyan az egyik tagvállalati vezetőnk fogalmazott: „most mindenki részszámlát fizet”. Csakhogy így az orvostechnikai beszállítók ismét a fizetési sor végére kerülnek.

*– Ugye azért a negatívumok mellett pozitív példákat is említhet?*

– Szerencsére igen. Az egyes intézmények helyzete és gazdálkodása más és más. Ezért vannak jól fizető és kevésbé jól vagy szinte egyáltalán nem fizető kórházak.

*– Mire számítanak az adóssághelyzet alakulásában?*

– Úgy kalkulálunk, hogy az év végére a betegekkel szemben fennálló kórházi adósságok a tavalyinál is nagyobb mértékűre nőhetnek. Éppen ezért a 2011 utolsó időszakában született, felelős kormányzati intézkedésekhez hasonlóan a kórházaknak a szállítói tartozásaik kiegyenlítésére pluszforrásokat kell adni. De csak az lehetne az adósságcsapda újratelődése ellen megoldás, ha bevezetnék az orvostechnikai eszközöknél az általunk 2012

januárjában készített részletes szakmai javaslatban kidolgozott és javasolt úgynevezett nettó finanszírozást. Ennek az a lényege, hogy az igazoltan leszállított áruk és elvégzett szolgáltatások értékét a betegek adókötelezettségével központiilag vezetessék össze.

*– Az Önök cégeinek is kulcskérdés a közbeszerzések szabályozása, amire vonatkozóan év elején szakmai javaslatokkal bombázzák a jogalkotókat. Mi az, amit ezen a területen sikeresen elérniük és mi az, amit nem?*

– Valóban, az elmúlt években nem csak koncepcionális, hanem konkrét normaszöveg-javaslatokat is benyújtottunk a jogalkotónak. Már csak az ért is rákényszerültünk erre, mert sokáig nem létezett az orvostechnikai eszközök közbeszerzésének szabályait tartalmazó rendelet. Ezért is ért bennünket hideg zuhanyként az év elején a tárgykörrel vonatkozó, rendkívüli módon előkészítetlen szabályozási javaslat, aminek véleményezésére 16 órát kaptunk. Noha, a részben tiltakozásunk következtében véglegesített változat az eredeti tervezet sok hibáját már nem tartalmazta, a jogszabályok továbbra is hiányosak. Hogy csak egy példát említsék, a konszignációs raktárak nem szabályozták. A szövetségünk pedig természetesen további módosításokat is javasol majd.

*– A GYEMSZI a központosított közbeszerzést készíti elő. Önök szerint ezzel valóban mekkora összeg takarítható meg?*

– Az orvostechnikai eszközök esetében a megtakarítási lehetőség csekély, pontosabban csak az eszközök minőségének rovására lehetne spórolni. A hazai árszínvonal ugyanis már most is az európai szint alsó negyedében-ötödében van. De folytatva, a korábban központiilag beszerzett termékek közbeszerzési eljárásai sem voltak hibátlanok. Az új, központosított közbeszerzéseket gondosan kell előkészíteni. Nem utolsósorban az ért, mert a rendeletben szereplő termékekre sincs részletes minőségi és technológiai követelményrendszer, ami a termékek összehasonlíthatóságának is gátja. Az így beszerzendő termékek körének bővítését sem tartjuk szükségesnek, illetve szakmailag megalapozottnak, mert rendkívül

sokfélék a kórházakban használt eszközök, berendezések és rendszerek.

*– A szeptemberi, orvostechikai eszköz tárgyu konferenciájuk fókuszában a modern, innovatív eszközök és eljárások befogadása, alkalmazása, továbbá ezek előnyei álltak. Milyen problémákkal szembesül ma*

*– Gondolom, itt is a pénzügyi az alapvető probléma.*

– Sajnos hazánkban a komplex szemlélet az egészségfinanszírozásban sem érvényesül, vagyis a rendszer nem azt nézi, hogy a beteg gyógyítása a leghatékonyabban és a leggyorsabban hogyan valósítható meg. Helyette arra



Rásky László

*az, aki innovatív terméket, eljárást akar a támogatásba befogadtatni?*

– Az újonnan befogadandó innovatív eszközöknek és technológiáknak nincs előre tervezett költségvetése. A jogszabály, amely alapján új technológiákat fogadhat be a társadalombiztosítás, és aminek előkészítésében aktív szerepünk volt, 2010 óta elugyan, de maguk az eljárások nagyon lassúak. Bár az első beadott termékeknel pozitív eredmény született, mert azokat befogadásra alkalmassnak ítélte a hatóság, ez korántsem jelenti azt, hogy azokat az egészségbiztosító finanszírozni is fogja.

koncentrál, hogy adott egészségügyi problémát miként lehet a legolcsóbban orvosolni. Sajnos annak következményeivel, például esetleges komplikációkkal vagy a további kiadásokkal nem számol. Egyébként a modern technológiák finanszírozásába olyan garanciális elemek is beépíthetők, amelyek az egészségbiztosító, az egészségkassza érdekeit szolgálják. Mi már annak is örülnénk, ha egyes konkrét eljárások alkalmazásával kapcsolatban pilotprojektek indulnának, akár úgy is, hogy azokat, a hatékonyság mérését követően utófinanszírozza a biztosító.

*– A kormányzati kommunikáció szerint „a kormány úgy rendezi át a meglévő egészségügyi kapacitásokat, hogy biztosítsa a betegek optimális időn belüli hozzáférést az állapotuknak legmegfelelőbb, biztonságos és jó minőségű ellátáshoz”, „amelynek szolgáltatásaihoz an yagi helyzetétől függetlenül, szükséglete szerint egyforma eséllyel fér hozzá az ország valamennyi polgára”. Ezekről milyen véleményt alkottak?*

– A mindenkinek egyformán és a kellő időben hozzáférhető, magas színvonalú egészségügyi ellátás sokba kerül. A z egészségügyi államtitkárságtól örekszik erre, de például a területi aránytalanságok csökkentése csak hosszú folyamat lehet.

*– Az ágazat valamennyi szereplője több pénzt akar: az egészségügyi dolgozók, az intézmények vezetői, a beszállítók, és nem utolsósorban maga az egészségügyi kormányzat is. Mi lehet a megoldás?*

– A Széll Kálmán terv 2.0 elég pontosan tartalmazza a kormányzat gazdasági prognózisait. Eszerint az elkövetkezendő években nem várható jelentős gazdasági és költségvetési bővülés. És mivel a kormány az egészségügyre szánt források arányának jelentékeny mértékű növekedésével sem számol, ez erősíti a magánforrások bevonására vonatkozó gondolkodást, sőt törekvéseket.

*– Aminek már az említése is sokáig szinte szentségtörésnek számított.*

– A magánforrások egészségügyben betöltött szerepének bővítésével a Semmelweis-terv nem igazán kalkulál. Míg a mégis érzékelhető egyfajta elmozdulás a kérdésben, a magánegészségbiztosítás adómentességének törvényi biztosítása révén. A gyakorlati megvalósításhoz számos alapvető kérdést kell mérlegelni és eldönteni. Nem könnyű ugyanis a szolidaritási elvű állami egészségügyi és a biztosítási alapú magán egészségügyi rendszereket harmonizálni, és a kettősség negatív hatásait elkerülni. A kezdő lépés az lehetne, ha a kormány párbeszédet kezdene az egészségügy szereplőivel e tárgykörben, az optimális megoldás megtalálására.

*– Ha egy jó tündér a magyar egészségügygel kapcsolatban, nem is hárdom, de legalább egy kívánságát teljesítené, Főtitkár úr, akkor Ön mit kívánná?*

– Mindenekelőtt azt, hogy az egészségügyről és az egészségügyben hozott valamennyi döntés a betegek gyógyító munkáját segítse, annak feltételeit javítsa.

# PraxisPlatform a kórházakban

*Hazai és nemzetközi vizsgálatok szerint a krónikus megbetegedésekben szenvedő betegek az általuk kiváltott gyógyszereknek csak 30-50%-át szedik a kezelőorvos utasításának megfelelően. Így a páciensek felénél eredménytelen a terápia. A probléma egyik lehetséges megoldása a páciensek egészségtudatosságának növelése folyamatos, személyre szabott edukációval és az orvos-páciens kapcsolat erősítésével.*

A terápia sikeressége leginkább a páciens együttműködésén múlik, ezt az együttműködést megnyerni az onban nehéz dolog: egyrészt nincs elegendő idő a vizitek alkalmával a beteg teljes körű tájékoztatására, másrészt az interneten található területek szabadon elérhető információ számos esetben a terápia megértése és elfogadása ellen dolgozik.

## Egyénre szabva érdekes

„A páciensek manapság már tájékozottabbak, az internetet használva részben megérthetik a betegséget. Ezzel az onban egy probléma van: ha valaki a rossz információkhoz ragaszkodik, és azokra hivatkozik. A zilyen betegeket nehéz meggyőzni – mondta dr. Melly András, az Országos Baleseti Sebészet 4. sz. Mozgásszervi Sérültek Osztályának Osztályvezető Főorvosa. „A beteg edukáció egyénre szabva érdekes. E gyzer olvastam egy újságban egy cikket, amerikai lapra hivatkoztak, azt járták körbe, hogy a betegek mennyire ismerik, értik betegségük, kezelésük lényegét. Megdöbbentő módon azt tapasztalták, hogy számos esetben még a magasan képzett páciensek, pl. fizikafeladatok egészségügyi kultúrája sem nagyobb, mint egy hetedikes általános iskolásé.” A beteg edukációs rendszerek pont ezeket a problémákat igyekeznek megoldani: megkönnyítik az orvos által felírt és részletezett gyógymód megértését és erősítik a beteg terápia követési hajlandóságát.

Az osztályon idén kezdték el használni a PraxisPlatformot beteg edukációs célokra, a trombózis profilaxisban részesülő

betegknél. A kezdeményezés sikeresnek bizonyult, a páciensek nagy része szívesen fogadta a terápiai üzeneteket, és a program befejeztével is a PraxisPlatform rendszer tagja maradt.

A PraxisPlatform rendszeres és személyre szabott üzenetek mellett egy olyan adatbázist is biztosít a páciensek számára, amely szakértők által összeállított részletes információkat tartalmaz a betegséggel és annak gyógyszeres valamint nem-gyógyszeres kezelésével kapcsolatban. Ezen kívül a betegnek lehetősége van arra is, hogy magától a kezelőorvosától kapjon terápiai tanácsokat. Kérdezők, kérdőívek kitöltésével ellenőrizheti állapotát és az alkalmazott terápia hatásosságát. A rendszer nem váltja ki a személyes találkozást, de segítségnyújt a megfelelő orvos-beteg kapcsolat kialakításában és fenntartásában.

## Sokkal rugalmasabb tájékoztatás

Oroszlányban eddig a krónikus betegek gyógyulásának támogatásához használták a PraxisPlatformot, a jövőben az onban a megelőzésben is fontos szerepet kap. A rendszeren keresztül az intézmény és a hozzátartozó egészségfejlesztési iroda felhívásokat, emlékeztetőket küldhet el a hozzátartozó pácienseknek, valamint azonnal elérhető biztositó kártyákban élő számokra is. Innentől kezdve az orvos-beteg konzultáció egy része a távolból is megoldhatóvá válik, az információ a „jól bevált csatornákon”, tehát e-mailben, SMS-ben és hangüzenetek formájában érkezik a betegekhez.

„Terveink szerint még idén létrehozunk egy egészségfejlesztési iródat, amely fő feladata regionális betegklubok létrehozása és a nekik szóló programok megszer-

vezése lesz. Ebbe bevonjuk a vonzáskörzetünkben dolgozó szak- és házi orvosokat, valamint a hozzátartozó betegeket. A klubok keretén belül előadásokat tartunk a különböző betegségekkel és az okgyógyomójaival kapcsolatban, az egyes településeken pedig szűréseket hirdetünk meg az ott lakóknak, valamint közösségi programokat is szervezünk (biciklitúra, gyalogtúra, havonta egy szerbetegnap az uszodában) – mondta dr. Veréb Attila, az Oroszlányi Rendelőintézet igazgatóhelyettese. „Ebben is segít nekünk a PraxisPlatform. Ha a házi orvos vagy a szakorvos felveszi a klubba a beteget, már meg is küldi a hanghívás vagy üzenet, amely tájékoztatja a páciens tudnivalóiról. Így a plakátok és szórólapok használata helyett sokkal rugalmasabb és célzottabb lesz a tájékoztatás. A rendszer szűróprogramokról is értesíti a pácienseket. A beteg úgy fogja érezni, hogy több figyelmet kap, több időt fordítanak rá. Abban bízunk, hogy a rendszeres üzenetek megkönnyítik az orvos-beteg kommunikációt, és a betegek megosztják tapasztalataikat orvosokkal is. Várakozásaink szerint az aktív és a programokban résztvevő betegek elégedettebbek lesznek és könnyebben együttműködnek kezelőorvosikkal.”

„A rendszer másik előnye, hogy juttathatja az orvosok közötti párbeszédet is. Jelentős probléma például a laborbeutalóknál, hogy az orvosok nem kommunikálnak: ezért a házi orvos sokszor felesleges vizsgálatokat is kér. Rá kellene döbbernünk, hogy egy szekeret húzunk, nem pedig ellenségek vagyunk. A kommunikáció előbb-utóbb internet-alapú lesz, a PraxisPlatform nyújtotta szolgáltatás is ebbe az irányba mutat” – tette hozzá dr. Veréb Attila.



powered by



Elérhető már az  
Alma Gyógyszertárakban is!





**Szakmailag hiteles**

A Magyar Telekom által 2011-ben elindított PraxisPlatform egy olyan beteg-egdukációs és terápiamenedzsment rendszer, amely személyre szabott és időzített terápiás üzenetekkel segíti és egészíti ki az orvosok munkáját. Az üzenetekben olyan, a betegséggel és a terápiával kapcsolatos szakmailag validált információk szerepelnek, amelyek kommunikálására sokszor a túltelhetőség miatt

nem jut idő. A rendszer országsszerte rendkívül sokan használják már, jelenleg 18 betegegdukációs program keretében 38.000 páciens kap tájékoztatást 3.600 orvostól és gyógyszerésztől. A programok igen változatosak: a klasszikus „népbetegségektől” (pl. diabétesz, hipertónia, anyagcsere-zavar, asztma, COPD) kezdve a speciális kórképekig (pl. Parkinson-kór és áttétes emlőrák), találhatóunk hasznos programokat.

A rendszer használata az orvosok, az intézmények, a kórházak és a páciensek számára is ingyenes. Intézmények számára remek lehetőséget nyújt a műtétek előtti és utáni edukációhoz, a rehabilitáció támogatásához és a betegterápiához.

*Amennyiben bővebben érdeklő a rendszer, kérjük keressen minket a 06 40 630 400-as telefonszámon vagy az [info@praxisplatform.hu](mailto:info@praxisplatform.hu) e-mail címen!*

# Általános magatartási szabályok, jognyilatkozatok új munkajogi szabályai

DR. KŐSZEGFALVI EDIT

## Általános magatartási szabályok

### Együttműködés, jóhiszemű, tisztességes eljárás

Általános követelményként került megfogalmazásra, hogy a kinevezés, munkaszerződés során létrejött jogviszony teljesítése során a munkáltatónak és a dolgozónak megfélemlő hozzáállást, az adott helyzetben elvárható magatartást kell tanúsítania, ezen belül a kölcsönös együttműködés, jóhiszemű, tisztességes eljárás alapvető magatartási szabályait a feleknek be kell tartaniuk. A munkáltató döntési és utasítási jogkörében méltányosan köteles eljárni, aránytalan sérelmet nem okozhat a közalkalmazottnak.

A jóhiszemű, tisztességes eljárás, kölcsönös együttműködés követelményéhez szorosan kapcsolódik a tájékoztatási kötelezettség elve. Azaz, a munkáltató, a dolgozó, a szakszervezet, a közalkalmazotti üzemi tanács köteles minden olyan adatról, tényről, körülményről tájékoztatást adni, ami a jogviszonyból eredő jogok gyakorlása és kötelezettségek teljesítése szempontjából lényeges.

### Rendeltetésellenes joggyakorlás

Az általános magatartási követelmények körében került megfogalmazásra a rendeltetésellenes joggyakorlás tilalma. Akkor nem rendeltetésellenes a joggyakorlás, ha maga a joggyakorlása önmagában

nem ütközik konkrét jogi tilalomba, mégis a joggyakorlás az adott jogszabályban foglaltakkal összefüggésben, az okrendeltetésével nem áll összhangban.

Fontos azonban kiemelni, hogy a rendeltetésellenes joggyakorlás és a jogszabályba ütköző joggyakorlat nem azonos fogalom, a kettő egymást kizárja. Ugyanis ha jogszabályba ütköző magatartást valósít meg a munkáltató, akkor rendeltetésellenes joggyakorlásról nem beszélhetünk. Így, ha felmentési tilalomba ütközik a munkáltató felmentése, akkor ez egy törvényi előírásba ütköző magatartás, a konkrét jogszabályi tilalom miatt a felmentés – jogellenességére hivatkozással – megtagadható. Ha azonban a felmentés jogszerű, de utóbb bizonyítható, hogy a munkáltató a közalkalmazottat azért mentette fel, mert azt érzékelték bírálta, ez a felmentés rendeltetésellenes joggyakorlásra hivatkozva támadható meg.

A rendeltetésellenes joggyakorlás leggyakoribb eseteit sorolja fel a jogalkotó, azonban e nevesített eseten túl még egyéb esetekben is – az eset összes körülményeit vizsgálva – megvalósulhat rendeltetésellenes joggyakorlás. A példaládó felsorolásban szerepel, hogy rendeltetésellenes a joggyakorlás, ha más jogos érdekének csorbítására, érdekvényesítési lehetőségének korlátozására, zaklatására, a véleménynyilvánítás elfojtására irányul vagy ehhez vezet.

### Jogviszony fennállása alatt tanúsítandó magatartás

A dolgozó a jogviszony fennállása során nem tanúsíthat olyan magatartást, amely veszélyezteteti munkáltatója jogos gazdasági érdekeit. Fontos kiemelni, hogy nem szükséges, hogy a munkáltatói jogos gazdasági érdeket ténylegesen sérelmesen szenvedjen, a veszélyeztetés elegendő a dolgozó kötelezettségesség megállapításához.

A dolgozó munkaidején kívül sem tanúsíthat olyan magatartást, amely munkáltatójának jó hírnevét, jogos gazdasági érdekét sértené, ez a közalkalmazotti jogviszony bizalmi jellegéből adódik. A konkrét magatartás megítélése során azonban figyelembe kell venni a munkavállaló munkakörét, illetve azt, hogy a magatartás valóban alkalmas-e a munkáltató jogos érdekének, jó hírnevének veszélyeztetésére.

Egy vezetői megbízással rendelkező közalkalmazott magatartása más megítélés alá esik, mint egy beosztott dolgozóé. A dolgozónak a véleménynyilvánítása során is szem előtt kell tartania, hogy ez sem eredményezheti a munkáltató jogos gazdasági érdekének, jó hírnevének a veszélyeztetését.

A titoktartási kötelezettség a közalkalmazottat mind a jogviszony fennállása, mind annak megszűnését követően terheli. Ez a kötelezettség azonban nem vonatkozik a közérdekű adatok nyilvánosságára és az olyan adatok tekintetében, ahol

törvényi kötelezettség alapján kell adatot szolgáltatni, illetve tájékoztatni.

### Személyhez fűződő jogok védelme

A személyhez fűződő jogok általános védelmét fogalmazza meg a törvény, azaz köteles azt mindenkit tisztelő életben tartani. A munkavállaló személyhez fűződő jogai csak kivételesen korlátozhatók. E gyrészt, ha ehhez írásban hozzájárul, másrészt, ha a munkáltató rendelkezésszerű működésével összefüggésben szükséges és a cél elérésével arányos. A munkáltatói korlátozásról előzetesen írásban a dolgozót tájékoztatni kell.

A dolgozó általános jelleggel előre nem mondható a személyhez fűződő jogairól, erről rendelkező nyilatkozatot csak írásban tehet. A személyhez fűződő jog megsértése esetén a Polgári törvénykönyv rendelkezései az irányadóak (Ptk. 75–85.)

A személyhez fűződő jogok körében a munkáltató a munkavállalótól csak olyan adatot, nyilatkozatot kérhet, amelyek nem sértik a személyiségi jogait. Az alkalmassági vizsgálat tekintetében is megfogalmazást nyert, hogy csak olyan vizsgálat kérhető, amelyet jogszabály ír elő, vagy a jogviszonyra vonatkozó szabályban meghatározott jog gyakorlása, vagy kötelezettség teljesítése szükségessé tesz

A jogviszony fennállása során a munkáltató számos adatot megismer a dolgozóról, ez ért egyrészt köteles tájékoztatni a személyes adatainak kezeléséről, másrészt csak törvényben meghatározott esetben közölheti azt harmadik személlyel. Ha adatfeldolgozás céljából személyes adatok átadására kerül sor, erről előzetesen a dolgozót tájékoztatni kell. Statisztikai célú adatfeldolgozás esetén nem kell az érintett hozzájárulása.

Amennyiben a dolgozó saját maga hozzájárul az adatközléshez, akkor – a dolgozó hozzájárulása mellett – az általa meghatározott körben adható kiegészítő adat. A munkáltatónak az adatmegkeresések alapjául szolgáló megkereső dokumentumokat nyilván kell tartania, hiszen a megkereséssel tudja igazolni: jogszabályi előírás alapján köteles volt a dolgozóról adatot kiszolgáltatni.

### Munkáltatói ellenőrzési jogkör

A munkáltató a közalkalmazotti jogviszonnyal összefüggő magatartást törvényben biztosított feltételek betartásával ellenőrizheti. Sem az ellenőrzés sem az ellenőrzés során alkalmazott eszközök, módszerek nem járhatnak az emberi méltóság megsértésével. Fontos előírás, hogy a dolgozó magánéletét nem ellenőrizhető, sőt az ellenőrzés nem irányul

hat kizárólag a munkavégzés intenzitására, a teljesítésére.

Fontos előírás, hogy kép- és hangfelvételt rögzítő kamera általában akkor helyezhető el az irodai helyiségekben, ha az a dolgozó életének, testi épségének, a biztonságának védelme érdekében, vagy vagyonvédelmi célból indokolt.

A technikai eszközökkel történő ellenőrzésről még az ellenőrzést megelőzően a dolgozót előzetesen tájékoztatni kell.

### Jognyilatkozatok

#### Megállapodás szabályai

A közalkalmazotti jogviszonyban számos kérdésben lehetősége van a feleknek megállapodni, ez jogviszonnyal kapcsolatos jogokat, kötelezettségeket keletkeztet. A feleknek csupán a lényeges kérdésekben kell megállapodniuk, minden olyan kérdésben, amelyet jogszabály rendel, nem kell megállapodást kötni. Ugyanakkor néhány esetben maga a törvény írja elő a megállapodás megkötésének a kötelezettségét. Így az egészségügyi területén az önkéntes többletmunka ellátására csak írásbeli megállapodás létezésén van lehetőség, de ebben az évben még a GYES-ről visszajött dolgozó szabadságának részbeni, pénzbeli megváltásának is ez a feltétele.

#### Egyoldalú nyilatkozatok

A közalkalmazotti jogviszony kapcsán számos nyilatkozat születik a felek részéről, amelyek egy része joghatással jár, más része pedig joghatással nem jár, úgymond egyszerű nyilatkozat. Vannak olyan munkajogi jogintézmények ahol elegendő az egyoldalú nyilatkozat (lemondás) megétele, míg más esetben a kétoldalú nyilatkozat megkötése hozza létre (tanulmányi szerződés). Az egyoldalú joghatást keletkeztető nyilatkozatok egy része önmagában a nyilatkozat megételeivel kiváltja a joghatást, függetlenül attól, hogy a másik fél elfogadja vagy sem. Tipikusan ide tartoznak a jogviszony megszüntetésére vonatkozó egyoldalú nyilatkozatok, vagy például egy kötelezettségvállalásnak az egyoldalú elismerése. Ebben az esetben a nyilatkozat a címmel történt közlését követően joghatályossá válik. Ugyanakkor a joghatályt kiváltó egyoldalú nyilatkozatoknál nagyon fontos, hogy ha megtörténik a közlés, ezt követően már csak a címmel történő hozzájárulásával vonható vissza.

Így például, ha a közalkalmazott lemond a közalkalmazotti jogviszonyáról, és ezt közli a munkáltatójával, a lemondó nyilatkozatot csak a munkáltató hoz-

zájárulásával lehet vissza vonni. Hasonló a helyzet, ha a munkáltató a felfelmentő határozatot elkészíti, majd utóbb rájön, hogy ez a felfelmentés felfelmentési tilalom alatt áll: kezdeményezheti a közalkalmazott irányába a felfelmentés visszavonását, de ehhez a közalkalmazott hozzájárulása szükséges.

Ugyanakkor vannak olyan egyoldalú munkáltatói nyilatkozatok, amelyek a közlést követően egy oldalúan módosíthatók. Így például a dolgozóval kötött munkaidő-beosztás a határidők betartása mellett egyoldalúan is módosítható, azaz, az eredetileg kötött munkaidő-beosztás utólagos módosításához nem szükséges az érintett dolgozó hozzájárulása.

Vannak olyan joghatást keletkeztető egyoldalú nyilatkozatok is (ajánlatok), amelyet önmagában a címmel való közléssel még nem válnak joghatályossá, ha azonban az elfogadja, akkor igen. Ilyen nyilatkozatnak tekinthető például, amikor a közalkalmazott kezdeményezi 40 éves keresőt évenységére tekintettel a felfelmentését. A munkáltató mérlegelési jogkörében dönt arról, hogy a közalkalmazotti jogviszonyt felfelmentéssel megszünteti vagy sem. Fontos szabály, hogy az ajánlatelfogadás vonatkozásában kötelezettség nem terheli a munkáltatót, ha az elfogadja, akkor az ajánlat a célzott joghatást kiváltja, hiszen a munkáltató az érintett, ajánlatot tevő közalkalmazott jogviszonyát felmentéssel megszünteti.

#### Elállás

Új jogintézménynek tekinthető az elállás, amely olyan egyoldalú jognyilatkozat, amely a felek között megszületett megállapodást visszamenőleges hatállyal, azaz, a megkötésnek időpontjára szünteti meg. Elállási jogot akkor gyakorolhatnak a felek, ha erre vonatkozóan kifejezett lehetőséget biztosít a közalkalmazotti törvény. Elállási jog gyakorolható a jogviszonyra vonatkozó kinevezés, munkaszerződés és a jogviszony tényleges kezdete közötti időszakban, illetve önkéntes tanulmányi szerződésből eredő kötelezettség megszüntetése esetén. Mindegyik visszamenőleges hatállyal szünteti meg a felek közötti megállapodást, ez azt jelenti, hogy az elállási jog gyakorlásáig a felek között megvalósult részletjesítés kapcsán el kell számolniuk egymással. Például, ha a dolgozó megszerzi a tanulmányi szerződésből eredő kötelezettséget, akkor a munkáltató elállhat a tanulmányi szerződéstől. Az elállási jog gyakorlásáig a tanulmányi szerződés alapján történő munkáltatói juttatások visszakövetelhetőek, hiszen ebben az esetben áll vissza a szerződés megkötését megelő-

ző eredeti állapot. Ezen túlmenően, ha az elállási jogot gyakorlónak kára merül fel, akkor az általános munkajogi szabályok alapján kártérítés keretében érvényesítheti azt. A fenti példánál maradva, ha a tanulmányi szerződés miatti távollétek kapcsán a munkáltatónak a munkavégzés érdekében túlmunkát kellett elrendelnie, akkor ezen a címen kifizetett összeg kárként jelentkezik, és ez visszakövetelhető.

### Kötelezettségvállalás

A munkáltató korlát nélkül, egyoldalúan vállalhat kötelezettséget, ezzel szemben a munkavállaló csak abban az esetben, ha jogszabály ezt lehetővé teszi. Kötelezettségvállalás keretében a felek egyoldalúan munkajogi következménnyel járó kötelezettséget vállalnak. Ilyen kötelezettségvállalásnak minősül a munkáltatói cafetéria-juttatás vagy prémiumfeltétel kifizetése. Az egy oldalú kötelezettségvállalásnál fontos szabály, hogy csak akkor módosítható, vagy mondható fel azonnali hatállyal, ha a nyilatkozatot tevő körülményeiben a köztételt követően olyan lényeges változás következik be, amely a kötelezettség teljesítését lehetetlenné teszi, vagy a teljesítés aránytalanul sérüléssel jár. Például, ha munkáltató tudja igazolni, hogy pénzügyi bevételeinek lényeges csökkenése miatt a cafetéria-juttatást nem tudja teljesíteni, akkor módosíthatja, illetőleg azonnali hatállyal felmondhatja az erre vonatkozó kötelezettségvállalását.

### Munkáltatói szabályzat

A munkáltató mind az egy oldalú jognyilatkozatot, mind a kötelezettségvállalását szabályzat formájában is megteheti. Azaz, a munkáltatói szabályzatokban utasításokat, intézkedéseket fogalmazhat meg, és ezeknek az összefoglaló elnevezése a munkáltatói szabályzat. Sok esetben a munkáltató a cafetéria vonatkozásában szabályzatot alkot, úgy szintén az üdülési, lakástámogatási segélyezés vonatkozásában. Természetesen emellett a munkáltatónak még a munkavégzés vonatkozásában számos szakmai szabályzat megalkotására is lehetősége van. Fontos szabály, hogy a munkáltatói szabályzatot az érintettekkel ismertetni kell, azaz, a közlést követően válik az hatályossá. A közlés módját szabályozni szükséges, hiszen csak a közléssel válik joghatállyossá a munkáltatói szabályzat.

### Feltétel

Fontos új munkajogi szabály, hogy a felek között létrejövő megállapodásnak a létrejöttét, módosítását vagy megszűnését egy jövőbeli, bizonytalan esemény kötésé-

től tehetik függővé. Azaz valamely feltétellel bekövetkezésétől tehetik függővé a köztük létrejött megállapodás hatályát. Így például egy fizetés nélküli szabadság kérelem esetén a feltételként határozhatják meg a külföldi munkavállalási engedélyét meglátását. Azaz, a fizetés nélküli szabadságra vonatkozó felek közötti megállapodás hatálya akkor következik be, ha ez a feltétel megvalósul. A köztételt feltételnek egyértelműnek kell lenni, hiszen ha az ellentmondó, nem megfelelően értelmezhető vagy lehetetlen, akkor úgy kell tekinteni, mintha a felek között létre nem jött volna. Ebben az esetben a feltétel semmisnek minősül, tulajdonképpen önmagában a megállapodás nem válik érvénytelenné, csupán a feltétel lesz semmis, ezért részleges érvénytelenségről beszélünk. Azaz, a felek közötti megállapodást úgy kell elbírálni, mintha a feltételt ki sem kötötték volna. Fontos előírás, hogy a feltétel bekövetkezéséig mindkét félnek tartózkodnia kell olyan magatartástól, amely a másik fél feltételhez kötött jogát csorbítja.

### Képviselő

Nagyon fontos, hogy a munkáltatói jogkör gyakorlója jogosult a munkáltató képviselőjében jognyilatkozatokat tenni. Írásban tájékoztatni kell az érintett közalkalmazottat, hogy a munkáltatói jogokat ki gyakorolja. Természetesen arra lehetősége van a munkáltatói képviselőnek, hogy a munkáltatói jogokat részben megossza, vagy bizonyos munkáltatói jogokat delegáljon. Azonban erről az érintett közalkalmazottat tájékoztatni kell.

Ha nem a munkáltatói jogok gyakorlására hivatott szerv gyakorolja ezt a jogkört, akkor a jognyilatkozat nem válik érvényessé, kivéve, ha utóbb a munkáltatói jogkör gyakorlója a nyilatkozattételre nem jogosultnak a nyilatkozatát jóváhagyja.

Jóváhagyás hiányában is a nyilatkozatot érvényesnek kell tekinteni, ha a munkavállaló a körülményekből alappól következtethetett az eljáró jogosultságára.

A munkavállaló vonatkozásában is szabályozásra kerül, hogy a jognyilatkozatait személyesen teheti meg, azonban, ha írásbeli meghatalmazást adott, akkor meghatalmazott képviselőjén keresztül is gyakorolhatja. Új szabályként jelenik meg, hogy meghatalmazás hiányában a hozzátartozó abban az esetben járhat el a nevében, ha az érintett dolgozó akadályoztatva van. A hozzátartozó fogalmát a Mt. 294. § (1) bek. b) pontja tartalmazza. Ilyen hozzátartozói jognyilatkozat esetén azonban szükséges az akadályoztatás tényének az igazolása.

Például, ha a dolgozó beteg, akkor megkérheti a hozzátartozóját, hogy ő jelentse be a munkáltatójánál keresésképtelenségét, és ebben az esetben a keresésképtelenségre vonatkozó nyilatkozatot a hozzátartozó teszi meg a dolgozó nevében. Ha azonban a munkavállaló képviselője eljáró személy és az érintett munkavállaló nyilatkozata, amelyet személyesen megtesz, ellentmondásban van, ebben az esetben mindig a munkavállaló nyilatkozatát kell figyelembe venni. Ha munkavállaló képviselőt bíz meg, és nincs korlát, az a képviselő jogkörébe, utóbb a dolgozó nem hivatkozhat arra, hogy a képviselő jogkörét túllépve járt el.

Ha meghatalmazást ad a közalkalmazott, hogy helyette képviselője tegye meg a jognyilatkozatot, akkor ezt a képviselőre vonatkozó meghatalmazást írásban kell foglalni. A meghatalmazásban kell megjelölni a képviselő körét. Ha általános felhatalmazást ad az érintett dolgozó, akkor valamennyi jogviszonnnyal kapcsolatos nyilatkozatot joghatályosan megtehet, hiszen a képviselő tartama nem került korlátozásra.

## V4-akció: Kitűzővel szolidaritás az orvosi kamara

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) is támogatja a visegrádi négyek (V4) orvosszakszervezeteinek november 20-ára tervezett közös akcióját, s azt javasolja, hogy tagsága az október 1-én „kitűző viselésével adja jelét szolidaritásának, egyetértésének”. Erről a MOK Területi Szervezeteinek Tanácsa egyhangúlag döntött határozatában. A MOK honlapján elérhető határozat szerint az akció célja olyan követelések megfogalmazása és kinyilvánítása, mint amiket a kamara már régóta és többször megfogalmazott és szorgalmazott: a gyógyító tevékenységek valós költségein történő finanszírozása, az egészségügyi életpályamodell kidolgozása, az orvosi bérek és ehhez igazodóan a szakdolgozói bérek nemzetgazdasági átlaghoz mérten jelentős javítása, a hatástanulmányok és előkészítő és nélküli privatizáció elfüggesztése, megakadályozása. Szükségesnek tartják továbbá a szakmai autonómia korlátozásának megszüntetését, és a munkahelyi harmonizálását az ágazatban dolgozók magánéletéhez fűződő jogos igényeivel. (MOK)



# Az informatikai szakrendelő

ZÖLDI PÉTER

„Egy kórház is nagyvállalat a mi olvasatunkban, azonban nem gyártással, hanem gyógyítással foglalkozik.”

A T-Systems Magyarország Zrt. az ISH Informatikát is magában foglaló egységesítéséről Budafoki Róbertet, a cég vezérigazgatóját kérdeztük.

– Miért integrálták a T-Systems márkánév alatt a Magyar Telekom 100%-os tulajdonában lévő, üzleti szolgáltatásokat nyújtó cégeket?

– Az ezredfordulón a Magyar Telekom már rendelkezett olyan üzletággal, amely telekommunikációs szolgáltatásokat nyújtott vállalati ügyfeleknek. Ez alapján a cég hosszú távú stratégiát rajzolt fel magának, amely szerint a telekommunikáció mellett egyre nagyobb jelentőséggel bír az informatika a nagyvállalati működésben. E stratégiai felismerés alapján elővállalataink hozzákezdték a kapcsolódó saját kompetenciák kiépítéséhez, illetve a piacokon már sikeresen működő és megfélemlítő szaktudással rendelkező vállalatok tudatos akvizíciójához. A KFKI Csoport, az IQSYS, a Dataplex, a Data-Kontor és az ISH Informatika viszonylag lazán együttműködésben szolgálták a vállalati ügyfeleket informatikai megoldásokkal. Sok esetben egy szerre több cégünk szolgáltatott párhuzamosan egy-egy ügyfelünknek. Például a kórházak esetében a KFKI Csoport nyújtotta a telekommunikációs szolgáltatást, és az ISH Informatika szolgáltatta a kórházi informatikai rendszert. Ez összességében sem ügyfeleinknek, sem nekünk nem volt hatékony megoldás: az ügyfelek két különböző vállalattal kellett tárgyalniuk, miközben az okvalójában egy családba tartoztak, nekünk pedig egymással párhuzamosan kapcsolattartási rendszereket kellett kiépíteni és fenntartani.

– Milyen üzleti előnyöket nyújt egy ilyen integráció?

– Rájöttünk arra, hogy ha egyesítjük a meglévő tudásunkat, akkor az erőbőveket szabadíthatjuk fel, és így tudjuk küszöbölni az addig a rendszerben jelenlévő, kevésbé hatékony elemeket. Közben a gazdasági válság is arra figyelmeztetett minket, hogy ha valamit változtatni akarunk, azt minél hamarabb és minél gyorsabban tegyünk meg. A z egy ségesítést ezért úgy valósítottuk meg, hogy a hatékonyságjavulás eredményei elsősorban ügyfeleink elégedettségét növeljék, ugyanis stagnáló vagy csökkenő piacokon csak úgy lehet növekedni, ha az ügyfeleket a lehető legjobb színvonalon szolgáljuk ki.



Budafoki Róbert

– A kórházak számára mit jelent az egységesítés?

– Útválasztásunk előremutató, amelynek során nem a karcsúsodás, hanem a megerősödés az elsődleges cél. A többek között az ISH Informatika Kft.-ből létrejött a T-Systems Magyarország Zrt.-n belül egy teljes mértékben az egészségügyre fókuszáló egység, ami ma sokkal szorosabb együttműködésben áll a teljes telekom-

munikációs és informatikai portfólióval, mint ahogyan arra korábban lehetőséget lett volna. A gördülékeny és ügyfélbarát működést nagymértékben támogatja az, hogy a jövőben ügyfeleinknek egyetlen kapcsolódási pontja lesz a T-Systems Magyarországgal, viszont ez ellenkeresztül minden igényüket teljes körűen ki tudjuk elégíteni. A jelenlegi gazdasági környezetben ügyfeleinknek is kevesebb a pénze, ezért arra törekszünk, hogy sokkal körültekintőbben határozzák meg azt, hogy mire és kinek költséges az infokommunikációs feladatokra fordítható forrásait.

– Nem sajnálják, hogy elvesz az egészségügyben meglehetősen értékes ISH márkánév?

– Számunkra nagyon fontos a megbízhatóság. Az ISH Informatika, hasonlóan a másik három leányvállalatunkhoz, –

egészségügyi partnereink visszajelzése alapján is – megbízható szolgáltató volt a magyar piacon. Ám így, egyesülve, egy lényegesen hatékonyabb és az ügyfeleink számára is sokkal könnyebben megragadható cég jött létre. A z ISH márka név a magyar egészségügyi informatikai életének része marad, de az egyetemesítésével egy új történet kezdődik. Ha egy kórházat átneveznek, attól még a kórház maga nem változik meg. Ha egy alapjában más sebességen működő vállalat akarunk válni, akkor azért tenni is kell, és mi mindent megtesszünk annak érdekében, hogy ügyfeleink világszínvonalú termékekhez, szolgáltatásokhoz jussanak hozzá.

#### – Mit éreznek majd ebből a kórházak?

– Továbbra is hozzáférhetnek az ISH Informatika alapszolgáltatásai mellett a telekommunikációs szolgáltatások teljes spektrumához is. Minden kórházba ugyanaz a korábbi ISH-munkatárs kopog majd be, akivel eddig is kapcsolatban álltak, ám most már T-Systems-es névjegykártyája lesz. A medikai informatikai rendszer mellett pedig ott lesznek a terméskálában a telekommunikációs szolgáltatások, a nagyon komoly hálózatzabiztonsággal, adatbiztonsággal, dokumentumkezeléssel, üzemi emeltetéssel kapcsolatos megoldások is, amelyek korábban az ISH-nál nem voltak közvetlenül elérhetőek ebben a minőségben. A kórházak hozzánk egy olyan informatikai szakrendelésre jönnek majd, ahol a teljes szolgáltatási spektrum elérhető számukra.

#### – Ugyanaz marad a szakmai csapat is?

– A szakmai csapatot továbbra is ugyanazok a szakemberek alkotják, mint korábban, ám sokkal átfogóbb jövőképet tudunk nekik felmutatni. Továbbra is Bende Richárd, az ISH Informatika Kft. korábbi ügyvezető igazgatója lesz az Egészségügyi Értékesítési Ágazat igazgatója, az intézményekkel való együttműködés legmagasabb szintű szakembere. Ám új minőségében már a T-Systems Magyarországnak teljes vezetése és csapata áll mögötte. Ez a nagyjából 1800 főt foglalkoztató cég pedig meghatározó súlyú: 5500 ügyfelünk van, árbevételünk megközelíti a 120 milliárd forintot, miénk a magyar infokommunikációs piac 20 százaléka.

#### – Ráadásul egy nemzetközi hálózat részei.

– Valóban, azt a tudást, ami korábban az ISH Informatikát jellemezte, a T-Systems-csoport el tudja juttatni más országokba is. Ez természetesen azt is jelenti, hogy

## .. T .. Systems

az eredeti szolgáltatások sokkal gyorsabban fejlődhetnek, mivel nem csak zárólag a 93 ezer négyzetkilométeres magyar piacot tudjuk kiszolgálni, hanem egy sokkal nagyobb, sokkal több forrással rendelkező európai környezetet. Így termékeink, szolgáltatásaink összességében gyorsabb ütemben tudnak fejlődni. A z egészségügyi kompetenciával Magyarországon kívül is komoly lehetőségeink vannak, ami a magyar piacnak is jótétehető.

#### – Milyen fejlesztéseket terveznek medikai informatikai és szolgáltatási területen?

– Az alkalmazásokban lényegesen több olyan innovációt szeretnénk megvalósítani, amely a XXI. század követelményeinek megfelel. Pontosabban tudjuk, hogy a felhasználó nem informatikus, és nem is kell annak lennie. Szeretnénk ezért az összes szolgáltatásunkat lényegesen felhasználóbaráttá tenni, és ez nem csak kórházi informatikai szolgáltatásainkra igaz, hanem az oktatási nagyvállalati informatikai szolgáltatásainkra is, amelyek megjelennek a kórházban is. Egy kórház is nagyvállalat a mi olvasatunkban, az online nem gyártással, hanem gyógyítással foglalkozik.

#### – Mennyire fontos a T-Systems számára a magyar egészségügy?

– Az egészségügy az egyik legmeghatározóbb fókuszterülete a cégünknek. Nem véletlenül vásárolta meg három évvel ezelőtt a Magyar Telekom az ISH Informatikát, és nem véletlenül kap az egészségügyi ágazat is kiemelt szerepet a T-Systems életében. A nemzetközi tapasztalatok alapján egyértelmű, hogy ebben a szektorban óriási fejlődés előtt állunk. A kérdés csak az, hogy a terület

ben meglévő potenciált milyen hatásokkal tudjuk kiaknázni. Lényegesen jobban fókuszálnánk arra, hogy ne csak a kórházakat tudjunk kiszolgálni, hanem a kórházak és betegek közötti kapcsolatot is támogassuk. Az értékláncot a korábbinál sokkal szélesebb körben szeretnénk kialakítani, mivel a mobilkommunikáció térnyerésével, a meglévő kompetenciáinkkal sokkal könnyebb szinergikus lehetőségeket biztosítani.

#### – Ön karrierje során, informatikai cégek vezetőjeként folyamatosan valamilyen kapcsolatban állt a magyar egészségügyel. Milyen ars poeticával fordul cégvezetőként a magyar egészségügy felé?

– Az informatikát, az online kívül, nagyon sokan ebből élünk, arra használjuk, hogy sokkal könnyebben tudjunk dolgozni eredeti szakterületünkön. Bennünket mindig is a hajtotta, hogy az egészségügyben valódi fókuszterületünk azzal, hogy a lehető legmodernebb informatikai megoldásokkal támogatjuk a folyamatokat. A z egészségügy szolgálatába állítjuk az informatikát, ezért nagyon fontos megértenünk az egészségügy sajátos kihívásait. Ezért lényeges az a speciális szakmai tudásterület és kompetencia, ami az ISH Informatika integrációjával jelent meg a T-Systemsben. Ha egy informatikai szakember bemegy egy kórházba vagy egy szakrendelőbe, évekkel, míg megérti az ottani kihívásokat és azokra megfelelő válaszokat tud adni. Az ISH Informatika csapata nagyon pontosan ismeri az egészségügyben meglévő különös problémákat, hiszen másfél évtizede a magyar egészségügy szereplőjeként, annak szerves részeként van jelen. Informatikát nagyon sokan tudnak szálítani, viszont olyan informatikát, amely az ügyfél problémáit ügyfélbarát módon oldja meg, nagyon kevesen.

### Mit szeretne a miniszter 2013-ra az egészségügynek?

Több mint 50 milliárd forint pluszforrást szeretne az egészségügynek a 2013-as költségvetésben az Emberi Erőforrások Minisztériuma (Emmi) a Nemzetgazdasági Minisztériummal egyeztetve – mondta Balog Zoltán emberierőforrás-miniszter a MR180 per című műsorában. A tárca vezető rámutatott: az összeg 90 százalékat egészségügyi dolgozók bérének emelésére szeretnék költeni, ez en kívül infrastrukturális beruházásokat is finanszíroznának belőle. Juthatna pénz ebből arra az esetre is, ha ismét túljelentkezés lenne az egyelőre 624 millió forintos kerettel 500 orvosnak meghirdetett ösztöndíj-programra – jegyezte meg. Balog Zoltán megállapította: a nyugati bérezéssel még sokáig nem lesz versenyes a magyar orvosok fizetése, de ha valóságos életpályát látnak maguk előtt az orvosok, akkor mérsékelni lehet az elvándorlásukat. (Kossuth – 180 perc)

# DePuy-Synthes integráció

ZÖLDI PÉTER

*Szeptemberben Magyarországot is eléri a két meghatározó ortopédiai márka, a DePuy és a Synthes összeolvadása. A két cég régi-új ügyvezetőjével: Kassai Zoltánnal és Janovszky Márkkal a jövőről beszélgettünk.*

*– Mind a DePuy, mind a Synthes meghatározó, ismert márkák az ortopédiai, traumatológiai és sebészeti ellátásban. Miért döntöttek az integráció mellett?*

**Kassai Zoltán:** A 40 milliárd dolláros globális ortopédiai és neurológiai piac óriási növekedési potenciált jelent. Az integráció egyértelműen vezető szereplővé tette cégünket ezen a piacon. A globális ortopédiai piac jelentős változáson megy keresztül, amelyet a fejlett országok gyorsan előregedő társadalma, a feltörekvő piacon egyre növekvő igénye és a világszerte tapasztalható egészségügyi reformtörekvések hajtanak. Az egyesült DePuy és Synthes kiváló pozíciókat tölt majd be ahhoz, hogy ebben a környezetben sikeres legyen, a sebészek és betegek számára olyan páratlan technológiai szélességet és szolgáltatási mélységet nyújtva, amely kielégíti ortopédiai igényeiket. A DePuy az iparág egyik legszélesebb körű ortopédiai portfólióját kínálja, míg a Synthes elsősorban traumatológiai, gerincsebészeti, szájsebészeti és műtéti motoros innovációiról ismert. A két cég együtt világszerte egyedi technológiai és szolgáltatási minőséget kínál a sebészeknek és a betegeknek.

**Janovszky Márk:** A tranzakció eredményeként a DePuy és a Synthes a világ leginnovatívabb és legszélesebb körű ortopédiai és neurológiai szállítója vált. A Synthes és a DePuy jól ismerik globális szereplőik, hasonló küldetéssel: a lehető legmagasabb szintű betegellátást nyújtják, nagyon hasonló cégértékek mellett. Ez a kombináció komoly lehetőséget teremt arra, hogy termékeinket, szolgáltatásainkat és továbbképzési programjainkat még magasabb szintre emeljük. Együtt sokkal atraktívabb és izgalmasabb vállalat leszünk munkatársaink számára is, ügyfeleinknek pedig jóval komplexebb partnerévé válunk.

*– Hogyan egészíti ki egymást a két világcég?*

**Kassai Zoltán:** Széles körű a DePuy és a Synthes szinergiája. Például, a DePuy piac-



Kassai Zoltán

vezető az ízületi, térd- és csípőprótézisek területén, az ortopédiai piac messze legnagyobb szegmensében, csakúgy, mint a sportsebészetben. A Synthes több jelentős piaci szegmensben piacvezető, ahol a DePuy jelenléte nem annyira jelentős, például a traumatológiai, szájsebészeti és műtéti motorok területén. Ezen felül mindkét cég egymást kiegészítő portfóliót kínál a gerincsebészeti területen.

**Janovszky Márk:** Hasonlóan fontos az egymással kompatibilis vállalati kultúránk. Cégeink hasonló értékeket képviselnek, mindig a páciensek és az ügyfelek igényeit helyezve előtérbe, és mindkét céget nagyra tartják magas integritása miatt. Egyesületünkkel még nagyobb lehetőségünk – és felelősségünk – nyílik, hogy folytassuk a két jelentős vállalat hagyományát, és világszerte több millió ember életminőségét növeljük.

*– Mit jelent az integráció Magyarországon?*

**Kassai Zoltán:** Korábban már számtalanszor felmerült a DePuy és a Synthes szorosabb együttműködése, amelynek úgy érzem, itthon is a szinergiája a lényege. A két vállalat portfóliója, illetve a magyarországi szervezeti felállítás ököletesen kiegészíti egymást. A DePuy nagyon erős ortopédia, gerincsebészet és sportsebészet területén, viszont nem volt annyira erős traumatológiában, ami pedig a Synthes központi üzletága Magyarországon. Ráadásul mindkét terület számára óriási támaszt jelent a Synthes sebészeti motorok piaca. Ezekkel a termékekkel minden üzletágot lefedünk, a műtéti motorokat akkumulá-

toros, levegős és elektromos változatban forgalmazzuk, a nagy protézisbeültetések műtétjéhez ugyanúgy, mint egy finom koponyaműtéthez.

**Janovszky Márk:** Az egyesülés feladatait ketten vezényeljük le Magyarországon, az elmúlt bő egy év jelentős felkészülést és előkészítést igényelt mindkét szervezet részéről, és mivel együtt folytatjuk a munkát, közösen sokkal szélesebb megoldási portfoliót tudunk ajánlani. A közes esülettel közel ideális állapot alakul ki. A közös portfólió a teljes mozgásszervi palettára rendelkezésünkre áll, magas szintű, innovatív termékekkel, ráemerkül felkészített, nagy tudású csapattal, a piacon kiemelkedő szervizszolgáltatással és logisztikai háttérrel.

**Kassai Zoltán:** A felvásárlást 2011 áprilisában jelentették be, és 2012. június 14-én zárult, amikor minden akadály elhárult az integráció elől. Saját pozíciónk július végétől lett nyilvános: jómagam a magyarországi szervezetet irányítom, Janovszky Márk nemzetközi pozícióban lesz felelős az üzletfejlesztésért. Egymással szoros együttműködésben fogunk dolgozni.

**Janovszky Márk:** Az egyesülés eredményeként kialakult a 12 országot magában foglaló kelet-európai klaszter, amelynek nemzetközi üzletfejlesztési vezetője leszek a Sportsebészeti és a Sebészeti Motorok divíziókban. Budapesti központtal dolgozom, a klaszterközpont Párában lesz. Üzletfejlesztési tevékenységünk célja, hogy javítsa és fejlessze a piacokat, az egyes országok és az anyavállalat közötti együttműködést; képviselje a régiós sajátosságokat illetve, hogy elősegítse a legújabb fejlesztésű termékek és eljárások eljuttatását partnereinkig, természetesen mindenekelőtt a betegellátás javítása érdekében.

*– Mi jellemzi majd az integrált szolgáltatásokat itthon?*

**Kassai Zoltán:** A terület legnagyobb értékesítési csapatával dolgozunk, piaci jelenlétünk jelentős, ennek következtében minden műtéthez gyors megoldást tudunk kínálni. Ritka műtétekhez is gyorsan biztosítjuk az eszközöket és az implantátumot. Például egy medence-, vagy speciális kézsebészeti műtét, illetve bokarotációs műtét esetén akár hat órán belül vagy másnap reggelre tudunk eszközt és implantátumokat szállítani. A Synthes óriási előnye, hogy széles portfólió mindent lefed, minden típusú törésre



precízen kidolgozott, anatómiailag odaillő implantátumokat képes biztosítani, mind a baleseti, mind a gerincsebészeti ellátásban.

**Janovszky Márk:** Büszke vagyok a DePuy-Synthes hagyatékához hozzáadott értékeire. Árcédula csak az implantátumokon van, mi profi professzionális logisztikát, jelentős posztgraduális képzést képviselünk hozzá, illetve profi műszereket is. A sikeres műtéthez ugyanis többek között jó implantátumra, szakképzett orvosra és jó műszerre van szükség. Talán az egyik legnagyobb értékünk a Synthes-től függetlenül működő AO (Arbeitsgemeinschaft Osteosynthesefragen) nonprofit szervezettel való professzionális együttműködés. Az AO 1958-ban alakult svájci központú nonprofit alapítvány, nem gyárt termékeket, hanem amerikai és svájci központtal kutat, fejleszt és oktat. A két szervezet 50 éve kéz a kézben együttműködve áll a csont egyesítő eljárások javátá érdekében. Az AO kutat, fejleszt és oktat, a Synthes szintén fejleszt és széles értékcséítói hálózatával valamint egyedi értékeivel szolgálja a betegellátást. Az AO alapítványnak természetesen Magyarországon is vannak helyi szervezetei, a baleseti sebészet, gerincsebészet és szájsebészet területén.

*– Mióta érhető el az AO traumatológiai képzése Magyarországon?*

**Janovszky Márk:** Az AO világszerte modernizálta a töréskezelést, Magyarországon a volt szocialista országok közül az elsők között már 1976 óta jelen van. Annak idején Manninger Jenő professzorral az életemben az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézetnek köszönhetően indult az innovatív töréskezelési filozófiák oktatása és gyakorlatba ültetése. 1976-ban az AO egyik alapítójával és akkori elnökével Hans Villeneggerrel szervezte az első AO kurzust az Intézet falai között. 1976 és 1995 között összesen 44 kurzusnak adott helyet a baleseti intézet, úgymint műtősnői kurzusok, AO szemináriumok – összesen 1441 hallgatóval. A legtöbb nagy magyar traumaközpontban jelen volt az akkori elérhető négy Synthes alaptálcá. Az ezredfordulót követően indult el a regionális AO oktatás koncepciója a négy orvosegyetemi városra koncentráva: Budapest, Szeged, Debrecen és Pécs. Az oktatásba ugyancsak bekapcsolódott az egyetelen magyar országai AO Traumatológiai Osztály, a Miskolci Megyei Kórház és a mai napig aktív szerepet játszik a regionális és a nemzeti baleseti sebész-képzésben, illetve jövőévtől kezdve a Győri Petz Aladár Kórház Traumatológiai Osztályával a régióra egészül ki a tevékenység. Az oktatás korszerű, mai igényeket kielégítő megszervezésében az AO Alumni magyarországi csapata úttörő szerepet játszott. Köszönhe-

tően ennek a szisztematikus tevékenységnek 2003-ban Magyarországot létréhozta AO Alumni Chapterét, ahol jelenleg 35 aktív tag vállal rendszeres oktató szerepet évente három Magyarországon rendezett AO Traumatológiai Kongresszuson.

*– Mekkora létjogosultsága van a magas minőségnek a mozgásszervi sebészetben a mai magyar egészségügyben?*

**Kassai Zoltán:** Ha a szakmát kérdeznék, azt válaszolnák, ez a legkritikusabb kérdés. Fontos, hogy az implantátum jó minőségű legyen. A minőség iránti elkötelezettség tekintetében komoly fejlődést tudunk felmutatni, főleg a baleseti sebészetben és szájsebészetben. A szakma mindenképpen a minőségi, korszerű eszközök mellett áll, hiszen az operatőrnek felelőssége van. Emellett a beteg tudatossága is egyre magasabb, egyre több a tájékozott beteg, az orvosi per. Ha a beteget megkérdeznék,



Janovszky Márk

egészen biztosan a korszerűbb eszközök és termékek mellett választanak. Egyelőre a beteg nem játszik szerepet a döntésben, de nem tudjuk, mit hoz a jövő. Amennyiben megjelenik a copayment a rendszerben, ott egy értelműen azt várjuk, hogy a beteg, mint tudatos szereplő, hozzájárul a minél gyorsabb gyógyulási folyamathoz azáltal, hogy innovatív eszközöket igényel. **Janovszky Márk:** Elkötelezettségünket mutatja az is, hogy a DePuy-Synthes teljes körű felfedezést tart Magyarországon. Ez azt jelenti, hogy vannak olyan ritkán használt termékek, amelyeket az ellátás teljesítéséért felelősségből tartunk „ugráásra” készen műtéttekhez. Az esült DePuy-Synthes több mint egy implantátumot áruló vállalat. Miértéket és megoldásokat kínálunk a szakterületünkön bármire, bárhová, a lehető legrövidebb időn belül.

*– Mennyire fontos a betegjének oktatása a kórház számára?*

**Kassai Zoltán:** Mindkét szervezet számára fontos feladat a betegek oktatása, nevéleg, a gyógyító folyamatba való minél aktívabb bevonásuk. Az elmúlt években több magyar intézményben is elindult az oktató programunk, amelyben az egyes szakmák képviselői közösségi rendezvény keretein belül felkészítik a várólistán lévő beteget a műtét kapcsán rá váró nehézségekre, átmeneti szakaszokra és lehetséges következményekre. Így amikor a műtét napja bekövetkezik, öntudatos, felkészített, együttműködő beteggel találkozunk az orvos és a teljes kórházi személyzet.

*– Milyen nemzetközi szakmai lehetőségek nyílnak az integráció következtében?*

**Kassai Zoltán:** Számunkra kiemelten fontos, hogy a magyarországi mozgásszervi sebészet a világtérképen is határozott pozíciókat töltsön be. Dolgunk az, hogy a helyi vizsgálatokkal, a nemzetközi study-kbá való bevonással a magyar szereplők jobban tudják nemzetközi szinten hallatni hangjukat. Az AO kiváló terep arra, hogy egy szakorvos cégtől függetlenül, saját tevékenységnek, szakmai tudásának, előadói készségének megfelelően nemzetközi szinten is elismert legyen. Emellett a magyar egyetemekkel közösen rezidensképzést is folytatunk. Sőt, a magyar piac ellátását javítva az is, hogy terveink szerint a jövőben magyarországi központtal fogjuk ellátni a régiót a speciális és ritka műtétekhez tartozó felszerelésekkel és implantátumokkal.

*– Szakmapolitikai tekintetben, mint a magyar mozgásszervi sebészet meghatározó szereplője, mit tartanak fontosnak a jövőben?*

**Janovszky Márk:** Az esült szervezet révén meghatározó szereplői leszünk a magyar egészségügynek. Ez nagy felelősséget jelent, hiszen mind a betegek, mind a szakma felé magas elvárásoknak kell megfelelnünk. Ezeknek szívetnénk is eleget tenni, határozott célunk, hogy a szakmai fórumokon, a szakmai társaságokkal, az egészségügyi döntéshozókkal együttműködve segítsünk a minőségi ellátórendszer fejlesztésében. Szívetnénk támogatni a finanszírozási rendszer olyan irányú korrekcióit, amelyek a modern eszközöket és terápiás módszereket jobban hozzáférhetővé teszik a betegek számára. A magyar egészségügy számára a profi etikában kihívást jelent, hogy fel kell készülni az életidejüket meghaladó protézisek cseréjére. Ez a kérdéskör nagy szakmai felkészültséget, logisztikai háttérrel és finanszírozás kérdéseket igényel, amelyben az esült DePuy-Synthesnek nagyon fontos szerepe lehet.

# A legjobbak között a B. Braun Avitum Hungary

ZÖLDI PÉTER

*A brüsszeli székhelyű nemzetközi EFQM (European Foundation for Quality Management) szervezet 21. alkalommal meghirdetett Excellence Award pályázatán a B. Braun Avitum Hungary Zrt. a döntősök közé került. A kiemelkedő működésért járó díjat 2012. október 9-én ünnepélyes keretek között vehették át a cég képviselői Brüsszelben.*

## Korábbi sikerekre építkezve

A B. Braun Avitum Hungary Zrt. 18 dialízis-központból álló hálózata évente ötszázezer életben tartó kezelést végez, ezzel több mint 2500 vesebeteg, a hazai rázorulók 40 százaléka számára biztosítja a nélkülözhetetlen dialízis-kezelést. A B. Braun Avitum Hungary Zrt. kiemelt célja a betegeknek nyújtott szolgáltatások folyamatos javítása, ezért kezdte meg 1999-ben integrált minőségügyi rendszerének kiépítését, majd 2007 elején elindult az EFQM kiválósági modell bevezetése.

A 2007-es Elkötelezettség a Kiválóságért és a 2008-ban elnyert Elismerés és a Kiválóságért díjak után a cég 2012 elején nyújtotta be pályázatát az EFQM kiválósági díjra. A nemzetközi bíráló bizottság a szöveg emlékeztetőjére és részletes adatgyűjtés során gyűződött meg a cég minden területén a minőségirányítási folyamatok működéséről, az EFQM-modellben leírtak megvalósulásáról.

## Az Üzleti Kiválósági Modell

Az EFQM (European Foundation for Quality Management) Üzleti Kiválósági Modell az önértékelésre épül, és 33 ezernagyvállalat alkalmazza világszerte. A modell szerint a folyamatos minőségfejlesztés kulcsa a szervezet innovációs és tanulási képessége, melyek mindig vala-



Az EFQM Excellence Award-on elnyert díj

milyen visszacsatolással kapcsolódnak az elért eredményekhez.

A helyszíni szemle eredményét kiértékelve a nemzetközi szervezet augusztusban a B. Braun Avitum Hungary Zrt.-t az EFQM Excellence Award (EFQM Kiválósági Díj) 13 döntőse közé választotta. Az október 9-én Brüsszelben megrendezett

ünnepélyes díjátadó a hivatalos velt az összes döntős vállalat képviselője.

Horn Péter, a B. Braun Avitum Hungary Zrt. vezérigazgatója az eseményen köszönetet mondott munkatársainak és a szervezetnek, majd kiemelte: figyelembe véve, hogy 33 ezernagyvállalat alkalmazza az EFQM modelljét, a 13 döntős között lenni már önmagában hatalmas eredmény. „Cégünk küldetésében megfogalmazott legfontosabb cél az általunk kezelt betegeknek nyújtott szolgáltatás színvonalának folyamatos fejlesztése, és életminőségük javítása. Európa legalacsonyabb térítési díja mellett hálózatunkban világszínvonalú betegellátást biztosítunk, miközben a betegelégedettséget folyamatosan növelni tudjuk. A szintén évente mért dolgozói elkötelezettség szintje az ország legjobb munkaadóiéval vetekszik. Ezek elérésében és fenntartásában az EFQM-modell kiemelkedően fontos eszköz számunkra. Legnagyobb értéként azonban munkatársainkra tekintünk – az ő fellelősségtudatos munkájuk eredménye, hogy elérünk ide” – jelentette ki a vezérigazgató.

## Jó a finanszírozónak

Az átadást követően Horn Péter a KÖRHÁZ szaklap kérdésére válaszolva kifejtette: „Az EFQM Excellence Award az egészségügyi ellátás finanszírozójának is értéket teremt: megmutatja, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár igazolt folyamatok mellett, minőségindikátorokkal alátámasztott, nemzetközi benchmarkokkal összevetett minőséget vásárol. Nálunk megvalósul az, ami minden biztosító elvárása lehetne: amikor elkölte a pénzt, meg tudja vizsgálni, pontosan mire adja ki, minőséget vásárolva vagy értéktelen szolgáltatás az, amiért az egységnyi térítési díjat kifizeti.

## Jó a betegeknek

A betegek számára, azonkívül, hogy a B. Braun Avitum hálózat betegei biztosan örülnek annak, hogy a cég nyert egy újabb minőségi díjat, talán az a legfontosabb érték, hogy validált, folyamatosan fejlesztett protokollok mentén történik ellátásuk, amelyek összevetésre kerül-

## Mi is az az EFQM?

Az EFQM kiválóságmodell lehetőséget ad egy szervezet számára a folyamatos, rendszeres és természetesen fejlődéshez, egy átfogó és a szervezet minden kulcsfontosságú pontját mérő önértékelési rendszer biztosításával. Ez az önértékelési rendszer különböző kritériumok meghatározásával átvilágítja a szervezet teljes működését, és megmutatja, hogy a cég az adottságai alapján milyen eredményeket ér el, így azonosíthatók a működésben az erősségek, illetve a fejlesztendő területek. A modell, funkcionalitásán túl, lehetőséget teremt nemzeti, valamint európai szintű minőségügyi elismerések irántuló pályázatok beadására is. A rendszer bevezetésének a lényege nem a díjak elnyerése, de a pályázatra való felkészülés segít a szervezeti kiválóság felé vezető úton.



Horn Péter vezérigazgató (a díjjal) és a B. Braun Avitum Hungary Zrt. vezetősége a díjátadáson

nek a legjobb nemzetközi gyakorlatokkal. Ma a B. Braun Avitum életében több mint 150 KPI (Key Performance Indicator), olyan minőségi mutató szerepel, amelyet havonta vagy negyedévente vizsgálnak, és folyamatosan összevetik mind az iparágon belüli, mind az iparágon kívüli benchmarkokkal. Így a beteg biztos lehet abban, hogy ha bármelyik hónapban az ő kezelési paramétereiben negatív irányú változás következik be, akkor azt valamilyen vizsgálódás és a folyamatja vitása fogja követni. A tudatos működés ilyen magas szintje nem csak a magyar egészségügyben szinte péld nélküli: tekintve, hogy a B. Braun Avitum magyarországi hálózata a világon az első dialízis-szolgáltató, amely az EFQM-modell alkalmazásában ilyen messze jutott, nem túlzás azt állítani, hogy világviszonylatban is a legjobbak között található a magyar leányvállalat.

### Jó a dolgozóknak

Az EFQM-modell a munkatársak számára is hordoz értéket: a 150 minőség mutatóból több mint 30 vonatkozik a HR-területre, amelyeket folyamatosan vizsgálnak, és mind a 18 dialízis-állomás esetében, részben a 18 állomás eredményét egymással, részben iparági benchmarkokkal összevetve értékelnek. Ám a HR-mutatók esetében nem csak az egészségügyhöz mérjük magukat, hanem a legjobb magyar munkahelyekhez is. Célértékeiket az informatika, a bankszektor, a gyógyszeripar és bármely egyéb terület mutatóival vetik össze.

A B. Braun Avitum munkatársai folyamatosan vizsgálják, hogy a HR-mutatók hogyan alakulnak, a folyamatokra pedig pontosan ugyanazt a vényt, mint a betegek esetében: ha azt látják, hogy valamelyik állomáson valamilyen mutató,

például a képzések számára vonatkozó, a fluktuáció, a dolgozói elkötelezettség – esetében bármilyen negatív tendencia mutatkozik, azonnal lépnek. A dolgozók számára ez garancia arra, hogy a munkakörnyezet és munkafeltételeik folyamatosan fejlődnek – hiszen több mint 30 változó alapján folyamatosan monitorozzák azt.

Figyelembe véve azt, hogy a cég szeretné elérni a legjobb munkáltatói szintjét Magyarországon, ismerve azt, hogy milyen érteken finanszírozott a magyar egészségügy, ez mindenképpen komoly kihívást jelent.

### Jó a tulajdonosoknak

Ha a részvényes-tulajdonos oldaláról nézzük, legyen szó nonprofit vagy for-profit szervezetről, az EFQM-modell nagyon komoly értéket teremt. A tulajdonos gazdasági mutatók mellett e

modell segítségével is meggyőződhet arról, hogy a szervezet az adott egy ségnyi finanszírozást a lehető leghatékonyabban használja fel, és törekszik arra, hogy bármilyen összevetésben azt az eredményességi szintet el tudja érni, ami a hosszú távú működés szempontjából meghatározó.

Ha figyelembe vesszük azt, hogy ma Európa messze legalacsonyabb térítési díja Magyarországon van, akkor ez ennyire területen komoly kihívásokkal küzd a B. Braun Avitum Hungary Zrt. is, de bízik abban, hogy a hazai egészségügy finanszírozási helyzetének javulása a művese-ellátás finanszírozására is pozitív hatással lesz, és ez a gazdasági mutatók javulását is eredményezi. Ennek bekövetkeztéig pedig marad a jelenlegi források hatékony felhasználása, amiben az EFQM-modell jelentős támogatást nyújt.

## Kutatóhálózat a szív- és érrendszer védelmére

Európai uniós támogatással hozták létre a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumában „Vaszkuláris és kardiális kutatóhálózatot”, ami integrálja a szakterület alapkutató és fejlesztő csoportjait, mélyíti nemzetközi kapcsolataikat. A létrejövő széles kutatói és infrastrukturális bázis az ér- és szív eredetű halálozás csökkentésére, az életminőség javítására törekszik minden életperiódusban – tudatta az intézmény. A kutatóhálózat célja a Debreceni Egyetem ezen tudományos területén alapkutató és fejlesztő csoportjainak szoros integrálása, nemzetközi kapcsolatunk mélyítése. A TÁMOP 4.2.2.A-11/11/KONV-2012-0045 azonosító számú alapkutatói projektben a Gyermekgyógyászati Intézet, Belgyógyászati Intézet, Kardiológiai Intézet, Sebészeti Intézet, Klinikai Kutató Központ, Patológiai Intézet, Gyógyszerhatástani Tanszék, Élettani Intézet, Szemklinika vesz részt. A projekt szakmai vezetője: prof. dr. Balla György akadémikus. „A hálózat várható eredménye egy széles kutatói és infrastrukturális bázis, ami minden életperiódusban az ér- és szív eredetű halálozás csökkentésére, az életminőség javítására törekszik. A hosszú távú tudományos network fenntartását jelen és jövőbeni hazai- és nemzetközi együttműködéseink, pályázataink biztosíthatják, melyekkel az Európa Unió „Horizont 2020” keretprogramja irányába kívánunk haladni” – írta az egyetem.



# Új röntgen, teleradiológia Szegeden

ZÖLDI PÉTER

*November elején új digitális röntgenrendszert adtak át a Vasútegészségügyi Nonprofit Kft. szegedi szakrendelőjében. Dr. Berecz Zsuzsannával, a Szegedi Vasútegészségügyi Központ orvosigazgatójával beszélgettünk.*

*– Orvosigazgató asszony, a november eleji ünnepélyes átadáson úgy láttuk, megkönyebbültek és boldogok voltak. Mióta terveztek ezt a digitális röntgen-fejlesztési beruházást?*

– A fejlesztési stratégiát még 2006 őszén határoztuk meg Pásztyélyi Zsolt igazgató úrral és Deák Sára radiológus főorvos asszonnyal. 2007-ben nyílt lehetőségünk csatlakozni a megfelelő pályázathoz, és mára érte a siker. Egy nagyon hosszú projektet zártunk le Szegeden, amely része a vasútegészségügy összes szakrendelőjére kiterjedő radiológiai digitalizálási folyamatnak.

*– Mekkora lakosságot lát el a Szegedi Vasútegészségügyi Központ?*

– A vasutasok a terület- és honvédelmi dolgozók és a területi ellátási körzetünkben – Szegeden (Újszegeden), Szőregen, Tiszaszigeten, Újszentivánon és Kárafalván – élőkkel együtt hozzávetőlegesen 40 ezer ember szakorvosi ellátását végzzük. Heti szakorvosi óraszámunk megközelíti az ezret. Reggel 7 és este 7 között vagyunk nyitva, és rendelésünkben csaknem minden járóbeteg-szakellátó szakma megtalálható.

*– Miért tartották fontosnak a radiológia digitalizálását?*

– A régi technikával szemben nincs sem előhívó-, sem filmköltség, a tárolás, a képek elővétele és leletezése sokkal egyszerűbbé válik a digitális rendszerben. A vasútegészségügyben évente 7 millió Ft-ról a film- és előhívó-beszerzési költség, amit a teljes digitalizálással meg tudunk takarítani. Jelentős hatékonyságnövekedést lehet elérni, ráadásul a radiológusok az egyik legkeresettebb orvosi szakma, így egyre nehezebb pótolni a jó szakembereket. De a radiológusok jelenléte a távollétezzel sem szűnik meg, hisz az ultrahang legalább olyan fontos, mint a röntgen,



Dr. Berecz Zsuzsanna és az új Carestream DRX-Ascend röntgenkészülék

vonzott az ultrahangot sokkal nagyobb odafigyeléssel tudják végezni, ha működik a teleradiológia. A új technológiával nem csak a szakma, hanem a munkahely is vonzóbbá válik, ami jelentős tényező a jól képzett szakorvosok, szakdolgozók megtartásában.

*– Hogyan illeszkedik a vasútegészségügy rendszerébe ez a fejlesztés?*

– Úgy érzem, nagy lehetőség van abban az összefogásban, amit a vasútegészségügy képvisel. Nálunk demokratikus az ellátórendszer, a szakrendelők együttműködnek, az orvosok egymásnak adnak konzíliumot, és olyan közös sikereket tudunk elérni, amelyek hatalmas költségmegtakarítást lehetőséget tesznek lehetővé. A teleradiológia belső elszámolási rendszerét már kidolgoztuk, és most vezetjük be. Állandóan gondolkodunk azon, hogyan tudunk úgy beruházni, ami a következő időszakban a vasútegészségügy és a benne dolgozók számára hajt hasznot. Ennek köszönhető az is, hogy nálunk a mai napig van 13. századig fizetés. Amikor pár éve a kórházak kaptak, mi pedig nem, kigazdálkodtunk, amikor ők elvesztették, mi megtartottuk.

*– Milyen további fejlesztéseket terveznek Szegeden?*

– A következő két-három évben tervezzük a bejárat teljes felújítását és akadálymentesítését, ezzel párhuzamosan a szemészeti és fizioterápiás eszközök fejlesztése is folytatódik, saját forrásból.

*– Milyen forrásból valósult meg a radiológia fejlesztése?*

– Az Európai Regionális Fejlesztési Alap HURO/0802/013 pályázatában összesen 1,7 millió eurót nyert a makói Diósszilágyi Sámuel Kórház projektvezetésével, Baráth Lajos főigazgató úr koordinációjával mellett működő konzorcium a Csongrád és Arad megyei teleradiológiai hálózat fejlesztésére. Az uniós projektünk részben 200 ezer euró volt, ennek 10 százalékát állta a vasútegészségügy. Az Európai Uniótól tehát 54 millió forintot kaptunk, amelyet az önrésszel és egy csaknem 20 millió saját beruházással tudtunk megvalósítani. Az interregionális fejlesztés olyan projekt volt, amelyben a konzorciumi tagok hasonló módon foglalkoztak megcéljaikkal. Ezen a projekten belül mindenki volt önálló fejlesztési programja, együtt pályáztunk, azzal, hogy mindenki saját programja szent és sérthetetlen, de az erőforrás-koncentrációt, a modernizációt, a betegellátás minőségének javítását közösen valósítjuk meg. A projektvezető makói kórház mellett kiemelkedő partner volt az Arad megyei Sűrűségi Kórház, a Móraivital Nonprofit Kft., a kisteleki szakrendelő, Csanádpalota és Maroslele; ez utóbbi helyeken telekonzílium és tele-EKG-rendszer kezdte meg működését.

*– Hogyan valósult meg a beruházás?*

– Mivel a korábbi röntgenhelyiséget át kellett alakítani, a programon belül a budapesti Mózai Kft. fővállalkozásában egy

20 milliós építészeti feladat valósult meg, amelynek eredményeként értékeinket, így a folyosónk speciális falmozaiját megtartva, XXI. századi röntgendiagnosztikai környezetet teremtődött meg, WIFI-kapcsolatot felhasználó digitális rendszerrel.

*– Mit nyújt a magyar és a román egészségügyi ellátórendszer számára ez a fejlesztés?*

– A telemedicina a XXI. század nagy kihívása, amelyben elválik az ellátóktól és ellátandó személy, és infokommunikációs rendszeren keresztül biztosítunk diagnózist. Ez a pályázat ma azt üzenni, hogy a betegellátás minőségének megvalósulása elérhetővé válik, de a jövő szempontjából az az igazán fontos, hogy ha elterjed a digitalizált radiológia, ne maradjunk ki belőle. Egyébként jelenleg a mackói kórház aktív ellátását éjszaka a radiológus nélkül, a teleradiológiával biztosítja. Térsgünkben ezzel a közös programmal egy telemedicina rendszer részévé válunk, és lehetőségünk van arra, hogy a korszerű orvostechológia és gyors diagnosztika eredményeként megfelelő terápia valósuljon meg. Teleradiológiában valamennyi nemzetközi sztenderdet és protokollt meg kellett valósítani, az adatvédelem, sebesség, hozzáférés, minőségbiztosítás megoldott, megfelel a nemzetközi elvárásoknak, és nyitott, csatlakozást biztosító rendszer jött létre. Az a célunk, hogy elégedett páciensek legyenek, elégedett munkatársak dolgozzanak nálunk, és megvalósuljon a képalkotó eljárások fejlesztése.

*– Hogyan segíti ez a fejlesztés a tele-radiológiai működést?*

– A vezeték nélküli digitális detektorral ellátott röntgen kiváló felvételeket készít, amelyek a tele-radiológiai rendszeren juthatnak el a vasútegészségügy más szakrendelőibe letelezésre. Az asszisztencia

### Az ünnepélyes átadáson jelen volt dr. Pásztélyi Zsolt, a Vasútegészségügyi Nonprofit Kft. ügyvezető igazgatója is, akivel radiológiai fejlesztési stratégiájáról kérdeztünk.

*– Milyen alapelvek szerint fejlesztik a vasútegészségügyi intézményhálózatot?*

– Jellemzően olyan beruházásokat valósítunk meg, amelyek minél hamarabb megtérülnek. A vasútegészségügy fejlesztési koncepciója egy német nonprofit modellt követ, amelyben a nonprofit ellátók összefognak, beruházási lehetőségeiket összeillesztik, és minden évben egy-egy részleget újítanak fel. A beruházási forrásokat egyesítjük, így jelentősebb beruházások valósulhatnak meg. E filozófia mentén 2007 óta több mint 1,2 milliárd forintot ruháztunk be, és éppen most áll elbírálás alatt egy miskolci 150 milliós fejlesztésünk. Szegeden belülről kifelé újulunk meg, hiszen az a fontos, hogy a betegek jó technológiával, kellemes belső környezettel találkozzanak, és hatékonyan működjön az infrastruktúra. 2008-2011 között 60 millió forint értékben végeztünk Szegeden nyílászárócsere és belső felújításokat. Szeretjük az energetikai fejlesztéseket, mert ezek gyorsan megtérülő beruházások, ablakba, szigetelésbe, hőszivattyúba fektetve érhető el, hogy intézményrendszerünk éves energiaköltsége ne nőjön, hanem csökkenjen.

*– Hogyan határozzák meg a radiológia fejlesztési irányait?*

– 2006-ban megvizsgáltuk radiológiai fejlesztési lehetőségeinket és a rendelkezésre álló technológiát és úgy döntöttünk, várjunk még néhány évet. 2008-2009-ben még foszforlemez megoldással valósult meg a digitalizálás Budapesten, de azóta piacra került az vezeték nélküli digitális detektoros megoldás, amely kiváló minőséget nyújt, flexibilis és költséghatékony. Tavaly elkészült a miskolci és pécsi digitalizálás, mára pedig megvalósult a szegedi digitalizálás is. Terveink szerint jövőre megvalósul a fejlesztés Debrecenben, Sopronban és Szombathelyen is, így röntgendiagnosztikánk teljes mértékben digitálissá válik, nagymértékben növelve hatékonyságunkat és lehetőségeinket.

terheit az új technológiával csökkentettük, az orvosok a tele-radiológiával szinte folyamatosan gyárthatják a röntgenleleteket, de közben nálunk sok ultrahang-vizsgálatot is végeznek. Az egészen biztos, hogy a nyári szabadságok idején mindenképpen sokat segít majd a technológia. Most éppen az a gondunk, hogy bevesszük a belső és külső elszámolóárakat a többi vasútegészségügyi szakrendelővel és külső partnerekkel való együttműködéshez. A HURO-projekt keretében pedig a határon belül vállaltunk Mórahalom és Mákó felé

elsősorban a mozgásszervi beteg röntgenfelvételeinek távletelezését.

*– Jól összerakott és dinamikus működő szakrendelőt ismer meg Központjokban a látogató. Mi áll az elhivatottságuk háttérében?*

– Talán az idealizmusunk. Szolgálatközpontúak vagyunk. Ha munkánként fogunk fel, talán nem dolgoznánk itt. Reumatológus szakorvosként és intézményvezetőként más filozófiával állunk tettekenységünkhöz. Nappalaink legnagyobb részét bent töltjük, csak az estét és az éjszakát otthon, nem mindegy hát, hogy kikkel, hogyan, milyen környezetben dolgozunk. Lapos hierarchiájú csapat vagyunk, hálójuként működünk. Nem „az igazgató asszony” vagyok, hanem elsősorban reumatológus szakorvos, az ajtó mindig nyitva áll a kollégák, betegek előtt. Sok a diplomás ápolónk és asszisztensünk, van diplomás egészségügyi operátorunk, és magasan képzett titkárságvezetőnk. Kiosztjuk a feladatokat, és elismerjük azokat, a felelősség pedig bizonyos súlyt ad munkánknak. Nagyon nagy előnyünk, hogy a helyi politika semmilyen mértékben sem befolyásol bennünket, hiszen központunk Budapesten található. Mi nem az értesetrenénk jó szakrendelőt, hogy fényesek legyünk, hanem azért, hogy jó legyen az ellátás, jó legyen a munkahelyünk és szeressünk bejárni dolgozni.



Ünnepélyes átadás és röntgenszentelés

# Az egészség-gazdaságtan és egészségügyi menedzsment szakma íve

DR. SZEPESI ANDRÁS, BENE ZSOLT

*Tudományos menedzsment sorozatunkban ezúttal prof. dr. Boncz Imrével beszélgettünk.*

– 1992. október 1-jén el egy teljesítmény elvű rendszer lépett életbe, innentől kezdve az intézményeknek egyre inkább a bevételeikből kellett eltartani magukat, ami teljesen más szemléletet igényel. Megalakultak a menedzserképző iskolák Budapesten és Debrecenben is hasonló bontakoztak ki, Pécsen is a helyzet?

– Nálunk most szeptemberben indult az akkreditált egészségügyi menedzsermesterképzés. Tavaly nyújtottuk be a Magyar Akkreditációs Bizottsághoz az anyagunkat, amit gond nélkül akkreditáltak is. A SOTE után ez volt a második, a MAB által akkreditált egészségügyi menedzsermesterképzési program az országban. Tekintettel arra, hogy a Pécsi Tudományegyetem egy klasszikus nagy egyetem, térben, időben, szakmában egyaránt, tíz karral, öt városban, így a képzési program is erős alapokon nyugszik. A magvát az Egészségtudományi Kar adja – jómagam is ott dolgozom, az Egészségbiztosítási Intézetnél, tehát mi vagyunk a fő mentorai a képzésnek. Az Általános Orvostudományi Kar és a Közgazdaságtudományi Kar pedig közreműködik a képzésekben.

– Mennyi a képzések időtartama?

– Alapozó tárgyak, törzstárgyak és választható tárgyak lesznek a képzés másfél éves ideje alatt. A végén tehető le a szakdolgozat, így a hallgatók a képzés végén az MSc diplomát tudják megszerezni.

– Milyen feladatokat lát el az Egészségbiztosítási Intézet?

– Az Egészségbiztosítási Intézet a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán található – a neve meghatározza a profilját is. A zokkal a kérdésekkel foglalkozunk, amelyek az egészségbiztosítási rendszer szempontjából fontosak: forrás-

allokáció, finanszírozás, támogatáspolitikai és befogadáspolitikai, az egészségfejlesztés és prevenció, az egészségturizmus kérdései. Ezeket beépítjük az oktatási modulba: az egészségtudományi alapraduális képzésbe, a mesterképzésbe, az osztatlan képzésekbe, a doktori (PhD-), szakorvos-, és rezidensképzésbe. Tehát minden képzési szinten megjelenünk, a helyi specialitásokhoz igazodóan, hiszen más kell mondani egy másodéves gyógytornász-hallgatónak, mint egy 26 éves rezidensképzésben résztvevőnek, vagy egy 50 éves kórházigazgatónak. Az oktatás mellett természetesen a kutatási profil is működik a már említett témákban.

– Az Egészségbiztosítási Alap önállósága megszűnt, bekerült a költségvetésbe. A kórházkarbantartás elég rossz állapotban van, a költségfedező elv szép csendesen eltűnt. Megalósult az államosítás a szolgáltatói oldalon. A kórházrónikás szemlélő az t gondolja magában, mintha az egészségbiztosítási rendszer egy paradigmátikus váltás előtt vagy alatt állna. Hogy a vélekedik erről?

– A 2000-es évek elején 2009-ig arról szóltak, hogy az akkori egészségpolitika lényegesen nagyobb hangsúlyt fektetett a magán szolgáltatókra: a magánbefejezőkre és a vállalkozásokra. Kezdetben, természetesen módon – a háziorvosoknál, otthonápolásban, dialízis-szolgáltatóknál stb. – számos magán vállalkozó jelent meg az 1990-es években. Aztán a 2000-es évek elején két kísérlet is történt arra, hogy kórházi törvényt alkossanak az országgyűlés. Az egyik kísérlet Mikola, a másik pedig Kökényy miniszter úr nevéhez köthető. Mint tudjuk az első, a Mikola-féle kórházi törvényt az akkori újraelváltott Országgyűlés visszavonta, a Kökényy-féle jogszabályt pedig az Alkotmánybíróság luxálta. Ezért kialakult egy olyan légtér, szabályozás nélküli tér, amikor a „gyeplőt odadobták a lovak közé”. Ez a folyamat 2009-ig tartott, addig, amíg a magánbefejezők – akik időközben szá-

mos kórházban megjelentek – „be nem dobták a törülközőt”. Vagy az értelmetlen közbeszóló a hitelező bank – volt, aki egy inkasszóra hivatkozva jelentett csődöt –, és volt olyan szereplő is, aki visszaközpontozott az önkormányzathoz, hogy „kérem, gazdasági világválság van, a mi üzleti területekben nem ez szerepelt, akkor talán visszaadnánk a kórházat!” Ezt értékelhetjük úgy, hogy a magán szereplők hátrébb húzódtak, és ezek után – úgy gondolom – jó dolog, hogy az állam vette kézbe a kórházszektort.

– Szintén érdekes helyzet volt, amikor az önkormányzatok 100%-os tulajdonú társaságokat hoztak létre. A mi ügye nem személyi magántulajdon, de működési módját tekintve magánvállalat-szerűen „viselkedik”.

– Ők a tulajdonviszonyok, illetve a működési jogviszony érdemi változtatása nélkül a működési formát változtattak meg. Vagyis továbbra is az önkormányzat volt a meghatározó háttér szereplő. Valójában ez egy „oldalhajítás” volt, egy spontán kitérés kísérlet, ahol igen érdekes tapasztalatokkal gazdagodtunk.

– Egyfajta útkeresés figyelhető meg a szervezeti formák és az érdekeltségi rendszerek területén.

– Igen, hiszen az állam tulajdonosi szerepbe került, a tavalyi és az idei évi kórházátvételi dömpinget egy újabb követte a nyáron. Ennek következtében kialakul egy „kvázi” nagy, egységes rendszer, amit szokás már „Nemzeti Egészségügyi Szolgálat” (NESZ) becézésben is említeni. A folyamatot ugyan államosításnak hívják, az azonban nem ezért történik, hiszen a köztulajdon az egyik köztulajdonostól (önkormányzat) átkerült egy másik köztulajdonoshoz, az államhoz. Ami eddig magánkézben, magánmükdetésben volt, az úgy tűnik, ott is maradt. Átrendezés történt tehát, nem államosítás. A kérdés az, hogy mi fog történni később, hiszen egy egészségügyi rendszert magántulajdon-





Prof. dr. Boncz Imre

## PÁLYAKÉP

Prof. dr. Boncz Imre 1987-ben érettségizett a ferences rend esztergomi iskolájában (Temesvári Pelbárt Ferences Gimnázium). 1993-ban végzett általános orvosként a Pécsi Orvostudományi Egyetemen. 1996-ban közgazdasági szakoklevelet szerzett a Janus Pannonius Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Karán. Világbanki ösztöndíjjal a rotterdami egyetemen folytatott tanulmányokat, ahol 1997-ben Master of Science-fokozatot kapott (Erasmus University Rotterdam, The Netherlands Institute for Health Sciences). 2002-ben Európai Unió szakértői diplomát szerzett a Pécsi Tudományegyetem Természettudományi Karán. 2007-ben tudományos minősítést (PhD-fokozat) nyert a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolájában, 2010-ben habilitált ugyanott. Több külföldi egyetemen vett részt tanulmányúton, kreditpontos kurzuson (University of Oslo, University of Cambridge, University of Ghent, Karolinska Institutet Stockholm, Katholieke Universiteit Nijmegen, Maastricht Limburg University). 1993–1999 között a Pécsi Orvostudományi Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán dolgozott. Jelenleg a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet igazgatója, dékánhelyettes. Oktatási területe az egészségügy finanszírozása, egészségbiztosítás, népegészségügy. 1999–2006 között az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnál dolgozik, kezdetben a Vas Megyei Egészségbiztosítási Pénztár igazgatója, a Nyugat-Dunántúli Egészségügyi Területi Főosztály vezetőjeként Szombathelyen, majd az OEP Szakmapolitikai és Koordináló Főosztály főosztályvezetője Budapesten. A Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ stratégiai igazgatója (2006–2008) és 2007-től a Budapesti Corvinus Egyetem címzetes egyetemi tanára. Számos nemzetközi és hazai tudományos társaság tagja, illetve tisztségviselője, egyebek mellett az International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), az International Health Economics Association (IHEA) és az IHEA Standing Scientific Committee tagja, illetve a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság (META) alapító és elnökségi tagja, korábbi elnöke. 2012-ben nyert egyetemi tanári kinevezést.

sokkal is és állami tulajdonossal is lehet nagyon jól, és lehet pocskékul is működtetni. Szóval a neheze csak ezután jön.

*– A teljesítményelvű finanszírozás számos előnyös következménnyel jár t, például az intézményi menedzsment megtanult gazdálkodni, számolni, értekeztetni a szolgáltatásoknak. A nagyvállalás, az ellátások beszüntülése felvetheti a kérdést, vajon nem lehetne-e az intézményeket visszatenni egy tervezett költségvetésbe. Mit gondol erről?*

– Magyarországon a szocializmus öröksége volt a globális költségvetés és a kórházfinanszírozásban. De ne felejtjük el, hogy állami egészségügyi rendszer működött Angliában, Svédországban és a Szovjetunióban is: az elvi hasonlóságok mellett a gyakorlati megvalósításban óriási eltérések voltak. A globális költségvetés teljesen érzéketlenné tette a kórházakat bizonyos gazdálkodási, számviteli, költségérzékenységi dolgokban. Üdítő kivétel volt, amikor bejött a teljesítményelvű finanszírozás az aktív fekvőbeteg-szakellátásban a HBCS-vel, a járóbeteg-szakellátásban pedig a német pontrendszerrel. Abban az időben a szakmai folyóiratok és a napi sajtó egyaránt úgy vélelték: az a probléma a globális költségvetéssel, hogy ha egy kórházból – akár objektív okokból, mert nem jó az ellátás minősége, akár szubjektív okok miatt, mert mondjuk, nem ízlik nekik az ebédre kapott csirkecomb, s ezért rossz a betegelégedettség – elmennek a betegek, akkor a pénz ottmarad, és az éven végén marad egy kis nyereség. Az kórház viszont, ahová az elkészített betegek át vándorolnak a jobb ellátás érdekében – mivel a pénzt nem vitték magukkal –, a csőd felé csúszott. Ebbe lépett be a HBCS, „a pénzt kövesse a beteget” elvvel. Ma ott tartunk, hogy a teljesítményvolumen-korlát 2004-es bevezetése, majd a 2006-os erőteljes átalakítása és további szorítása következtében a pénz megint nem igazán követi a beteget.

*– Pontosabban a hónap első két hetében még mehet vele a pénz, az a beteg azonban peches, aki a második két hetében jelentkezik, mert akkorra már „lecsapja” a TVK.*

– Valóban, a jó kontrollrendszerrel működtető kórházak a hónap második felében már látják, hol érik el a havi TVK-limitet. A kórházak egy része aztán dönthet úgy, hogy nem kíván a havi TVK-keret fölén yújtózkodni, így szolidan megpróbálja tereelni a betegeket akár a várólisták, akár más kórházak irányába. A TVK kimutathatóan visszafogta a betegforgalmat a várósi, a fővárosi és

egyes esetekben a megyei kórházakban, a progresszivitás magasabb szintjein (egyetemi klinikák, országos intézetek) azonban „kilyukad” a rendszer, vagyis itt megjelennék az ellátásra váró betegek.

– *Az egyetemi a progresszív ellátás csúcán állnak, nincs hová küldeni a beteget, el kell látni. Innentől kezdve a „kilyukadás” nem az egyetemi „gonoszságából” adódik. A klinikák, az egyetemi karok jól-rosszul felfogott autonómiájában nem a gazdálkodás a vezérlő szempont még ma sem. Vagy talán már igen?*

– Nehéz kérdés. Az egyetemi menedzsment egy fundamentális kérdésben különbözik a városi, megyei és fővárosi kórházi menedzsmenttől. Az előbb említett intézmények egy személyi felelős vezetőjét korábban városi/megyei közgyűlés választotta meg, ma a GYEMSZI nevezi ki, s ez utóbbinak tartozik felelősséggel. A kórházigazgató a polgármesterrel, a főpolgármesterrel, vagy a megyei közgyűlés elnökével tartotta a kapcsolatot, és ha bement a kórházba, akkor a főorvosi értekezleten az asztalra tudott csapni. Az egyetemen

az ottani vezetők, a klinikai központok, centrumok főigazgatóit, elnökeit az a gremium választja meg, akinek az asztalára egyébként nekik oda kellene csapniuk. Ez innentől kezdve egy „róka fogta csuka” helyzet. Hiszen hogyan is tudna érdeket ér vényesíteni ott, ahol azok választják meg, akikkel szemben neki intézkednie kellene? Erre egyelőre még nem sikerült megoldást találni. Azt még el kell mondani, hogy a megyei, városi és fővárosi kórházak mostani átvétele nem azt jelenti, hogy eddig nem voltak kórházai az államnak. Az egyetemek már régóta az államhoz tartoznak, és ha ez elmúlt 20 évben voltak is viták arról, hogy melyik tárcához (egészségügyi, oktatási) tartozzanak, a mostani EMMI keretében azonos tárcához tartozik az egészségügy és az oktatás. Arra azonban oda kell figyelni, hogy ha a mostani, új struktúrában az állam csak ugyanannyira tud odafigyelni az átvett városi, fővárosi, megyei kórházakra, mint az elmúlt 20 évben az egyetemi klinikáira, abból nagy baj lehet.

– *Látja-e azt a koncepcionális, információs és szerkezeti, illetve személyi felkészülést, amely szakszereiben képes irányítani, koordinálni a hatalmas rendszert?*

– E tekintetben megint a saját szakmámból indulnék ki. Hosszú időn keresztül az egészségpolitika tanácsadótestülete – s ezen a szakmai kollégiumot értem – nem tartott igényt az egészségügyi menedzsment- és gazdasági ismeretekre. Ha visszatekintünk az elmúlt két évtizedre, nem létezett ilyen szakmai kollégium. Most óriási változás történt ezen a téren, mert amikor újjászervezték a szakmai kollégiumi rendszert, akkor Szócska Miklós államtitkár úr és Réthelyi Miklós miniszter úr létrehozta a Menedzsment és Egészség-gazdasági Szakmai Kollégiumi Tagozatot/Tanácsot. Ez valóban mérföldkő volt. Az, hogy ezt miként sikerül „aprópénzre váltani” – mondjuk az átvett kórházak üzemeltetésében –, más kérdés. A GYEMSZI igen nagy feladatokot és hatásköröket összpontosított egy szervezetbe, ami megadja az esélyt az országvezetőknek, amelyben már akár jól is lehet működtetni a magyar egészségügyi rendszert.

– *Régi viták érdekesebbek, hogy hányszor biztositó legyen Magyarországon.*

– Legutóbb 2006–2008 között, Molnár Lajos miniszter úr regnálása alatt került az egészségpolitika főáramlatába a több-biztosítós koncepció. Sokat vitáztunk arról, hogy hányszor biztositó kell,

## Az egészségbiztosító közleménye a gyógyszerkasszáról

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) közleménye a gyógyszerek támogatásból való kivonásával kapcsolatban. 2012. október 1-jétől 146 készítmény került törlésre a gyártók kérésére a támogatotti listából. A törlés nem egyszerre, hanem az év során folyamatosan történt, azaz a gyártók és forgalmazók kellő időt biztosítottak arra a kezelt orvosok számára, hogy betegeiket másik gyógyszerre állítsák át. Az alábbi okok miatt került törlésre 146 termék:

- 33 termék forgalomból való kivonása azért történt meg, mert a termékek nem tudták tartani az azonos hatóanyagú készítmények közötti árvetést, ezen esetekben minden készítményből van azonos hatóanyagot tartalmazó szer.
- 28 terméket azért vontak ki a forgalomból, mert a gyártó átnevezte a készítményeit, és nem szeretne volna, ha a régi és az új néven egyaránt forgalomba maradt volna.
- 12 esetben egy termékcsalád néhány, ritkán használt tagja került kivonásra, de még az adott termékcsaládból is maradt támogatott készítmény.
- 21 esetben a terméket azért vonták ki, mert a terméket szabadárússá kívánták tenni, ebből 6 esetben a termék recept nélkül is hozzáférhető.
- 26 készítmény csak 0%-ban volt támogatott, és sem emelt, sem kiemelt jogcímen nem kapott támogatást.

Olyan esetről, hogy a kivonás problémát jelentett volna, egy kullancsvakcina esetén kaptunk bejelentést még tavasszal, illetve egy, az onkológiai kórképekben, korai diagnózis esetén alkalmazott, nem daganatspecifikus, általános kemoterápiás szerre vonatkozóan érkezett hasonló bejelentés. Így ellátási gondról nem beszélhetünk. A gyártóknak joguk van a termékek kivonására, az OEP tudomásul veszi döntésüket, beavatkozási lehetősége nincs. A betegek részére támogatott gyógyszerek ellátása folyamatos és biztonságos.

## Az OEP közleménye a gyógyszerkassza állásával kapcsolatban

A pénztár célja a sajtóban megjelent híreket, melyek a gyógyszerkassza hiányával kapcsolatosak. A gyógyszer-támogatás kiadásai 2012. augusztus végén valóban meghaladták az előirányzatot, azonban az ennek kompenzálására szolgáló gyógyszergyártói bevételek már túlhaladták a 2012-es, egész évre tervezett mértéket. 2012-re a bevételi oldalon 52 Mrd Ft befizetéssel számolt a költségvetési törvény, ami 2012. augusztus végén már 57,6 Mrd Ft volt. Így a bevételek túlteljesülése nagymértékben kompenzálja a túlköltséget. A túllépés oka egyrészt az úgynevezett biológiai gyógyszerek tételes finanszírozásba történő átcsoportosításának csúszása év elején, valamint a februári és májusi kiugró forgalom. Ehhez járul még hozzá az egyedi méltányossági jogcímen kifizetett támogatások jelentős túllépése is. 2011-ben, augusztus végén mintegy 33 Mrd Ft volt a kassza túlköltsége. Az OEP megerősíti, hogy a kassza jelenlegi állása megfelel a várakozásoknak. (Országos Egészségbiztosítási Pénztár)

én azt az álláspontot képviseltem, hogy nem kell több, de azt az ért fenntartom, hogy egyre biztosan szükség van. A z az egy az onban legyen erős. A z Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) kezébe is kell adni muniációt, meg kell erősíteni az OEP szolgálatát-vásárlói szerepét. Azt a tudást, amit az OEP az elmúlt évtizedekben felhalmozott, célszerűen kell hasznosítani.

*– A magánbetegbiztosítás szeszonja k özeleg. Nem jutunk el lassan az egybiztosítás rendszerből a „nem-biztosítás” rendszerbe?*

– Markánsan látszik egy átalakulás, ami ebbe az irányba mutat. Ez az onban körülbelül 15 évvel ezelőtt kezdődött, és ennek a következménye, hogy ma az Egészségbiztosítási Alap finanszírozásában az egészségbiztosítási járulékból származó bevétel az E. Alap bevételeinek alig felét teszi ki. A másik felét az állam teszi be, szemesélyi jövedelemadókból, ÁFA-ból és egyéb forrásokból. Az elmúlt húsz évben folyamatos konfliktus volt a gazdaságpolitika és az egészségpolitika között, és az egészségbiztosítási járulék ennek esettáldozatul. Ugyanis a gazdaságpolitika azt hirdette, hogy növelni kell a magyar gazdaság versenyképességét, fokozni kell a termelés hatékonyságát, mégpedig oly módon, hogy csökkenteni kell a munkára rakódó terheket. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy ha például hozzá kellett nyúlni a költségvetési tervhez, akkor a társadalombiztosítási – azokon belül is az egészségbiztosítási – járulékot csökkentették. Így apadt le az egészségbiztosítási járulék húsz év alatt, 23-24%-ról 8%-ra. A nyugdíjjárulék viszont 30%-ról indult és 31-32% fölélt van ma is. Hogy aztán a magyar gazdaság versenyképesebb lett-e, termelékenyebb lett-e ettől a környező országokhoz képest, azt nehéz megmondani. Az egészségügy finanszírozására az egészségbiztosítási járulék húsz éve sem volt elegendő, és ma sem az.

*– Helyi szinten a Pécsi Tudományegyetem használja-e a tudásukat a saját szervezetek korszerűsítésében, a menedzseri feladatok ellátásában, válságkezelésben?*

– Több mint 2 év ezelőtt van a Pécsi Tudományegyetemnek dr. Bódis József rektor úr személyében, aki egyben a Magyar Rektori Konferencia elnöke is volt. Jómagam pedig a rektor úr egészségpolitikai tanácsadója vagyok, ami azt jelenti – a kérdésre válaszolva –, hogy igen, az egyetemen hasznosul a hozzáértésünk, az egyetem jellegéből adódó működési keretek és korlátok között.

*– Hogyan alakult ki a Pécsi Egyetem jelentős adósságállománya?*

– Az adósság valóban igen magas volt, de tavaly év végén mintegy négy milliárd forinttal már sikerült korrigálni. Tegyük hozzá, hogy az adósság kialakulása a 2006 és 2008 közötti egészségügyi reformra nyúlik vissza: amikor újraosztották a kapacitásokat, a teljesítményvolumen-korlát révén pedig a finanszírozást, illetve ennek megfelelően megérták az „ágakat”, akkor a betegek is „újrendeződtek” a kórházak között. A Pécsi Tudományegyetem klinikái – és általában az egyetemi klinikák – úgy jártak, hogy a finanszírozás aránytalanul lecsökkent ahhoz a beforgalomhoz és feladathoz képest, amit nekik kell ellátni. A z így kiesett forrásokat az Egyetem nem tudja máshonnan pótolni, és a belső tartalékok feltárása – ha még lehetnek is ilyenek – önmagában nem oldja meg a problémát. Annnyit még elmondanék, hogy az elmúlt másfél évtizedben Pécsen olyan intézményi integráció zajlott le, ami Magyarországon biztosan példa nélküli, de talán még a nemzetközi gyakorlatban is az. Hiszen a mai Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központja magába foglalja a volt Baranya Megyei Kórházat, a volt Gyermekkorházat, a volt Honvéd Kórházat, a pécsbányai kórházat. Több, mint tíz évig tartó, kínkeserves, alulról végrehajtott folyamat volt, amire soha nem készült egészségpolitikai reformprogram, nem voltak látványos tervek, mégis sikerrel járt a markáns integrációs kísérlet.

*– A törvényeket sikeresül-e alátámasztani valamilyen nagyobb beruházási koncepcióval, fejlesztési tervvel? Gondolok itt az uniós Pólus-projektekre, vagy nagyberuházási tervekre.*

– Nálunk is folyamatban van a több mint 10 milliárdos Pólus-pályázat, a kivitelező kiválasztása zajlik. Ürömmel örmében, hogy egy egyetemi rendszerben ennyipénzből nem lehet olyan szintre hozni, hogy minden kívánalomnak megfeleljen. Hiszen ugyanezek kora összeget kaptak a Pólus-programban résztvevő megyei kórházak is, ami azt jelenti, hogy meg tudjuk felelni a versenyképességi kritériumnak, ha összemérhetők akarunk lenni egy osztrák vagy német egyetemi klinikai modellel. Természetesen több másik, kisebb projekt is létezik nálunk, például rehabilitációs és onkológiai pályázattal is kalkulálunk. Szerencsésebb lett volna a kórházi fejlesztési források esetében az egalitárius megközelítést a feladatárányos forráselosztással helyettesíteni.

*– Néhány évvel ezelőtt létrehozták a Magyar Egészség- gazdaságtani Társaságot (META). Ennek Ön is elnöke volt.*

– Igen, 2009-2010 között töltöttem be az elnöki tisztséget. Ez en elnök ciklus főbb eredményei közül kiemelem, hogy sikerült létrehozni az Egészségügyi Szakmai Kollegium Menedzsmenét és Egészség-gazdaságtani Tagozatát, a META tagja lett a MOTESZ-nek, sikeresen dolgoztunk nemzetközi szervezetekben (ISPOR, IHEA), megerősödött az ifjúsági tagozatunk és sikerült pénzügyi stabilitást teremteni. Társaságunk még fiatal, 2002-ben alakult, így ezek nagyon komoly eredmények.

*– Mely orvosi szakmát művelte korábban?*

– Abba a generációba és csapatba tartozom, akinek ez a szakmája: az egészségügy és közgazdaságtan határterülete. Tehát nem belgyógyászatról vagy sebészetről váltottam, hanem közvetlenül az egyetem befejezése után ezzel kezdtem el foglalkozni.

*– Milyen szervezeti keretek között?*

– Pályaválasztáskor annyi nehézségem volt, hogy akik a mintegy kétszáz fő végzős évfolyamból belgyógyász, sebész, gyerekegyógyász vagy nőgyógyász akart lenni, az látta az egyetemen, melyik klinikára, melyik professzorhoz fordulhat. Én is körülnéztem az egyetemen, de nem találtam senkit, tehát fel kellett építenünk egy tanszéket, társaságot, vagyis az egész szakmát. Mivel idehaza még gyerekegyógyászatban járt ez a szakterület, a Világbank Ösztöndíj-program segítségével 1996-ban Hollandiában, a Rotterdami Erasmus Egyetemen kötöttem ki. Ott tanultam meg ezt a szakmát, szereztem meg a Master of Science fokozatomat. Kötözlező penzumként előtte itthon a Janus Pannonius Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Karán elvégeztem az egészségügyi menedzsmenit kurzust.

*– Milyen üzenete van a szakmá számára?*

– Ugyanez az üzenetem – amelyet feltehetően egy sebész vagy egy belgyógyász is elmondana –, soha ne higgyenek annak, hogy ki mit gondol, mindig az evidenciákat keressék, az egészségpolitikában ez különösen fontos. Nem arról szól a történet, hogy ki mit hisz, és ki mit szeretne, hanem hogy mit mutatnak a számok, a tények, ezekre kell támaszkodni. A mi szakmánk abban tud segíteni, hogy az egészségpolitikai döntéshozatal ne intuitív, megérzésen, hasraütésen alapuló legyen, hanem stabilan megalapozott, számokkal alátámasztott koncepciókra támaszkodjon.



# Pécsi perspektíva az idegsebészetben

ZÖLDI PÉTER

*„A rációt kellene megteremteni az idegsebészeti ellátásban” – prof. dr. Dóczi Tamás akadémikust, a Pécsi Tudományegyetem Idegsebészeti Klinikájának igazgatóját kérdeztük.*

*– Professzor úr, milyen mértékben alakította át a július 1-jén életbe lépett új területi beosztás a Dunántúli idegsebészeti ellátási rendszerét?*

– Alapvetően. A Széchenyi Terv nagyratörő terveket fogalmaz meg. Ez a mi vonatkozásunkban, az idegsebészetben – lévén én high-tech, specializált szakmáról van szó – az értekezési problémát, mert hazánk lakossága és beteganyaga számára csupán 3-4 centrum tudja igazán hatékonyan és magas szakmai szinten megvalósítani az európai színvonalú ellátást. Országosan 7-9 „kvázi” centrum kialakítása meggyöngyíti a jelenlegi ellátórendszert. Miközben a pécsi Idegsebészeti Klinikán van 12 idegsebész szakorvos, létezik az összes szubspecialitás, kilenc tudományos minősítésű kolléga dolgozik nálunk, a jól elépített rendszer nagymértékben befolyásolja, hogy elvettünk-e onzásokörzetünk 25 százalékát. Ezzel nem csak az a baj, hogy a jól működő, betegellátási érdekeket magas szinten képviselő rendszer roppanhat meg nagyon rövid idő alatt, hanem az is gondot okoz az ellátás minőségében, hogy ahová ezt a 25 százalékot áthelyezték, ott a meglévő öt szakember nem képes ellátni az igényeket, azonos spektrumát biztosítva a szakmának. Az idegsebész szakma minősége nem az épületen, nem egy jó DSA-, vagy bármely más berendezésen múlik, hanem mindegyiknek el kellene érnie a teamek minőségén, illetve azon, hogy ki tud-e állítani az intézmény folyamatos ügyeletet az európai munkaidős szabályoknak megfelelően, és bármikor képes bármilyen beteget fogadni, természetesen úgy, hogy megfelelő szakmai ellátást is biztosít ezen idő alatt.

*– Hogyan roppantja meg ez a változás az idegsebészeti ellátás szakmai hátterét?*

– A magyar egészségügy, így az idegsebészet egyik alapvető problémája, hogy hova mehetnek ma a fiatal orvosok szak-



Prof. dr. Dóczi Tamás

képzésre. Természetesen oda kellene, ahol esélyük van arra, hogy rendszeres képzést kapnak, ahol a mindennapokban előforduló bonyolult eseteket operálásait is megtanulhatják. Ha nem tudunk elég műtet és megfelelő képzési lehetőséget biztosítani a fiatal szakembereknek, akkor szinte biztos, hogy még inkább elmennek külföldre. Ma olyan nagy az exodus a tehetséges, frissen végzett, nehéz, sok éves képzéssel járó műtési szakmát választó orvosok körében, hogy őket csak egy érvvel lehet itthon tartani: ha olyan szakmai képzési curriculumot tudunk felvázolni, ami lényegesen jobb szakképzéshez vezet, mint amit másodrangú polgárként megkapnak például Németországban. Mert akárhová megy a magyar szakember, mindig is háttérben lesz, ha van egy ugyanolyan képességű hazai szakember. Ha ez így folytatódik tovább, öt év múlva mindenki eltűnhet a szakképzésből. Ezért tartom fontosnak kiemelni, hogy országos szinten a rációt kellene megteremteni az idegsebészeti ellátásban.

*– Hogyan szólaltak fel a probléma megoldása érdekében?*

– Készítettünk egy komoly, tényadatokon alapuló összefoglaló anyagot, amelyet a megfelelő szolgálati úton elküldtünk a GYEMSZI és az EMMI felé. Most várjuk a

visszajelzést. Ebben felvázoltuk azt a problémát, hogy bár a július 1-jén életbe lépett rendszer szerint a dunántúli régióban kettő 2. szintű (Kaposvár, Szombathely) és kettő 3. szintű ellátóhely (Győr, PTE) működik, ez a gyakorlatban nem így van. Jelenleg egyedül a PTE képes az idegsebészeti minden profilját folyamatosan biztosítani. A PTE az elmúlt évtizedben a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő módon felépített egy idegsebészeti-ideggógyászati klinikai centrumot, elegendő létszámú szubspecializált teammel és kialakult betegutakkal, amelyek a gyógyító tevékenység mellett egyúttal a szakorvosképzés és kutatásfejlesztés letéteményesei is.

*– Melyek a legnagyobb problémák?*

– A szakorvosképzés, tehát az idegsebészeti humán erőforrás biztosítása alapvetően károsodik az új rendszerben. A PTE Idegsebészeti Klinikája jelenleg a 25 agyászati rehabilitációs részleg pályázati fejlesztésével, meglévő szellemi és tárgyi feltételeivel, megfelelően egy nemzetközi színvonalú regionális idegsebészeti centrumnak, ám az elláthatók számának július 1-je utáni drasztikus csökkenése miatt működésében ellehetetlenül. A területi körű, 3. szintű progresszivitás biztosságos és magas minőségű működését megalapozó beavatkozások számát nem érheti el a győri kórházban, és nehezen lesz elérhető a PTE-n is, a PTE nem fogja tudni megtartani szakorvosait, a távozó specialisták nem itthon, hanem külföldön fognak megélhetést keresni. A Klinikánk nem lesz képes megmaradni az idegsebészeti fejlődés és innováció egyik hazai fellegetvárának.

*– Milyen eredményeket értek el az elmúlt években?*

– Számos profilban minőségi módon tudunk teljesíteni, kvalifikált szakemberek állnak rendelkezésünkre. Nagyon jó helyzetben vagyunk például funkcionális idegsebészet tekintetében, ahol a mélyagyi stimulációval való epilepsziakezelésben regionális centrum vagyunk, sorozatosan jönnek a külföldi szakemberek, főleg ukrán, orosz, szerb területről. Minőségi profilunk az epilepszia sebészet. Tehát nagyon magas színvonalú funkcionális teamünk. Ennek az a különlegessége, hogy úgy tudunk együtt dolgozni a Neurológiai Klinikával egy teamben, hogy a beteg a legkomplexebb ellátást kaphatja nálunk. Tiszteletben tartjuk a klinikai rendszert, lettek ezek az idegsebészeti, Neurológiai, Pszichiátriai Klinika és a képzésközpontok közötti kapcsolatok. Pécsi Diagnostics Központ, de közös szakmai teamek foglalkoznak a betegekkel. Például le-

tezik stroke team, mikro-sebészeti team, endovaskuláris sebészeti team, neuro-onkológus, gyermekidegsebészeti és gerincsebészeti team. Köszönhető ez annak, hogy szakmai hálózatban vagyunk képesek működni.

*– Jelentős eredményeket értek el neurointervencióban is.*

– Kiváló a vaszkuláris teamünk, számos olyan, főleg arteriovenózus malformációt látunk el, amit praktikusan sehol sem vállalnak az országban. Ez en a területen ma három intézményben: Miskolcon, az OIT-ban és Pécsen végeznek professzionális intervenciót, más szóval endovaskuláris idegsebészeti. Gerincsebészeti fiatal társasággal újult meg, a minimálisan invazív gerincsebészeti irányba mozdultunk el, és folyamatosan fejlődünk. Az új Varian Novalis TX berendezéssel világszínvonalúak lettek sugársebészeti lehetőségeink. Ezzel, amit tulajdonképpen egy C-T-vel egybeépített dedikált lineáris gyorsító, már sztereotaxiás keret nélkül, akár frakcionáltan tudjuk elvégezni a sugársebészeti ellátást, ugyanolyan pontossággal mint a gamma kés csak kisebb invazivitással. Ma már rutinszerűen megy a sztereotaxiás, frakcionált, keret nélküli kezelés, ezért a minimális és non-invazív terápiát részesítjük előnyben, kihasználva nemcsak a milliméter pontosságú célzást, hanem a frakcionált kezelés kombinált előnyeit is.

*– Szoros partnerük a klinikai udvarában működő Pécsi Diagnosztikai Központ. A betegellátáson túl milyen sikereket érnek el együtt?*

– Nem kétséges, hogy az ország neurológiai és idegsebészeti ellátásában a mi Rét utcai komplexumunk egy edülálló, hiszen udvarunkon működik egy 1,5T és egy 3T térerejű MR-berendezés. Sok kutatás-fej-

lesztési pályázatot folytatunk együtt, munkánk fókuszát az is mutatja, hogy hetente öt napon át délutánonként kutatási műszakot tartunk a 3T MR-en, sőt a Magyar Tudományos Akadémia klinikai idegtudományi képző kutatócsoportot működtet rajta. A z MTA idevezetett kutatócsoportja alapkutatást is végez, fMRI-vizsgálatokkal, a legmagasabb rendű humán funkciók vizsgálatára. E a tevékenység eredményeit integráljuk a klinikai munkába is. A Janszky József és Schwarcz Attila vezette csapatnak olyan eredményeket sikerült elérnie fMRI-vizsgálatokkal, hogy a Siemens AG bevásárolt bennünket applikációs klinikai hálózatába. Ebben az IDEA-programban tucatnyi egyetem, köztük a Harvard, és a müncheni műszaki egyetem található. A program keretében évente két szakember részt vehet az applikációs kurzusokon. Sőt, megkaptuk azt a lehetőséget, hogy MR-fizikus és MR-biológus segítségével olyan transzlációs vizsgálatokat végezhesünk a 3T MR-berendezéssel, amelyek a kísérletek eredményeit átültetik a humán klinikai vizsgálatokra. A z IDEA-programban való részvétel persze azt is jelenti, hogy a legújabb applikációs szoftverek grátisz rendelkezésre állnak a Siemens AG-tól.

*– Milyen a kapcsolat a Klinikai és a Pécsi Diagnosztikai Központ között?*

– A Pécsi Diagnosztikai Központ hazánkban különleges struktúrában működik, felerészint nonprofit, egyetemi alapítványok tulajdonában áll, ennek köszönhetően a nonprofit szakmai irányvonal érvényesítésére kiváló lehetőségünk van. Mindig a Pécsi Diagnosztikai Központtal való szoros együttműködés előny volt, hogy a központ képes volt biztosítani nemcsak a pályázatokhoz szükséges önrészt, hanem a minőségi projektmenedzsmentet is. A pá-

lyázatok esetében ugyanis a PDK integrálta menedzsment szaktudását, amelyet áthalt a hatékonyságalapú üzleti szemlélet.

*– Említette 25 ágyszabakut neurorehabilitációs fejlesztésüket. Hogyan kapcsolódik ez a fejlesztés az idegsebészeti ellátáshoz?*

– Sikeres brit példa az idegsebészeti ellátás mellé rendelt szabakut posztoperatív rehabilitációs részleg. A nagy műtéteken átesett betegeket itt 6-10 héttel sem előtt tudjuk tartani, költséghatékonyan, mert nem kell például külön diagnosztikát rendelni hozzá, hiszen az klinikánkon rendelkezésre áll. A nemzetközi tapasztalat azt mutatja, hogy a terápiai eredmények szabakut posztoperatív rehabilitációs ellátással lényegesen jobbak. Akut kórosaszerűt ellátásunkban a dél-dunántúli régióban a mortalitás megközelíti például a francia átlagot, nem kell hát szegyenkeznünk. Am egy év múlva a mortalitás a nyugat-európai háromszorosává nő. Hiányzik a rehabilitációs láncszem. Óriási előrelépés, hogy egy uniós pályázat révén elértük, hogy már jogerős építési engedélyünk van egy 25 ágyszabakut posztoperatív rehabilitációs részlegre. A z Egészségügyi Államtitkárság igen perspektivikusan gondolkodott akkor, amikor kiírta ezt a projektet, s a megvalósításban az államtitkárság és Cserháti Péter helyettes államtitkár úr nagyon sokat segített. A pályázatás során nagyon jó ötlet volt, hogy nem egy intézmény, hanem egy régió konzorciuma kapja meg a forrásokat, s a konzorciumnak kell megvalósítania a rehabilitációt és hálózatát szervezni a posztoperatív rehabilitációs részleget. Rá vagyunk kényszerítve, hogy közösen gondolkodjunk, hogy megoldjuk az akut, szabakut és krónikus posztoperatív rehabilitációt, és az ellátáshoz hozzáilleszük azt a láncszemet, amitől például Angliában jobbak az eredmények.

*– Ilyen alapokon milyen jövőképet tudnak felvázolni?*

– Ha nem nyúlának bele nagyon ennek a szakterületnek a részlegetbe, akkor remélhetően továbbra is eredményesen működhetnénk. Számos olyan projektünk van, amelynek kiváló szakemberei dolgoznak nálunk, a 35-50 év közötti generációból. Ők rendkívül konstruktívan, progresszíven végzik munkájukat. Egyelőre sikerült mindenkit itthon tartani, mert még mindig úgy látják, hogy van szakmai jövőkép, és érdemes ezt a munkát itthon végezni. Jövőképnélkül nincs szakmai boldogság, márpedig szakmai boldogság kell ahhoz, hogy sikeresek legyünk az egészségügyi ellátásban. Ezt kár lenne veszélyeztetni.



Az Idegsebészeti Klinika épülete, előtérben a 3T térerejű MR-berendezéssel





SIEMENS

## Nem kell, hogy a kis sejtek nagy problémákat okozzanak.

A Siemens válaszai segítik az orvosokat a betegségek korábbi felismerésében, ezzel költségeket takarítva meg és meghosszabbítva az életet.

Ha a betegségeket idejében felfedjük, kevésbé hatnak mindenkire. Ez azért van, mert a mai egészségügyi költségek nagy többségét a betegségek utolsó szakaszának kezelésére fordítják, mint például a daganatos és szívbetegségek esetén. A Siemens fejlett diagnosztikai technológiája által az orvosok

már korábban pontosan tudják azonosítani ezeket a gyilkos kórokat. Azaz a betegek hamarabb megkaphatnak minden szükséges kezelést. Ez segít az életek megmentésében és a költségek csökkentésében is. Bárhol is merüljenek fel kemény kérdések az egészségügyben, mi választ adunk azokra.

[siemens.com/answers](http://siemens.com/answers)