

# KÓRHÁZ

A MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG HIVATALOS LAPJA



2016. Tavasz



SIEMENS

## Több sikertörténet az egészségügyben

Siemens-technológia segít megadni a választ a családoknak akkor, amikor a leginkább szükség van rá.

Ha valaki súlyosan megbetegszik, az élete gyökeresen megváltozik. Változik azoknak az élete is, akik mellette állnak: a szülőké, testvéreké, gyermekeké, orvosoké. A támogatás és a kitartás válik a legfontosabbá. A remény, hogy minden rendben lesz. Ma a Siemens megerősíti ezt a reményt. Egészségügyi szakemberek a világ minden táján egyre hatékonyabban

és eredményesebben veszik fel a küzdelmet a betegségekkel olyan új, innovatív technológiai megoldások segítségével, mint például a Biograph mMR szkener. A betegek és támaszaik közös története így nagyobb eséllyel lesz sikeres. Magyarországon és szerte a világban mindennap azon dolgozunk, hogy időtálló válaszokat adjunk a jövő kihívásaira.

# Tisztelt Olvasóink!

Múlik a tél, közeleg a tavasz, ébrednek a természet. Ilyenkor mindenki bizakodik, várja a jobb időket. Érdekes évet zárt a magyar kórházügy. A befejezett uniós felzárkóztatási ciklus záróakkordjaként „aranyeső” hullott a kórházaink, intézeteink többségére. A kormány a ciklus végéig biztosan el nem költhető forrásokból 50-70 milliárd Ft értékben „pályázati gyorsítósávot” nyitott, és így szigorú szabályok mellett hatalmas mennyiségű, nagy értékű és életfontos diagnosztikai, terápiás és higiénés eszköz érkezett az intézményeinkbe. Nagyon jókor történt mindez. Számos helyen, ahol az építés elvitte a források nagyobb részét, így lett komplett a kórház. Máshol sikerült elavult berendezéseket lecserélni. Sok gondunk-bajunk mellett örülünk ennek.

Másfelől komoly párbeszéd folyik az egészségügy irányítói és szereplői között. Elsősorban a bér- és jövedelmi helyzet elmaradottsága, mélységes igazságtalanságai, valamint az elvándorlást kikényszerítő hatásai körül folyik a polémia. Az államtitkár először racionalizálná a rendszert, mindenki más előbb a forrásokat szeretné nemcsak látni, de érzékelni is. Át kellene vágni ezt a gordiuszi csomót. Meg kell valahogy értetni a döntéshozókkal, amit egy kiváló szakértő lapunkban is levezet: az egészségügy (és az oktatás) támogatása kormányzati prioritás kérdése. A lakossággal szembeni állami felelősség, erkölcsi kötelesség igazságos és hatékony ellátást biztosítani. Napjainkra ez már töredezett, egyenlőtlen, kiegyensúlyozatlan lett. És itt nagy, életfontosságú dolgokról van szó. Nem véletlenül foglal-



kozunk nagy terjedelemben a daganatos betegek ellátásának feltételrendszerével – itt súlyos adósságaink vannak. Miközben a tárgyi feltételrendszer javul, látni kell, hogy az emberi oldalon hiányok, képzettségi problémák veszélyeztetik az időbeli, hatásos ellátást.

Napjainkra már a daganatos betegek több, mint a felénél végleges gyógyulást lehet elérni. Húsz-harminc éve ezt még el se tudtuk képzelni. Ezt a fejlődést követni kell, a betegek érdekében. A szakma és a gazdaság kérdéseiről nagyon sok szó fog esni a Magyar Kórházszövetség XXVIII. kongresszusán, Siófokon. A megváltozott jog-

szabályi előírás szerint új vezetőséget fogunk választani, hogy a kórházi vezetők közössége folytathassa azt a 85 évvel ezelőtt elkezdett (sajnos közben a történelem viharai miatt két ízben is megszakított) tudományos, szakmai munkáját, ami a fejlett országok egyik legbonyolultabb rendszere, a kórházi ellátás elemzését, értékelését, javítását célozza.

Itt fogunk elköszönni a hivatalosan nyugdíjba vonuló Rácz Jenőtől, aki lapunk szerkesztőbizottságának elnökeként segített átvészelni a nehéz éveket. Másfél évtizedes államtitkári, miniszteri és kórházigazgatói tevékenysége, aktív médiajelenléte szorosan hozzátartozott a mindennapjainkhoz. Nyitott, közvetlen, kollegiális személyisége, elmélyült szervezői, szakpolitikusai tudása reméljük, hogy a következő években is segíteni fogja az egészségügy és a kórházügy fejlődését.

**Dr. Szepesti András**

A szerkesztőbizottság elnöke:

Dr. Rácz Jenő

Tagok: Dr. Svébis Mihály,

Dr. Antal Gabriella, Torda Júlia

Főszerkesztő: Dr. Szepesti András

Szerkesztőségi ügyvivő:

Szlovákné Bandula Ilona

Lapmenedzser: Zöldi Péter

Rovatvezetők

Jogi rovat: Dr. Kőszegfalvi Edit

Intenzív terápia: Dr. Füleddi Béla

Gyógyász: Fekete Tibor

Minőségbiztosítás: Dr. Kullmann Lajos

Menedzsment: Dr. Boncz Imre

Nemzetközi sajtó: Kövesi Ervin

Tanácsadó testület

Dr. Velkey György, Dr. Csinei Irén,

Dr. Ficzer Andrea, Prof. dr. Gál János,

Dr. Rudner Ervin, Dr. Sásdi Antal,

Dr. Szabó Géza, Dr. Tóth Gábor, Hegedűs Iván,

Mészáros Magdolna, Zsarnay István,

Dr. Fülöp Rudolf, Dr. Nagy Anikó

Kiadja: Magyar Kórházszövetség

Felelős kiadó: Dr. Velkey György elnök

Lapmenedzsment: 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 előző lapszámai

a www.weborvos.hu portálon tekinthetők meg.

A támogatott oldalakat ■ jelöli.

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: 06-80/644-444), 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

A posta esetleges hibás terjesztése miatti kellemetlenségekért 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 2016 tavaszi lapszáma 3300 példányban jelent meg.



# KÓRHÁZ

A MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG HIVATALOS LAPJA

# Tartalom

## AKTUÁLIS

- 3 Mozgalmas három év
- 5 Milliárdos uniós támogatás
- 6 „Engem az eredmény érdekel, nem a székem”
- 8 Az idő urai
- 10 Ismét változó jogszabályok
- 12 Hová lettek az orvosaink?
- 14 Az alulfinanszírozottság nem gazdasági szükségszerűség, hanem politikai döntés
- 16 Sebészet
- 17 Életeket menthet az OnkoNetwork

## KONFERENCIA

- 20 „Szeretném emelni a béreket”
- 21 Az egészségügy kisebb területein sem sikerült rendet tenni
- 22 Állandó kihívások a kórházvezetők előtt
- 23 Bizonytalan irányítás, korlátozott kórházvezetők?
- 24 Ezúttal a járóbeteg-ellátóknak is jutott a kasszasópréből

# 27



# 8

## LABORVIZSGÁLAT

- 25 eHealth Technology – Forradalmi digitalizáció az e-egészségügyben

## TRANSZPLANTÁCIÓ

- 26 Vitam et Sanguinem!
- 27 A 2015. évi magyarországi szervdonációs és szervtranszplantációs adatokról

## INFORMATIKA

- 28 GlobeNet Zrt. – folyamatos lendülettel

## STERILIZÁLÁS

- 30 Steelco, az inféktókontroll szakértője

## KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKA

- 32 Biciklik helyett űrrakéták

## MINŐSÉGÜGY

- 34 Külső klinikai audit lesz a kórházakban

## FÓRUM

- 36 Be kell kapcsolni a magánforrásokat

## KÓRHÁZI VIZIT

- 37 Rácz Jenő kórházát nem igazgat, de aktív nyugdíjas évekre készül

„Van egy jelentős kudarcunk: nem tudtuk meggyőzni a politikát és a gazdaságpolitikusokat, hogy az egészségügynek sokkal nagyobb a jelentősége a társadalomban” – dr. Velkey Györggyel, a Magyar Kórhákszövetség leköszönő elnökével megpróbáltuk összefoglalni az elmúlt három évet.

## Mozgalmas három év

– 2013 tavaszán, a Magyar Kórhákszövetség egri kongresszusán iktatták be elnöknek. Visszatekintve az elmúlt időszakra, elég komoly változáson ment keresztül a magyar egészségpolitika és egészségügy.

– Valóban, annak ellenére, hogy a kormány és a miniszter személye nem változott, kórhákszövetségi elnökségem három éve alatt három államtitkárral tudtunk együtt dolgozni. Az egészségügyi stratégiában egy hosszabb egészségpolitikai ciklus után markáns váltás következett, sok szempontból jelentős mértékben módosult a szemlélet. Ha csak azt nézzük, hogy az elmúlt három évben mennyi intézmény alakult át, az intézményeknek hány vezetője, az Egészségügyi Államtitkárságon belül nemcsak az államtitkár, hanem a többi vezető személye is mennyit változott, mozgalmas időszakon vagyunk túl. Ráadásul a 2013-ban még megélt ágazati nyugalom mára a múlté.

– Mit tart ezen időszak legnagyobb értékének?

– A legfőbb eredménynek azt tartom, hogy a kiszámíthatatlanabb környezetben következetesen tudtunk maradni. Elnökségünkre a kiegyensúlyozott működés volt jellemző. Az elnökségen belüli véleményeket át tudtuk beszélni, ki tudtuk szépen érlelni a közös álláspontokat, megtaláltuk a konszenzusokat, és azokat következetesen tudtuk képviselni.

– Csapatként dolgoztak?

– Valódi testületi, mondhatni baráti-bajtársi munka folyt az elmúlt években. A ciklus úgy indult, hogy az egyes témaköröket szétosztottuk egymás között. A témafelelősök komolyan vették feladatukat, az elnökségi üléseken rendszeresen referáltak a változásokról, véleményükről, javaslataikról. Az egyes témákat így alaposan átbeszéltük, és kifelé közös álláspontot tudtunk képviselni. A kommunikáció területén is igyekeztünk változtatni és a korábbinál nagyobb hatékonysággal dolgozni. Következetes, új stratégiát alakítottunk ki. Igyekeztünk proaktívvá válni, tudatosan megválogattuk azt, hogy mikor, hol és milyen célcsoportnak be-

szélünk, és ehhez igazítottuk mondanivalónkat. Igyekeztünk a korábban tisztán elnöki kommunikációt decentralizálni. Ebben részsikereket értünk el, de a ciklus vége felé egyre többen szólaltak meg az MKSZ elnökségi tagjaként, és mondták el a szövetség véleményét. E munkában kifejezetten jó partnerekre találtunk a sajtó képviselői között is. Összességében, igyekeztünk a

jelentős nézetkülönbségeink, és ezek nem is voltak mindig feloldhatóak. A tárgyalások mindig korrektek maradtak, a különbségek ellenére is mindig energiát fektettünk egymás meghallgatására és megértésére. Igyekeztünk az egészségügy többi területe felé is bővíteni kapcsolatainkat. Különös súllyal kerestük a határterületek problémáinak megoldási lehetőségeit, így számos,



Dr. Velkey György

Magyar Kórhákszövetség képviseletét szélesebb alapokra helyezni. Úgy hiszem, sikeresen.

– Milyen együttműködést sikerült kialakítani az ágazatvezetéssel?

– Azt önmagában is fontos eredménynek tartom, hogy meg tudtuk találni a hangot a mindenkori egészségpolitikai vezetéssel. Folyamatos konzultációban voltunk, még akkor is, ha mindhárom államtitkársággal voltak különböző kérdésekben néhol akár

újszerű írásos állásfoglalást hoztunk létre, például a járóbeteg-ellátással vagy a sürgősségi, fogászati ellátással kapcsolatban. Hangsúlyos témává vált a gyógyszerügy, a betegszállítás és különösen az emberi erőforrás kérdése is.

– Hogyan sikerült lekövetniük az ellátórendszer adminisztratív változásait?

– Külön csoportunk foglalkozott az adminisztratív és pénzügytechnikai kérdésekkel. A rendszerességre törekedtünk a Magyar

Államkincstárral, a GYEMSZI-vel, majd ÁEEK-  
kel, valamint az Országos Tisztifőorvosi  
Hivatallal való kapcsolatunkban, és ezt meg  
is tudtuk valósítani. Alapos munkát végeztek  
azok az elnökségi tagok, akik felelősek voltak  
ezekért a kapcsolatokért, itt dr. Nagy Anikó  
főigazgatónőt emelném ki. Külön kiemelendő  
még a várólisták kérdése, ahol a folyama-  
tokat dr. Rudner Ervin képviselőnkön keresz-  
tül érdemben tudtuk befolyásolni. Elnökségi  
ciklusunk nagyon pozitív eredménye, hogy  
rendszeres, alapos elemzésen nyugvó adat-  
gyűjtést működtettünk az adósságállomány  
tekintetében, ami aztán mértékadóvá vált  
a teljes magyar egészségpolitikában, hiszen  
a mi adatainkat használták a döntéshozók és  
a sajtó képviselői is. Megvalósításáért külön  
köszönet illeti Hegedűs Ivánt. Ezen adatokat  
elemelve sok helyen tudtuk a döntéseket be-  
folyásolni.

#### – Hogyan működtették a szövetség belső gazdálkodását?

– Elnöki ciklusom végén a Magyar Kórház-  
szövetség gazdasági helyzete stabil. Költség-  
vetésünk szaldója pozitív, a biztos anyagi  
háttérrel még tovább tudtuk erősíteni. Ez  
részben az igen precíz és hatalmas munkát  
végző dr. Antal Gabriella témafelelősünket  
dicséri. Ehhez az is hozzátartozik, hogy hosz-  
szú évek óta a kongresszusunk pénzügyileg is  
igen sikeres.

#### – Milyen változások tapasztalhatóak ezen a területen?

– Sokat foglalkoztunk a kongresszus meg-  
újításával. Ebben legfőképp dr. Ficzer  
Andrea elnökségi tagunk és Bandula Ilona  
titkárságvezetőnk voltak a társaim. Sok re-  
mek előadást, három magas szintű párhuzam-  
os szekciót, sok-sok kiállítót, számtalan új  
elemet felmutató kongresszust tudunk idén  
is rendezni. Túlás nélkül állítható hogy ez a  
konferencia a magyar egészségügy legjelen-  
tősebb találkozási pontjává nőtte ki magát.

#### – Kukkantsunk ki a Magyar Kórházszövetség falain túlra is. Egészségpolitikai szempont- ból hogyan értékeli az elmúlt három évet?

– Van egy jelentős kudarcunk: nem tudtuk  
meggyőzni a politikát és a gazdaságpoliti-  
kusokat, hogy az egészségügynek sokkal na-  
gyobb jelentősége van a társadalomban,  
és társadalmi kérdésként sokkal hangsú-  
lyosabban jelenik meg, mint ahogyan azt  
a költségvetés számaiból leolvashatjuk. Az  
egészségügy jóval nagyobb figyelmet és  
költségvetési forrásokat érdemelne meg.  
Abban sem voltunk sikeresek, hogy hosszú  
távú, politikai ciklusokon átfelölő progra-  
mok mentén dolgozzunk. A kormányon lé-  
vő politikai erők változatlansága mellett is

túl sok volt a váratlan és jelentős straté-  
giai fordulat.

#### – Hogyan változott a hozzáállás az elmúlt években?

– Ha például a szerkezeti kereteket nézzük,  
három évvel ezelőtt még a Semmelweis-  
terv térségi modellje szerint haladtunk, az-  
tán jött a megyei egyeztető rendszer, most  
éppen a néhány kórházat összefogó kancellá-  
riarendszer bevezetésére készülünk. Ezek a  
változások nem csak hangsúlyeltolódást je-  
lentenek, hanem lényegi, belső változás is  
köthető hozzájuk. Nem mindig következetes  
a különféle háttérintézmények többlépcsős  
átalakítása sem.

#### – Mit tart jelenleg a magyar egészségügy legégetőbb problémájának?

– Az emberi erőforrás kérdését, ezen be-  
lül kiemelt problémának tartom az ápolók  
helyzetét. Elnökségi tagunk, Mészáros  
Magdolna, a gyulai megyei kórház ápolási  
igazgatója és a Szakmai Kollégium ápolási  
vezetője jelentős munkát végzett a hely-  
zet pontos elemzése és a megoldások meg-  
találása területén. Az ápolók jelenléte és  
megbecsülése hangsúlyos szerepet kap éves  
kongresszusunkon is, pontosan azért, mert  
jelenleg az ápolók elfogyását, kiöregedését,  
pályaelhagyásukat, országból történő távo-  
zásukat, illetve képzésük hiányosságait tart-  
juk a magyar egészségügy legnagyobb koc-  
kázatának. Reménnyel tölt el bennünket,  
hogy az ágazat vezetése is egyre többet fog-  
lalkozik a kérdéssel. Emellett persze az or-  
vosi életpálya problémája is nagyon fontos  
ügy. Elnökségi ciklusunk idején alig történtek  
bérintézkedések, ezek tulajdonképpen  
csak a mozgóbér korrekcióját jelentették,  
márpedig ezen a területen is érdemi elő-  
relépésre volna szükség. Ez talán a legna-  
gyobb kudarcunk a lobbitevékenységünket  
illetően.

#### – Siker vagy kudarc az elmúlt három év?

– Az elmúlt három éves időszak egészség-  
politikáját nem élhetjük meg sikerként. Ma  
összességében rosszabbnak látom ellátó-  
rendszerünket, akár finanszírozási, humán-  
erőforrás vagy betegbiztonsági szempont-  
ból nézem, mint három évvel ezelőtt volt.  
Pozitív eredmény ugyanakkor, hogy az el-  
múlt hónapokban sok uniós projekt fejező-  
dött be, akár infrastrukturális, akár szerve-  
zési területen, amelyeknek sok jó hozadéka  
van, és rengeteget dolgozott bennük és kö-  
rülöttük az MKSZ elnöksége. Az épületek-  
ben és a műszerállományban jelentős fej-  
lesztések valósultak meg, akár a központi  
szervezéssel foglalkozó, népegészségügyi  
vagy korai fejlesztéssel kapcsolatos projek-

teknél – ezek konkrét hatásait a következő  
hónapokban élhetjük meg.

#### – Mindeközben fő tevékenységében, a Bet- hesda Gyermekkorház irányításában milyen sikereket ért el?

– Valóban a Bethesda irányítását tekintem  
fő feladatomban, és a szívemhez annyira  
közel áll, hogy sok hívásnak azért nem tet-  
tem eleget, mert ezt a munkát szeretném  
folytatni. A Bethesda Gyermekkorház sa-  
jatos intézmény a magyar kórházi rendszer-  
ben. Nem vagyunk nagy kórház, sok szem-  
pontból különleges helynek számítunk.  
Nem csak azért, mert egyházi intézmény  
vagyunk, hanem azért is, mert kultúránk-  
ban sok egyedi elem van. Közösségi kultúrát  
igyekszünk megteremteni, ennek megfelelő  
vezetési módszerekkel, elvekkel. Betegeink  
és családtagjaik számára komplex támasz-  
ként igyekszünk jelen lenni, helyenként túl-  
lépve az egészségügy keretrendszerén is.  
A gyógyítás kultúráját igyekszünk szélese-  
ben értelmezni. Talán leginkább ennek kö-  
szönhető, hogy a Bethesda Gyermekkorház  
sokat fejlődött az elmúlt években.

#### – Mely területeken?

– Elsősorban munkatársak tekintetében. Az  
országos problémákhoz képest nagyon erős  
és stabil orvosi karunk folyamatosan erősö-  
dik, több új profilt tudunk kialakítani olyan  
specialitásokban, amelyek betegigényként  
jelentek meg. Például hiperaktív, figyelem-  
zavaros betegek ellátása, krónikus fájdalom  
ambulancia, gyermek-sportorvoslás, csecse-  
mőtáplálási és szoptatási tanácsadás, ott-  
hon lélegeztetésre szoruló gyermekek ellá-  
tása, korai fejlesztés komplex pedagógiai és  
egészségügyi teammel, a fogyatékos gyer-  
mekek fogászati ellátása, a szülők kiszol-  
gálására létrejött speciális ellátási háló, az  
Anyák Háza – ezek mind-mind az elmúlt  
két-három év egyedi fejlesztései. Hasonló  
ellátások persze máshol is vannak, nálunk  
nagy odafigyeléssel és művés munkával le-  
hetett ezeket a szolgáltatásokat megterem-  
teni, és mindegyik kollégáim belső igényes-  
ségéből fakad.

#### – Fejlődött az infrastruktúra is?

– Építészetileg a fővárosi kórházak legtöbb-  
jéhez hasonlóan nem tudtuk jelentős fej-  
lesztést megvalósítani. Nagyobb uniós pro-  
jekt csak energetikában ért el bennünket.  
Infrastruktúránk szűkös és várja a megújul-  
ást. Mindennapos küzdelmünk az is, hogy  
pénzügyileg a szükséges mértékben stabi-  
lak tudjunk maradni – és ez ne menjen a be-  
tegbiztonság és eredményes munka rovásá-  
ra. Az egyházi kórházak felé elvárás, hogy  
el tudjuk látni a határon túli betegeinket

is – ennek finanszírozását sokszor egyedileg megteremtve, ami nagyon sok energiát igényel.

– **A hároméves ciklus lejártával lezárul egy korszak életében. Hogyan lép tovább?**

– Nagyon jól együttműködő, baráti társasággá kovácsolódó elnökségben dolgoztunk. Akármilyen is lesz a következő elnökség felállása, a kollegiális kapcsolatokon túl a barátság is meg fog maradni. Ez nagy erő, hiszen így tudjuk igazán hatékonyan képviselni a kórházi ügyet. Külön nagyon hálás vagyok elnöktársaimnak, dr. Rác Jenőnek és dr. Svébis Mihálynak, hiszen nagyon sok segítséget kaptam mindkettőjüktől. A jelölt elnökkel sokat beszélgettünk, hogy a munkánkat hogyan hangoljuk össze, és úgy tűnik, lesznek olyan területek, amelyekben se-

gíteni tudok. De az elnökváltásnak az is a célja és értelme, hogy azokat a területeket, ahol eredménytelenek maradtunk, az új elnök saját személyiségjegyeivel, saját értékeit felhasználva jobbra tudja tenni. Sok ilyen elem van, amiben Svébis Mihály főigazgató úr tehetségesebb és eredményesebb lehet, mint én voltam. Ezért nagyon szerencsés az MKSZ elnöki rendszere, hiszen a jelölt elnöknek van három éve, hogy a közeget megismerje, majd elnöki ciklusa után három levezető éve az utód támogatására.

– **Vállal majd más társadalmi tevékenységet is?**

– A közelmúltban lettem a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnöke, illetve a Szakmai Kollégium Csecsemő- és Gyermekgyógyászati tagozatának tagja. Az ener-

giámat így most a gyermekellátás szervezésére kell fordítanom, de izgat, és sokféle módon kapcsolódom, a határon túli magyarok egészségügyi ellátásához is. Ezen felül nagyon érdekel az egyházi egészségügyi ellátás kérdése, illetve a református egyházban meglévő egészségügyi ellátások gyülekezeti étellel és szociális ellátásokkal való harmonizációja. Ebben is van tennivalóm. Szóval úgy tűnik, hogy lesz teendőm az egészségügyi szervezés területén is, de a jövőendő időszakom lényegi kérdése, hogy a Bethesda merre menjen. Fontos, hogy az a szakmai és lelki-szellemi erő, ami itt jelen van, méltó módon meg tudjon mutatkozni és fejlődhesen. Leginkább ezen szeretnék dolgozni.

**Zöldi Péter**

Az Egyesített Szent István és Szent László kórház központi, Nagyváradi téri épületegyüttesében tavaly év végén átadták az önkormányzati- és magántámogatásból (Dunagép Zrt.) megvalósult felújított sebészeti osztályt.

## Milliárdos uniós támogatás

**A** 32 ágy befogadására alkalmas osztály kilenc kórtermében nyílászárókat, padlóburkolatot cseréltek és új nővérpultot állítottak. A csepeli önkormányzat és a Dunagép támogatása a Magyar Sebészek Alapítványának közvetítésével jutott el az intézményhez. Az átadó ünnepségen Vályi-Nagy István főigazgató elmondta, hogy a kórházban egy ennél lényegesen nagyobb volumenű rekonstrukciós munka is folyamatban van. A több mint kétmilliárd forint összértékű, uniós forrásból megvalósuló beruházás lehetővé teszi, hogy a jövőben korszerű, digitális képalkotó eljárással végzett diagnosztikai eszközökkel dolgozzanak, ultrahangberendezéseket vásároljanak és a kórház másik két, egyébként nagyon elavult telephelyén (a Merényi Gusztáv kórházban és a Jahn Ferenc utcai rehabilitációs centrumban) is fejlesztéseket, felújításokat hajtsanak végre. 2016-ban pedig megújul és egységessé válik a Szent László és Szent István kórház számítástechnikai rendszere.

### **Megújul a géppark**

146 millió forintos forrás áll rendelkezésre az épületek külső nyílászáróinak cseréjére. Egy másik, több mint 607 millió forintos, száz-

százalékos uniós támogatottságú projektnek köszönhetően valósul meg a központi intézmények röntgenberendezéseinek cseréje, az új készülékek és tartozékaiknak beszerzése, felszerelése, üzembe helyezése, valamint a régi, energiafogyasztás szempontjából is elavult, 25-35 éves, analóg készülékek elszállítása, majd megsemmisítése. A régi felvételi-átvilágítási, mobilröntgen, mammográfias és urológiai diagnosztikai készülékeket egyaránt lecserélik, és helyüket 21. századi technikával felszerelt röntgen-, képerősítő berendezés és leletező munkaállomás veszi át.

A modern berendezések hadrendbe állításától a takarékosabb energiafelhasználáson felül (egyetlen vizsgálathoz a korábbinál 15 százalékkal kevesebb energiafelhasználás szükséges) azt várják, hogy gyorsabbá, hatékonyabbá teszik a betegellátást és a fejlesztések hosszú távon közvetten az üvegházhatású, káros gázok kibocsátását is mérséklék. A fenti berendezések beszerzésével párhuzamosan sor került egy új MR-berendezés telepítésére is. A készüléket a központi telephely Szent István kórházi részén, a központi radiológián helyezik el. Az új készülék nemcsak modernebb mint a régi, hanem az energiafelhasználá-

sa is hatékonyabb, vizsgálatonként körülbelül 15 százalékos energiamegtakarítás érhető el.

### **Elavult hőszigetelés**

Újabb, csaknem 110 millió forintos, szintén 100 százalékos támogatottságú uniós program a telephelyként működő Jahn Ferenc utcai rehabilitációs centrum épületének korszerűsítését célozza. A rendkívül elavult épületek energiaszámlái eddig óriási megterhelést jelentettek a központi intézmény gazdálkodásában, ezért kicserélik az épület összes nyílászáróját, hőszigetelik a padlásteret, a födémeket. Megközelítően 143 millió forintos pályázati forrás jut a Merényi Gusztáv kórház traumatológiájának épületenergetikai rekonstrukciójára. Az ugyancsak 100 százalékos támogatott projekt az intézmény két épületének energetikai korszerűsítését célozza. Ennek jegyében kicserélik a külső nyílászárókat, szigetelik a homlokzatot, a padlásteret és a tetőzetet. A közel négyezer négyzetméter érintő hőszigetelő munkálatoknak köszönhetően olcsóbbá, korszerűbbé válik az épületek energetikai üzemeltetése.

**Lóránth Ida**

# „Engem az eredmény érdekel, nem a székelem”

Államtitkár úr, milyen érzés hajdani kórházigazgatóként az Egészségügyért Felelős Államtitkárság élén állni?

– Bevallom, furcsa. Ám a debreceni Városi Egészségügyi Szolgálatban, majd a Kenézy Kórházban eltöltött vezetői múltam ad egyfajta rutint. Olyat nemigen lehet eladni nekem, amit ne árultam volna magam is, kórházigazgatóként. Ugyanakkor az államtitkári gondolkodás teljesen más perspektívát igényel. Nem az a kérdés, hogyan kell az intézményt üzemeltetni, hanem a lakosságnak kell ellátást nyújtani. A lakossági egészségügyi igényeket kell kielégíteni, ennek pedig csak egyik, meghatározó szegmense a kórházi ellátás. Sokkal szélesebb, bonyolultabb, komplexebb, és kevésbé átlátható feladat ez, mint egy kórház irányítása.

– Inkább védi, vagy inkább kritikusan szemléli az egészségügyi ellátórendszert?

– Hol védem, hol kritikusan szemlélem. A jelenlegi működés kapcsán azt kell világosan látni, és tudomásul is venni, hogy amit ma az intézmények tesznek, azt a jelenlegi struktúrában és működésben jelen lévő szabályozók és ösztönzők mentén teszik. Nem szabad csodálkoznunk azon, hogy ha van lehetőség a könnyebb ellenállás felé haladni, nyilvánvaló, hogy azt fogják tenni.

– Most védi vagy kritizálja őket?

– Kórházaink eljutottak a falig. Míg két évvel ezelőtt a kórházi ellátórendszer adósságállománya havi 4,5-5 milliárd forinttal nőtt, az utóbbi hónapokban ez a növekmény már csak havi 2,5 milliárd forint volt. Ez jól mutatja azt, hogy intézményeink megpróbálnak mind az igényeknek, mind a kényszernek megfelelni, de nagyjából most jutottak el a határig. A jelenlegi struktúrából ennél többet már nem lehet kihozni. Mostantól az a feladatunk, hogy mindenki azt csinálja, ami a dolga.

– Több pénzre lenne szükség, vagy az ellátórendszer átalakítására?

– Mindkettőre egyaránt szükség van. Azt gondolom, hogy átalakítás nélkül a rendszerbe több pénzt beönteni pazarlás lenne, hiszen az látható, hogy bármekkora forrást azonnal felszippantana a torz struktúra. A jelenlegi struktúrában és viszonyrendszerben minden pénzt el lehetne költeni, ezért bármekkora forrásról lehet álmodozni. Viszont ha nem tudunk változtatni a struktúrán, a viszonyrendszeren, az ösztönzőkön, akkor szinte reménytelen forrást kérnünk a költségvetéstől. Az pedig már csak ízlés kérdése, hogy az átalakítás során melyik lépéssel érdemes kezdeni. De ha el tudjuk indítani a változást, és látható eredményt érünk el, ha tudunk adni garanciát arra, hogy nem rendeződik vissza a rendszer, akkor elindulhatunk a látható nagyságú forrásokért is. Nem járt rossz úton kollégám, a velem egy minisztériumban dolgozó Palkovics László felsőoktatási államtitkár, aki nagyon konkrét akciótervvel érkezett a minisztériumba, csakúgy mint én, és elképzeléseimhez képes volt forrásokot is szerezni.

– Mi az, ami egyértelműen jól működik az egészségügyben?

– Ha most felsorolok néhány ilyen példát, abból mindenki rossz következtetéseket fog levonni. De úgy látom, a stroke ellátásban számtalan kiváló eredményt értünk el – bár van még lehetőség a fejlődésre, elsősorban a neurointervenció terén. Intervenciókardiológiában szintűgy nagyon jók az eredményeink, csakúgy, mint várólista-kezelési rendszerünk, ami gyakorlatilag megoldotta a várólistákkal kapcsolatos problémáinkat. Összességében az a tapasztalatom, hogy ahol a szakma hajlandó szabályokat alkotni és azokat be is tartani, ott vannak jól érzékelhető sikereink. Ahol viszont több szakmának kell összefognia, interdiszciplináris együttműködésre van szükség, minél több szakma vesz

benne részt, annál alacsonyabb a működési hatékonyság.

– Milyen érzéseket keltett Önben a közúti balesetekből és a nozokomiális fertőzésekkel eredő halálozás közelmúltban megtörtént összevetése?

– Ezt a felvetést napvilágra kerülése után azonnal megválaszolta az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, teljes szakmai korrektséggel. Szerintem a Kórház szaklap olvasói tökéletesen értették, milyen indokok álltak e mondat mögött. Az egészségügy világában mindenki tisztában van azzal, hogy a kórház veszélyes üzem. A beteg, amikor gyógyulni szeretne, a lehető legveszélyesebb helyre, a kórházba megy terápiára. Ezért érdemes minél inkább közelíteni a betegeket az egynapos ellátáshoz, csökkenteni az ágyak számát, rövidíteni az ápolási időt. A módszertan vizsgálatakor az is teljesen világos, hogy az indikátorok alkalmazása nem mindig a célnak megfelelően valósul meg, hiszen létezésük torzítja a rendszert. Azt is tudjuk, hogy mindig volt, van és lesz kórházi fertőzés, az MRSA incidenciája pedig világszerte folyamatosan nő, ahogyan egyre több antibiotikumot használunk fel az ellene való küzdelemben. Azt pedig már csak nézőpont kérdése eldönteni, hogy mennyire jó, ha egy budapesti magánkórház orvosa riogatja a lakosságot az állami intézmények viszonyaival.

– Várakozásai szerint mit fognak szólni a kórházak a kancelláriarendszer kialakításához?

– A kancelláriarendszerrel azt szeretnénk elérni, hogy az intézmények ne párhuzamosan, a betegekért és a humán erőforrásért versengve végezzék az ellátást, hanem működjenek együtt egymással, egy bizonyos régió lakossági igényeinek kielégítése érdekében. Egyértelmű, hogy akinek nem érdeke a rendszerszolgáltatás, az negatívan fogja megélni ezt a vál-



tozást. Azonban abban bízom, hogy ha meg tudjuk találni azokat a szabályozókat, amelyek mentén a nyerteseket azonosítani tudjuk, sikerre vihetjük ezt a rendszert. A kancelláriákat úgy kell létrehozni, hogy közben a saját kollégáim,

– A harmonizáció már elindult, épp a fővárosi sebészeti ügyeleti rendszerrel. Április elején sikerre vagy kudarcra számít?

– A fővárosi kórházak vezetői októberben azt mondták, minden rendben lesz, mind-egyik kórház tud majd ügyeletet kiállíta-

Service működéséről. Kiemelhetném, hogy a hollandok megteremtették polgáiraik személyes felelősségvállalását saját egészségük iránt, és az egyén érdekeltté van téve saját egészségének megőrzésében. Norvégiában nagyon jó ötlet a területi szervezési elv, hi-



Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán

orvosaink összességében nem járhatnak rosszabbul. Hiszen a szakmával szemben nem lehet nyerni. Még a paraszolvenciát nélkülöző országokban sem lehet a szakmával szemben csatát nyerni. Persze, biztosan lesz, akinek ez-az nem fog jólesni, de ez egy ilyen meccs a világon mindenhol.

– Hasonló meccs várható az új budapesti kórház kapcsán a meglévő intézmények között?

– Március végére kell letennünk azt a jelentést a kormány asztalára, amely kimondja, hogyan kellene megtervezni a főváros kapacitásait. Ebben kell harmonizálni a jelenlegi intézmények fejlesztési terveit, azt, hogy hol és hogyan épüljön meg az új kórház, illetve ennek eredményeként hogyan racionalizáljuk a budapesti ellátórendszert.

ni. Április elején szembe kell majd néznünk egymással, hogy valóban megoldották-e a feladatot. Szerintem egy ekkora méretű ellátórendszerben ez a feladat úgy valószínűsíthető meg sikeresen, ha nem a mazsolát szedegetjük ki a kalácsból, hanem rendszer szinten vizsgáljuk, hogy a lakosság igényeit hogyan lehet a legoptimálisabban lefedni – és ehhez kell mindenkinek alkalmazkodnia.

– Brit, holland, skandináv, német, amerikai vagy kanadai típusú egészségügyi modelt építünk?

– Leginkább magyart. Nincsenek ugyanis egyértelműen jó példák a nemzetközi szinten sem. Mindenki szenved a saját egészségügyi rendszerétől. Léteznek kiváló részsikerek, de nincs általános sorvezető, hiszen akkor mindenki annak megfelelően működtetné egészségügyi rendszerét világszerte. Mondhatnék jókat a brit National Health

szén itt egy régióban összpontosul a finanszírozás, a fenntartás, a szállítás és a kapacitátszabályozás. De ugyanennyire rossz, hogy mind az öt régióban eltérnek egymástól a konkrét működési elvek. Minden ellátórendszerben lehet jó és rossz példák tucatjait sorolni. Nincs általános recept – ezt támasztják alá azok a külföldön dolgozó magyar kórházi menedzser barátaim is, akikkel rendszeresen beszélgetek.

– Mennyi időre tervez?

– Miniszterelnök úrral történt megegyezésem és kézfogásom 2018 áprilisáig szól. Addig tervezek. Pontosan ezért: az, hogy valami veszélyesnek tűnik, nem fog engem eltántorítani attól, hogy meg akarjam csinálni, mert engem az eredmény érdek, nem a székem.

Zöldi Péter

A daganatos betegeknek ma már egyre rövidebb ideig kell várakozniuk a diagnosztikai eredmény megszületése és a kezelés megkezdése között, bár egy tumoros páciens erre nyilván azt mondaná, hogy neki minden perc örökkévalóságnak tűnik. Hogyan állunk mi és más országok rákügyben? Milyen problémákat sikerült megoldani, és melyek azok a nehézségek, amelyek leküzdése még előttünk áll? Kásler Miklós professzorral, az Országos Onkológiai Intézet (OOI) vezetőjével beszélgettünk.

## Az idő urai

– Melyek az onkológia jellemzői az utolsó tíz évre koncentrálva?

– Tíz esztendő jól belátható periódus. 1974-től 1992-ig a megbetegedési és a halálzási szám is meredeken emelkedett, 1992-ben a halálozás növekedésének dinamikája lefékeződött. 1999 óta, bár folyamatosan növekszik a megbetegedési szám, a halálozás nem érte el egyetlen további évben sem az 1999-es szintet. Ha az utolsó tíz évet nézzük, akkor a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján – és ezek hiteles adatok – a megbetegedési szám körülbelül 12 ezerrel nőtt, ugyanakkor a halálozás 1300-zal csökkent. Ez rendkívül lényeges dolog, hiszen 14-15 százalékos javulást jelent, ami az onkológiában rendkívülinek számít.

– Milyen a kép nemzetközi összehasonlításban?

– Megnehezíti az összehasonlítást, hogy sok európai országban – szemben hazánkkal – nincs népeségsszintű regiszter, így becslött adatokat közölnek. Ez a magyarázata annak, hogy nincs két megegyező európai rákstatisztika. Talán a legmegbízhatóbb a lyoni WHO rákügynökség, amely szerint jelenleg az összes halálozásnak 33 százalékáért a daganatos megbetegedések felelősek Szlovéniában, 31 százalékért Hollandiában. Magyarországon 26 százalék az arány, a legalacsonyabb pedig Bulgáriában, ott 16 százalék körüli. Magyarország eszerint a középmezőnyben foglal helyet.

– A csökkenő halálozásnak vannak rövid távú elemei, ami azt jelentheti, hogy nem biológiai gyógyulás történt, hanem a beteg erős segítséget kapott, amivel időt nyert. Úgy látja, hogy az említett adatok a biológiai megoldást is tükrözik bizonyos ráktípusokban?

– Sok lokalizációban és szövettani típusnál végleges gyógyulást lehet elérni. Leegyszerűsítve azt lehet mondani, hogy a daganatok egyharmadát meg lehet előzni,

az a prevenció kérdésköre. A kialakult betegség felénél pedig egy kicsit többet egyszer és mindenkorra meg lehet gyógyítani. A fennmaradó betegek esetében éveket lehet emberhez méltó körülmények között nyerni.

– A megnyert idő mellett mi a helyzet a diagnózis felállítására és a kezelés megkezdése között elvesztegetett idővel?



Prof. dr. Kásler Miklós

– Lokalizációként eltérő a helyzet, más és más a daganatos progresszió ritmusa. A tüdőrákok például igen agresszívan haladnak előre, míg a vastag-, végbélrákok vagy az emlőrákok progressziója éveket is igénybe vehet. A beteg egyébként azzal veszíti el a legtöbb időt, hogy nem megy el szűrésre vagy orvoshoz, amikor észlel valami szokatlant. Ez a legnagyobb idővesztés, több év is lehet. Kétségtelen, hogy a másik időtényező az, amíg a diagnosztika értékelhető eredményhez jut. A diagnosztikának két lába van, a képalkotás és a szövettan. Ez már lényegesen rövidebb várakozással jár. Noha előfordul Magyarországon, hogy 2-3 hónap, sőt extrém esetben még hosz-

szabb idő alatt jutnak el a diagnózisig, de szerencsére ez egyre ritkább, és ismétlem, lényegesen kisebb idővesztéseket okoz

– Mit tehet a medicina gyanú esetén?

– Jól szervezett módon, megfelelő ellátóhelyre kell küldeni a beteget, ez a megfelelő hely pedig a megyei kórház. Ott ugyanis megvan a diagnosztika három komponense, a képalkotó, a szövettani és a labor-diagnosztika. Működik az onkológiai team is, amely meghatározza, hogy tumor gyanúja esetén milyen vizsgálatokra van szükség. A beteg menedzselése ugyanis nem lehet mechanikus, tehát nem arról van szó, hogy gyanú esetén végigdarálhatnánk őt az összes létező diagnosztikai eljáráson, a kétirányú mellkasröntgentől a CT-n és MR-en át az endoszkópiáig. Minden betegnél egyénileg kell a vizsgálatokat megtervezni, mert szerencsétlen más a vizsgálati algoritmus, és a költségek szempontjából sem mindegy, hogy mennyi felesleges vizsgálat történik. Ha megvan a diagnózis, kezdődhet a kezelés. A legtöbb daganat sebészi kezelését a megyei kórházak mindegyike meg tudja oldani. Ugyanez a helyzet a gyógyszeres, és részben a sugárkezeléssel is. Fontos volt a progresszivitás szintjeinek meghatározása, amely szerint a legfelső szinten az Országos Onkológiai Intézet áll. Az OOI Közép-Kelet-Európában az egyetlen nemzetközileg akkreditált komprehenzív rákintézet, regionális feladatai mellett országos feladatait is ellátja. A második szintet képviseli a négy vidéki regionális centrum, a harmadikba tartozik a megyei centrumok két csoportja: ahol van sugárterápia, és ahol nincs. Egy-egy regionális centrum általában három környező megyét tud összehangolni, az Országos Intézet pedig az országos jelentőségű dolgokat viszi, alapító okirata szerint. Ez korszerű struktúra.

– És hivatalosan be is vezették?

– Bizonyos részét az utóbbi években igen. A szakmai ellenőzés és a finanszírozás ol-

daláról lehetne megfogni az idővesztéséget és a szakmai tévedések egy részét is, ami abból is adódik, hogy a beteget nem egy helyen kezelik, hanem ide-oda küldözgetik. Az egyik helyen CT van, másutt MR, a beteg mindenhol vár egy kicsit, közben pedig telik az idő. Ha viszont minden tumorgyanús beteg azonnal eljutna a megyei kórházig a konkrét diagnózis megállapítása érdekében, és a finanszírozás ott kezdődne, akkor óhatatlanul minden tumorgyanút oda küldenének, ahol ki is tudják vizsgálni és meg tudják kezdeni a kezelést. Ez egyúttal azt is jelentené, hogy sok tvk felszabadul, és ezt szét lehetne osztani azok között az ellátóhelyek között, ahol a beteget ténylegesen kezelik.

– Ez azt jelenti, hogy az onkológia egy-egy módszere létezik a kisebb városi intézményekben is, ahol megkezdik a beteg vizsgálatát, és mivel a vizsgálatot finanszírozzák, ezért jó bevétel van belőle, miközben ők valójában nem tudják hiánytalanul diagnosztizálni és meggyógyítani a daganatot?

– Igen. Csinálnak valamit, ami elégtelen és nincs összhangban az irányelvekkel. Az onkológiai teamnek az a feladata, hogy megjelölje a kivizsgálás, a kezelés sorrendjét és módszerét. Még adott lokalizációjú tumor esetében is a stádium vagy a szövettani eredmény alterált kivizsgálási és kezelési sorrendet tesz indokolttá. Ugyanakkor látható, hogy ha komputerezálni akarják a kivizsgálást, akkor gyanú esetén végigfuttatják a beteget egy vizsgálati soron. Ezt akár a 21. század nagyrutinjának is nevezhetjük, ami átmenetileg kikapcsolja a gondolkodást, és a betegnek és az OEP-nek is megterhelő. Lehet komputerezálni, ahol lehet, abszolútizálni azonban nem. A felelősségvállaló orvosi gondolkodást nem lehet mellőzni a rendszerből.

– Kialakult-e már az országos ellátás hálózata?

– Hála Istennek, a váz már megvan, valóban definiálták a progresszivitási szinteket, a fejlesztések során pedig nagyrészt pótolták a hiányokat.

– Az utóbbi évek uniós fejlesztései már ebben a keretrendszerben történtek meg?

– Mivel már 1993-ban megírtuk a Nemzeti Rákkontroll Programot, amelyet a WHO kvalifikált, ezért csak elő kellett venni és korszerűsíteni, illetve a forrásokhoz igazítani. Szombathelyen például szinte minden megvolt, ott a molekuláris patológia fejlesztése történt meg, Pécs elsősorban épülethiánnyal küzdött, ott új épület épül,

sor kerül emellett a régi gépek cseréjére is. Minden onkológiai ellátóhelyen főleg az valósult meg, amire szükség volt. Így viszonylag homogén kubatúrát, eszközös, műszeres lehetőséget teremtettünk az ellátáshoz. Differencia a szakképzett személyzetben van. Annak idején azt java-

lyen kiépítették az országos centrumokat, ahol pedig nem, ott készülnek rá.

– Egyesek ezt kommunista csökevénynek tartják.

– Ezek szerint Amerikába évtizedekkel ezelőtt beszökött a szovjet rendszer, ami-



Truebeam besugárzó átadása

soltuk a fejlesztések előfeltételül, hogy kezdődjön el a szakemberképzés, hiszen a fejlesztések lezárulásakor nem állhatnak az intézmények szakemberek nélkül. Ebben van a legnagyobb lemaradás, ami azt is jelenti, hogy minden bővítés máshonnan szívja el az embereket, vagy részállásban foglalkoztatja őket. Ezen a téren jelentős a pótolnivaló.

– Hogyan írná le az OOI-t mint entitást?

– Alapító okiratunkban pontosan definiálva van a feladatrendszer. Az Országos Onkológiai Intézet a magyar onkológia epidemiológiai, módszertani, kutatási, oktatási, szervezési központja, amely egy országos rendszert fog össze. Az egész ország számára kidolgoztuk a Nemzeti Rákkontroll Programot, létrehoztuk a Nemzeti Rákkregistert. Mindegyik hazai egyetemen oktatunk, sőt Marosvásárhelyen is van tanszékünk. Négy kontinens intézményével ápolunk tudományos kapcsolatokat, és együttműködünk Európa nagy rákintézetével, emellett Kínában és az Egyesült Államokban is van testvér intézetünk. Az országos intézetek szerepének fontosságát az egész világon felismerték, ezért sok he-

kor létrehozták a National Institute of Health-t, mert szervezetteren akarták fejleszteni az amerikai ellátórendszert. Ma már több mint 80 országban létezik és működik nemzeti rákintézet, nem csak az USA-ban vagy hazánkban.

– Melyek a következő időszak megoldásra váró gondjai?

– Most kerül sorra az Intézet harmadik európai akkreditációja, és finanszírozási kérdések is előtérbe kerülnek. Az intézet egyetlen gondja, hogy minden évben öt százalékkal nő az ide küldött és ellátott betegek aránya, amit a törvény szerint fel kell vállalnunk. Ugyanakkor rendelet írja elő azt is, hogy próbáljunk a tvk kereteink között maradni. Ez olyan kontradikció, amit nehéz feloldani. Finanszírozási nehézségünk tehát abból adódik, hogy tvk-n felül is látunk el betegeket, a többletmunkát azonban nem követi korrekció.

Kásler Miklóst a közelmúltban ismételten a Szakmai Kollégium onkológiai tagozatának elnökévé nevezte ki Balog Zoltán miniszter.

Niczkó Emőke

A betegellátás számos területére hatással lévő kormányrendelet lépett hatályba idén január 1-jén, amely számos egyéb mellett rendelkezik például a méltányossági körbe tartozó gyógyszerek és segédeszközök ártámogatásáról, a 12 évnél fiatalabb gyermekek ápolása után járó táppénzről, az otthoni szakápolás, illetve a kórházi szakellátás finanszírozásának változásairól.

## Ismét változó jogszabályok

**A** jogszabály rendelkezik például egyes, térítési díj ellenében igénybe vehető egészségügyi szolgáltatásokról (tüdőszűrés, rögzített fogpótlás), az alapellátás, védőnők által végzett méhnyakrákszűrésének kiegészítő finanszírozásáról, továbbá az egynapos ellátások finanszírozási módjáról. Az otthoni szakápolás biztosító által való támogatásával kapcsolatban elrendeli: az ilyen természetű igényt a beavatkozást végző sebészeti intézménynek előzetesen jeleznie kell a háziorvosnak. A neki küldendő értesítésnek tartalmaznia kell a beteg ambuláns lapját, a műtét tervezett időpontját, a szakápolási igény bejelentését, továbbá a páciens telefonelérhetőségének adatát. Ezek birtokában a háziorvos előre megrendeli a szükséges szakápolói kapacitást az ezzel foglalkozó szolgáltatónál. A beteg otthoni ellátása a varratszedésig tarthat. Azokban a nappali kórházakban, amelyek ugyanazon a telephelyen osztályos háttérrel is rendelkeznek, a nappali ellátás kapacitása naponta nem haladhatja meg az osztályos, fekvőbeteg-részlegekben kezelték létszámának felét. Amennyiben egyetlen intézményen belül aktív és krónikus osztályok is működnek, a beteg aktívról a krónikus részlegbe való áthelyezése esetén (néhány kórkép kivételével) a finanszírozási napidíj az aktív ellátás normatív ápolási ideje a páciens leletének kiállításának dátumától számolható el.

### Tíz ágy alatt nincs aktív osztály

Változtak bizonyos gyógyító-megelőző szolgáltatások jogcímei. Ilyenek például a súlyos központi idegrendszeri sérültek, a politraumatizált, emeltszintű ellátást igénylők, a 10–18 éves fiatalok addiktológiai fekvőbeteg-szakellátása, a gyermek palliatív osztály mellett működő hospice-házaké. A havi tkv-bontást, illetve a tkv alól újabban mentesülő ellátásokat a jogszabály melléklete tartalmazza. További finanszírozási változás, hogy néhány, a rendeletben megjelölt ellátás kivételével a kórházi aktív osztályok teljesítménye csak akkor számolható el, ha ágyszámuk eléri vagy meghaladja a tízet. A szervátültetést végző munkacsoportok finanszírozása szerint az OEP páros szerenként 420 ezer, májért 900 ezer, tüdőért 420 ezer forintot fo-

lyósít, feltéve hogy a szervek kiemelését beültetés is követi.

Január 1-je óta a fekvőbeteg-ellátók várólistáit az Országos Vérellátó és Szolgáltató Központ vezeti, kivéve a PET/CT-vizsgálatokra várakozók listáját, amelynek vezetése 2016. július 1-je után az OEP feladata lesz. Eddig a határig az OVSZ az ilyen vizsgálatokról vezetett listáját köteles az OEP-nek átadni. Többféle beavatkozást nem kell az intézményi várólistán feltüntetni, például az epekőműtétek, vagy a hasfali lágyék sérvműtétek bizonyos fajtáit. A továbbiakban a kormányrendelet többek között előírja az elektronikus adatnyilvántartás, a hosszabb hordási idejű gyógyászati segédeszközök javítási szabályait, rendelkezik a táppénzfizetés idejéről és módjáról, az üzemi balesetek és foglalkozási betegségek után fizetendő táppénz elbírálásának a módjáról és illetékességi köréről. Módosításra kerül továbbá néhány ponton az a 2013-as keltezésű kormányrendelet is, amely a közszférában alkalmazandó nyugdíjpolitikai elvek egészségügyi dolgozókra vonatkozó rendelkezéseit tartalmazza. Ugyanígy változik a szintén 2013-as egészségügyi dolgozók illetmény- vagy bérnöveléséről szóló kormányrendelet szövegezése is, amely többek között megállapítja: az ügyeleti, a készenléti és a rendkívüli munkavégzés díjának támogatási összege azonos. A hatályos jogszabály szerint „az egészségügyi szolgáltatóknak az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó, az egyes egészségügyi és egészségbiztosítási tárgyú kormányrendeletek módosításáról szóló 413/2015. (XII. 23.) Korm. rendelet hatálybalépésének napján jogviszonyban álló foglalkoztatottja a bérnövelésre 2015. január 1-jétől, de legfeljebb a munkáltatónál fennálló, az egészségügyi ágazati előmeneteli rendszer hatálya alá tartozó munkakörben történő foglalkoztatásának kezdő időpontjától jogosult. A fenti bekezdés szerinti bérnövelés megvalósítása során a foglalkoztatottat a 2015. december 1-jén hatályos jogszabályi rendelkezések és a munkaszerződés alapján megillető alapbér, valamint rendszeres pótlék vagy pótlékok együttes összegét 2016. január 1-jével az Eü tv. 11/A. § (5) bekezdése szerinti

foglalkoztatott esetén az 5. mellékletben szereplő összeggel meg kell emelni (a továbbiakban: havi béremelési összeg).”

### Kirendelt egészségügyi dolgozók

Változik a biocid termékek engedélyezési és forgalomba hozatali szabályainak némelyike is. A rendelet többek között meghatározza, mely társaságok/személyek minősülhetnek: ipari felhasználónak, szakképzett, foglalkozásszerű felhasználónak, foglalkozásszerű felhasználónak, illetve lakossági felhasználónak, és azt is megszabja, hogy az egyes kategóriákba milyen kritériumok alapján kerülhet be az abban érintett társaság. A szintén 2013-as keltezésű, külföldön történő gyógykezeléseket szabályzó kormányrendeletbe is változásokat iktattak be. A külföldi gyógykezelés feltételül korábban például előírták a kezelésről kiállított számla hiteles fordítását. Az új szabályozás szerint már elegendő lesz bármilyen fordítás. Csökkentették a korábbi járóbeteg-szakellátási OENO-pontértéket: a korábbi „3000 járóbeteg-szakellátási OENO-pontértéket vagy azzal egyenértékű finanszírozási értéket” szövegrész helyébe „2000 Ft finanszírozási értéket”, a „4500 Ft” helyébe „2000 Ft” került. A kormány jelenlegi rendeletében ugyancsak módosította azt, a saját maga által 2013-ban megalkotott jogszabályt, amely az egészségügyi válsághelyzeti ellátásról szól. Ebben többek között rendelkezik arról, hogy a menekültügyi szűrőhelyek létrehozásában a megyei kormányhivatal köteles együttműködni a menekültügyi hatósággal, illetve a katasztrófavédelemmel. Ki kell jelölnie a szűrővizsgálatok helyszíneit, illetve szükség szerint újakat kell létrehozni. Ebben a tevékenységében vele együtt kell működniük az egészségügyi szolgáltatóknak, e munkára központilag kirendelhetik az egészségügyi dolgozókat és meghatározhatják a szűrőhelyek működési feltételeit. A kormány által deklarált válsághelyzetben időszakosan működő gyógyintézet és gyógyintézetnek nem minősülő, időszakos egészségügyi szolgáltató hely hozható létre, illetve telepíthető.

Lóránth Ida



**BÉKER-SOFT INFORMATIKA KFT.**  
KOMPLEX EGÉSZSÉGÜGYI INFORMATIKAI MEGOLDÁSOK



## 20 ÉV AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK SZOLGÁLATÁBAN



1184 BUDAPEST  
HENGERSOR U. 73.

TEL: +36(1)292-1023  
FAX: +36(1)292-2123

E-MAIL: INFO@BSI.HU

Van programja holnapra?

[WWW.BSI.HU](http://WWW.BSI.HU)

A Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság és Regionális Tudományi Központ Közgazdaság-tudományi Intézete és a Budapesti Corvinus Egyetem Emberi Erőforrások Tanszékének közös kutatása azt vizsgálta meg, hogy hová tűntek a magyar orvosok, mekkora volt 2003–2011 között a külföldre elvándorlók létszáma, illetve hányan hagyták el a pályájukat.

# Hová lettek az orvosaink?

A kilenc év adatait – amelyek csupán részben tükrözhetik az azóta folyamatosan súlyosbodó helyzetet – Varga Júlia tudományos főmunkatárs foglalta össze, egy pár hónappal ezelőtt nyilvánosságra hozott tanulmányában. Értekezése bevezetőjében megállapítja, hogy az orvoshiány világ- és Európa-szerte súlyos gond, amely évről-évre égetőbbé válhat. Az Európai Bizottság előrejelzése szerint 2020-ra az unió egészből 970 ezer egészségügyi dolgozó hiányzik majd, ami azt jelenti, hogy a lakosság által igényelt egészségügyi szolgáltatásoknak a 14 százaléka ellátatlan marad.

## Több pénz, modernebb felszerelés

Az orvoshiány nem új keletű jelenség: már 2000-ben az OECD országaiban praktizáló orvosok 18 százaléka nem a saját országában teljesített szolgálatot, az ezt követő években pedig egyre gyorsuló tempóban erősödött ez a tendencia. Az elvándorlás okai közül megemlíti a tanulmány az orvosok iránti kereslet növekedését, illetve azt, hogy ezzel együtt nem, vagy csak alig gyarapodott a kínálati oldal. Ennek következtében egyre kurrensebbé, vagyis növekvő szinten honorálttá vált a gyógyító foglalkozás. Legalábbis azokban az országokban, amelyek egészségügyi rendszerei ezt megengedhették maguknak. Ezzel párhuzamosan a magasabban kvalifikált egészségügyi rendszerek, éppen a rendelkezésükre álló gazdagabb forrásoknak köszönhetően, a gyengébben teljesítő országoknál lényegesen modernebb, 21. századi felszereltséget is kínálni tudtak az orvosoknak a nagyobb fizetés mellé. E két tényező pedig olyan csábítás, amellyel aligha versenyezhetnek a gyengébb gazdasági helyzetben lévő egészségügyi rendszerek.

A magyar egészségügy orvos elvándorlási tendenciáiról a tanulmány megjegyzi: „Ez a tanulmány nagymintás, egyéni, paneladatok segítségével leíró elemzést ad arról, hogy hogyan változott a magyarországi orvosok külföldre vándorlásának és egyéb okból történt pályaelhagyásának valószínűsége a 2002 és 2011 közötti időszakban. A tanulmány újdonsága, hogy közvetlenül méri az orvosok migrációját, és emellett az egyéb okból történt pályaelhagyást is vizsgálja. Egyéni ada-

tokat használ az elemzéshez, így leírja, hogy az orvosok egyéni jellemzői hogyan befolyásolják a migráció és a más irányú pályaelhagyás valószínűségét. Bemutatja, hogy Magyarországon az orvosok külföldre vándorlása mellett ugyanolyan súlyú probléma a belföldi pályaelhagyás is, tehát az, hogy az orvosok itthon helyezkednek el más állásban. Emellett, ha időszakosan is, az is fokozza az orvoshiányt, hogy a fiatal orvosok jelentős része kerül átmenetileg inaktív státuszba.” A kilenc éven keresztül tartó felmérésben szerepelt minden olyan magyar állampolgár, aki 2003 januárja és 2011 decembere között legalább egy hónapon át orvosi munkakörben dolgozott, vagy legalább ugyanennyi ideig általános orvos/szakorvos, vagy fogorvos volt akár csak úgy is, hogy ezt második foglalkozásként üzte. Ebbe a mintába 18 645 személy került be, akiknek aztán hónapról-hónapra követték a státusza alakulását. Ez a tömeg a KSH erre az időszakra aktuális statisztikájában szereplő hazai orvosoknak az 52 százaléka volt. A vizsgált mintában szereplő orvosok státuszának elemzése 108 hónapon keresztül tartott. A vizsgált minta nem tartalmazza azokat az orvosokat, akik mindvégig vezető munkakört láttak el, ezért a statisztikában eredetileg is más kódjellel szerepeltek, továbbá a folyamatosan házi- és házi gyermekorvosként szolgálatot teljesítők, mert ők vállalkozóként tevékenykednek, illetve a státuszukat folyamatosan megbízási szerződéssel betöltők sem. Az elemzés a vizsgált tömeget öt csoportra osztotta: orvosként dolgozó, külföldön praktizáló, Magyarországon nem orvosként dolgozó, inaktív (gyesen, gyeden lévő, nyugállományba került), vagy munkanélküli, illetve elhalálozott.

## Erősödő kivándorlási hajlandóság

A vizsgálat eredményei szerint kilenc év alatt az orvosoknak körülbelül a 12 százaléka távozott külföldre, 16 százalékuk itthon maradt, de pályát váltott, 14 százalékuk pedig inaktív volt (legalábbis orvosként). A kapott adatok szerint a vizsgálat kezdetétől 2004 márciusáig az orvosok 7 százaléka költözött külföldre, viszonylag egyenletes ütemben. Ezt követően folyamatosan erősödött a kivándorlási hajlandóság, főként a vizsgálat 87. hónap-

ja, vagyis 2011 májusa után. A kapott eredmények azt mutatják, hogy a férfi orvosok 29 százalékkal nagyobb valószínűséggel költöznek külföldre, mint a nők. Az életkor növekedésével pedig évenként 2-2 százalékkal csökkent az elvándorlási szándék. A magyarországi pályaelhagyás és az inaktív státuszba kerülés gyakorisága, ellentétben a külföldi munkavállalás tendenciáival, nem mutat ugrásszerű növekedést. A szakmából ilyen módon történő kiáramlás viszonylag egyenletes ütemű volt, ami 2011 májusát követően valamelyest vissza is esett. Abból a tényből kiindulva, hogy ettől a fordulóponttól kezdve emelkedni kezdett a külföldre távozók létszáma (ekkortól nyílt meg a német és az osztrák munkaerőpiac a magyarok előtt) feltételezhető, hogy sokan az itthoni pályaelhagyás, inaktív státuszba vonulás helyett inkább a külföldi munkavállalást választották. A vizsgálat az orvosok kivándorlási szándékát tekintve nem talált jellemző különbségeket az egyes szakmák tagjai között. Ugyanígy regionális különbségeket sem tapasztaltak. A keresetbeli különbségek viszont jelentős tényezőként jelentek meg: az országos átlagkeresetnél kevesebbet kereső orvosok nagyobb valószínűséggel választották a külföldi munkavállalást. A Magyarországon maradó, de pályaelhagyó orvosok között felülprezentáltak a nők. A kutatás adatai szerint az általános orvosok és a szakorvosok kevésbé hajlamosak a pályamódosításra, mint a fogorvosok. A pályaelhagyás vizsgálatánál az a meglepő eredmény született, hogy ellentétben a külföldre távozással, ebben az esetben éppen azok az orvosok váltanak szakmát, akik az egészségügyben az átlagosnál jobban kerestek. Inaktív státuszba leggyakrabban a fiatal orvosnők kerülnek. Ebben a kategóriában sem a szakmák, sem a régiók szerint nem láthatók lényeges különbségek.

## Elindultak a legfiatalabbak is

A mért eredmények szerint külföldre a legnagyobb arányban a 31–40 éves orvosok költöznek (14 százalék). Majdnem ugyanennyien vannak az 51–60 éves korosztály külföldön munkát vállalói. A hosszú éveken át tartó vizsgálat bizonyos periódusonként jelentős különbségeket mutat a külföldre költözés di-

namikájában: az ország 2004-es uniós csatlakozása utáni, közel hároméves időszakban (kb. 2007 januárjáig többségében az 51–60 éves orvosok (kb. 10 százalék) távoztak külföldre, majd ezt követően lényeges mértékben lelassult a kiáramlás. Ugyanezen időszak alatt a 31–40 éveseknél is mérsékelt volt a külföldre költözők aránya.

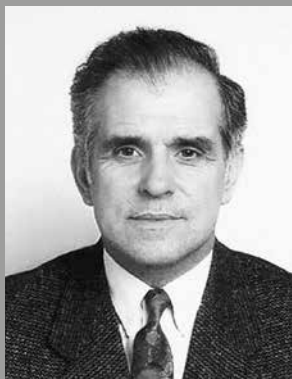
2010 márciusa után viszont folyamatos gyorsulás figyelhető meg mindkét korosztályban. A 87. hónaptól számolva a 31–41 éves orvosok újabb 7 százaléka hagyta el az országot és újabb korcsoport, a 30 év alattiak is csatlakoztak a kivándorlókhoz. Kezdetben 4, majd a 101. hónaptól számítva 6 százalékuk vállalt külföldi munkát. A két fiatalabb korosztályban lényegesen több a külföldre távozó férfi, az 51–60 éveseknél már kiegyenlített a nemek aránya. „A keresetek hatásáról a következőt látjuk. A 30 évesnél fiatalabbak és a 31–40 évesek közül azok költöznek nagyobb valószínűséggel külföldre, akiknek alacsonyabb az országos átlagkeresethez viszonyított relatív keresete. Vagyis a külföldi munkavállalási döntésekben a kereseti helyzetnek szignifikáns hatása van. A hatás erőssége a korcsoportokban felfelé haladva csökken, vagyis a keresetek mellett egyéb tényezők hatása erősödik az életkor előrehaladtával. Az 51–60 évesek közül már azok mennek el nagyobb valószínűséggel külföldre, akiknek a velük egykorúakhoz és azonos egyéb megfigyelt jellemzőjű orvosokhoz képest magasabb a relatív keresete. Ez nem azt jelenti, hogy a külföldön elérhető keresetek ne játszanának szerepet a külföldi munkavállalás valószínűségében, hanem inkább arra utal, hogy az idősebbek közül a sikeresebb orvosok vállalkoznak a költözésre” – állapítja meg az elemzés. A 31–40 éves csoportból az általános orvosok és szakorvosok két és félszer gyakrabban mennek külföldre mint a fogorvosok, az 51–60 éveseknél viszont fordított ez a tendencia. A fogorvosok pedig 32 százalékkal nagyobb eséllyel vállalnak külföldön munkát, mint az orvosok. A pályaelhagyók között felülprezentáltak a 30–40 éves nők. A 30 év alatti általános orvosok és szakorvosok 40 százalékkal, a 30–40 évesek, 35 százalékkal kisebb eséllyel keresnek más foglalkozást, mint a fogorvosok. Jellemző, hogy az orvosok közül a jobban keresők, a pályán sikeresebben érvényesülők hajlamosabbak a pályaelhagyásra, mert más munkaterületől még többet remélnek. Az idősebbeknél az ilyen okból történő pályamódosítást erősíti a nyugdíjalap növelésének a szándéka is. Ismerte a magyarországi orvosbéréket, érthető a pályamódosítás végrehajtása. A vizsgálat statisztikái szerint a 30 év alatti, pályájuk elején járó orvosok az általuk egészségügyben elérhető bérek-

nél más ágazatban a 30,4 százalékkal, a 31–40 évesek 26,9 százalékkal, a 41–50 évesek 38,8 százalékkal, az 51–60 évesek pedig 51,8 százalékkal többet kaphatnak. Bár a közvélekedés szerint a pályaelhagyó orvosok döntő többsége orvos-látogatóként, kutatóként, vagy gyógyszer-tári alkalmazottként folytatja a munkáját, a valóságban ez a foglalkoztatási kör sokkal szélesebb. A teljesség igénye nélkül néhány példa: gyógyszer-kiskereskedelemben 21,57 százalékuk, reklám, piackutatás területén 3,31 százalékuk, oktatásban 10,01

százalékuk helyezkedett el. 7,32 százalékuk ingatlanügyletekkel kezdett foglalkozni, 2,21 százalékuk egyéb feldolgozóipari tevékenységbe kezdett, 1,78 százalékuk építész-mérnöki tevékenységet végzett, 1,29 százalékuk gépjármű-, motorkerékpár-kereskedelemben fogott. 18,65 százalékukból szakgyógyszerész lett, 11,33 százalékuk gazdasági, költségvetési szervezet vezetője, 8,11 százalékuk kereskedelmi tervező, szervező.

Lóránth Ida

## IN MEMORIAM DR. KOLESZÁR LAJOS (1948–2016)



Koleszár Lajos az orvosi diplomáját 1973-ban szerezte a Debreceni Orvostudományi Egyetemen. Végzés után rögtön szülővárosába, Miskolcra került, első és egyben egyetlen munkahelye a Semmelweis Kórház lett. Az I. Belgyógyászati osztályon kezdett dolgozni dr. Szigethy Jenő osztályvezető főorvos munkatársaként. A belgyógyász szakorvosi képesítést 1979-ben szerezte meg, 1988-ban adjunktussá, 1993-ban főorvossá nevezték ki. A belgyógyászatban az emésztőrendszeri betegségek kivizsgálása és kezelése állt leginkább az érdeklődése középpontjában. Éveken keresztül volt a hepatológiai (májbetegségek) részleg vezetője.

Jó orvos volt, betegei tisztelték nyíltságát, őszinteségét, közvetlenségét szerették. Jó, szeretni való kolléga is volt. Az orvosi szoba hangulatát bármilyen feszült, nehéz helyzetben is oldani tudta rendkívül eredeti, olykor szarkasztikusba hajló humorával.

1995-ben kórházigazgatónak nevezték ki. Új feladatát nagyon komolyan vette, úgy érezte az teljes embert kíván, így gyógyító orvosi tevékenységét feladta. Nem könnyű 12 éven át (1995–2007) volt a Semmelweis Kórház első számú vezetője. Erre az időszakra esett az intézmény oktatókórházi státuszának (Debreceni Egyetem) elnyerése, az új belgyógyászati tömb megépítése, a Térségi Diagnosztikai Szűrőcentrum létrehozása. Mindezek mellett maradt elég ereje, energiája nem kevés közéleti szerep vállalására is. Két cikluson át volt országgyűlési képviselő, a Megyei Közgyűlés Egészségügyi Bizottságának elnöke, alapítója volt a S.T.A.R. Kiemelten Közhasznú Alapítványnak, amely fontos szerepet játszott a légimentés újraindításában. Több egyéb alapítványnak volt kuratóriumi tagja vagy elnöke.

A kórház centenáriumának méltó megünneplésében (2000) igen fontos, vezetőhöz méltó szerepet vállalt. A Jubileumi Évkönyv ajánlásában leírt, az alábbiakban idézett sorai talán kellően alátámasztják kórházunk iránti elkötelezettségét.

„Az elmúlt ezredévet, kórházunk 100 évét együtt ünnepeelve mindannyian eldönthetjük, milyen mértékben érezzük magunkénak az ünnepi pillanatokat. Úgy tűnik, hogy a kezdeti gyötrelmes évek után száz éve tart életünkben a működési nehézség. Ennek ellenére igen sokan választották egy életre (sokan a munkakezdéstől a nyugdíjig) az Erzsébet-Semmelweis Kórházat.”

Pályája vége felé egészségi állapota megroppant. E sorok írója megtiszteltetésnek veszi, hogy gyakran kezelőorvosául választotta. 2011-ben nyugalomba vonult, többé nem foglalkozott orvoslással. Ugyancsak orvos hitvesének (egyetemi szerelemből született házasság) közelmúltbeli elvesztése után méginkább visszavonultan élt, betegsége egyre inkább elhatalmasodott. Személyében egy értékes, jobbító szándékú nyugtalan embert, egy jó orvost veszítettünk el.

Igazgató Úr, emlékedet megőrizzük. Nyugodj békében Kedves Lajos!

A Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház nevében:  
Radányi Gáspár belgyógyász-hematológus

A Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal (NEK) 12 éves történetében régen fordult elő, hogy ilyen nagy számban vettek részt az alapító tagok és ilyen nagy érdeklődés mellett ülészetek, mint február 11-én. Az, hogy a szakmai és betegszervezeteken kívül a kormány és az ellenzék két pártja (MSZP, Jobbik) is képviseltette magát, jól jelzi, hogy az egészségügy napjainkban forró téma lett. Bár a politikusok a szavazás előtt más elfoglaltságaikra hivatkozva elmentek, azért ők is szembesültek azokkal az égető problémákkal, javaslatokkal, amelyeket az ülés végén hét pontban a jelenlévők összefoglaltak és el is fogadtak.

# Az alulfinanszírozottság nem gazdasági szükségszerűség, hanem politikai döntés

A hét pont a legsürgetőbb teendőket taglalja. Először is a NEK szerint még a 2017-es költségvetés elfogadása előtt meg kell kötni az Ágazati Kollektív szerződést, haladéktalanul el kell kezdeni az ágazati bérrendezést, olyan mértékben, amely a következő öt évre garantálja a működőképességet.

A NEK ezen kívül nem tartja jó ötletnek az egészségügy egyes intézményeinek megszüntetését, beolvasztását, sőt azok (OEP, ÁNTSZ, OTH, OGYEI, ENKK) fenntartása és fejlesztése mellett száll síkra. A NEK határozatai között szerepel az is, hogy az alapellátás megerősítése mellett nem szabad megfeledezni a járó-, és fekvőbeteg-ellátás felzárkóztatásáról sem, valamint továbbra is sürgetik az önálló egészségügyi minisztérium felállítását.

A hét pont egyikeként bekerült az is, hogy a szakmai szervezeteken kívül a betegszervezetek is kapjanak intézményesített jogokat a kormányzattal való párbeszédre.

Az egyik legfontosabb az, hogy az egészségügy alulfinanszírozottságát mindenképp fel kell oldani: az ágazat közfinanszírozott kiadásainak GDP-hez mért arányát legalább 6,5 százalékra kell emelni. Ez azt jelenti, hogy körülbelül 550-600 milliárd forint pluszt kell a rendszerbe injektálni. A NEK szerint az ország gazdasági állapotát tekintve ez lehetséges. Egy esetleges forrást is megemlítenek: az elmúlt 25 év privatizációi során nagyon sok járulékot nem fizettek be, például ezek beszédésével nőhetne az E-Alap.

A hétpontos határozat elfogadása előtt több izgalmas előadás is elhangzott az ülésen. A kerekasztal egyik alapítója, a Magyar Orvosi Kamara nevében dr. Éger István elnök többek között arról beszélt, hogy nagyon fontos a kormány által is deklarált népegészségügyi szemlélet, az alapellátás erősítése, a rendszert azonban egységesen

kell kezelni. Ha ugyanis csak az egyik részét fejlesztjük, féloldalassá, gyengévé válik.

A MOK elnöke arról is beszélt, hogy bár óriási beruházások zajlottak az utóbbi években az egészségügyben – kórházfejlesztések, eszközbeszerzések – lassan nem lesz, aki ezeket a korszerű intézményeket, eszközöket működtesse. Az emberi erőforrás területén ugyanis lemaradás van, a 2012–13-as bérrendezés megtorpant, azóta csak kisebb korrekciók történtek. A MOK elnöke szerint minél jobban és hangosabban kell „zörögni”, hogy legalább a 2017-es, esetleg már a 2016-os költségvetésbe is bekerüljön költségvetési módosítással az ágazat érdemi berfejlesztése.

A NEK-et alapító betegszervezetek nevében Poós Péter többek között arról beszélt, hogy bár számos, nevében betegeket képviselő szervezet működik, ezek álnévtáblák, valódi hatáskörük nincs, képviseletet nem látnak el. „Jelenleg nincs érvényesíthető betegjog” – sommázta véleményét az előadó, aki szerint veszélyt jelenthetnek a tisztességtelen, olykor jogsértő gyógyszerreklámok, és a betegbiztonságot csökkentő ellentmondásos kommunikáció is. Példaként említette, hogy a tavalyi nagyon magas halálozási statisztikát főleg az influenzában elhunytak magas számával indokolták, holott a statisztikai adatok teljesen ellentmondanak ennek. A kórházi fertőzésekre utalva a betegek képviselője elmondta: a politikusok nem szembesülnek az ágazat valódi problémáival, hiszen betegként VIP-ellátást kapnak.

Az egészségügy jelenlegi helyzetét bemutató leghosszabb és talán legérdekesebb előadást dr. Gilly Gyula tartotta. Az egészséggazdasági szakember nem köntörfalazott. Szerinte „helyzet” van. Az emberi és emberi erőforrás krízist mutatja, hogy fenntarthatatlanul és „erkölcstelenül” alacsonyok a bérek és jövedelmi viszonyok, ezek nem fejezik ki az egészségügyben dol-

gozók által végzett munka társadalmi értékét. Nem csoda, hogy az egészségügyben dolgozók „szegénységbe kényszerítése”, önbecsülésük, emberi méltóságuk aláásása az orvosok, szakdolgozók elvándorlásához, pályaelhagyásához vezet, és mivel elégtelen az utánpótlás, a hivatásnál maradók előregednek. Jelenleg 100 ezer lakosra 550 nővér jut, holott a jogszabályok alapján becsülhető elvárt minimum 800 lenne. Összességében mintegy 24 500 nővér hiányzik a magyar egészségügyi ellátórendszerből.

A szakember szerint az utóbbi idők próbálkozásai ellenére a migrációs trend, továbbá a pályaelhagyás nem csökken, sőt növekszik és a kórházi adósságállomány is folyamatosan újratermelődik. Évi 120-150 milliárd forint beszállítói tartozást görget az ágazat maga előtt, amelyben jócskán benne van az is, hogy a beszállítók 20 százalékkal felülárassák termékeiket, hiszen már „rég beárazták és drága finanszírozási konstrukciókkal lefedték a megbízhatatlanság, szavahihetlenség, kiszámíthatatlanság és a fizetési fegyelem hiányának a költségeit”.

Összességében „egyre esetlegesebb a rendszer által nyújtott ellátás”. Kiszámítható közfinanszírozás és szükségleteknek megfelelő hozzáférés helyett hálapénzfizetési képességtől függő, esetenként kínálatvezérelt hozzáférés van – de facto „vadkapitalista”, szabályozatlan piaci viszonyok működnek, annak minden súlyos erkölcsi és emberi hatásával. Nem csoda, hogy ellenőrizetlen módon, spontán teret nyer a magánellátás és a fizetős sarlatánkodás”. Mindez aláásza az ellátás biztonságosságát, stabilitását, elérhetőségét, hozzáférhetőségét, valamint szakmai és minőségi megfelelését.

Gilly Gyula szerint a három legfőbb probléma jelenleg az alulfinanszírozottság, az alulfinanszírozottság és az alulfinanszírozottság. Az alulfinanszírozás mi-



att makroszinten nem lehet hatékony a rendszer, bárhogyan is dolgoznak a benne lévők. Amíg a forráshiányt nem rendezik, addig „parasztkvátás” bármiről is beszél-ni – fogalmazzott.

Az eddigi kormányzati intézkedéseket értékelve a szakember hangsúlyozta, hogy kifejezetten rontotta az egészségügy helyzetét például az a jelentős szerkezetátalakítás, amely a járulék felől az adók irányába tolta el a finanszírozást. Bár a járulékok csökkentésénél a foglalkoztatottság növekedésére hivatkoztak, az egészségügyi rendszer közkiadásainak csökkentése legfeljebb az államháztartási egyensúlyra és egyes munkáltatói érdekcsoportok privát profitjára volt stabilizáló hatású. Az egészségügyi rendszer fenntarthatóságát azonban mindez közvetlenül veszélyezteti.

Az egészséggazdasági szakember szerint ugyanis nincs bizonyíték arra az elterjedt állításra, miszerint „a magas járulékszint rontja a foglalkoztatást”. Sőt, ha megvizsgáljuk, hogy nőtt-e a foglalkoztatottság a járulékok csökkentéseinek hatására, azt találjuk, hogy valójában 2010-ben sem volt jóval kevesebb biztosított, mint 2014-ben: akkor is, most is körülbelül 4 millió a számuk. Mindez azt jelenti, hogy téves az a vélekedés, miszerint az egészségügy forráshiányának oka a járulékfizetők eltűnése. Egyszerűen arról van szó, hogy a járulékok lecsökkentése padlóra küldte, destabilizálta az egészségügyet, miközben a várt foglalkoztatási hatás elmaradt.

Gilly szerint az egészségügyi kiadások jelentős csökkenése, illetve a tervezett hiány jelentős mértéke és a pénzügyi egyenleg ingadozása jól jelzi a stabil forrásteremtési stratégia hiányát. Bár sokszor hivatkoznak arra, hogy pazarló a rendszer és hatékonysági tartalékok vannak benne, valójában csak egy dolog érvényesül a fűnyíróelvszerű forráskivonás, csökkentik a rendszer működési forrásait, és az eleve alacsony fizetéseket.

Gilly szerint az egészségügyi közkiadások alacsony szintje nem gazdasági szükségszerűség, hanem politikai döntés. Ezt bizonyítja az is, hogy a hozzánk hasonló képességű országok, Csehország, Szlovénia egészségügyének GDP-arányos közfinanszírozási szintje 1,3-szorosa a Magyarának. Ráadásul az

államháztartási kiadásokon belül az egészségügyi közkiadások százalékban kifejezett értéke Magyarországon (10,5%), lényegesen alacsonyabb mint a legtöbb EU-tagga lett volt szocialista országban (12-15%)

Az egészségügyi közkiadások alacsony szintje önmagában is akadály a hatékonyság növekedésének. Például ha egy vásárlásnál a legolcsóbb vagy a leghatékonyabb anyagok, eszközök közül választanak, ilyen



Dr. Gilly Gyula

anyag lehetőségek mellett, nyilván a legolcsóbbat veszik meg. Az „olcsóbb” 10–15 évvel ezelőtti eljárást választják a drágább, de korszerűbb (például laporoszkópos műtét) helyett, nem számolva azzal, hogy az olcsóbb beavatkozás igen drága kései szövődeményekkel járhat. Ezért az egyéb szerkezetátalakítási intézkedések sem tudják meghozni a kívánt hatékonyságjavulást. Egy sikeres átalakításhoz a forrásbővülésnek és a hatékonyságjavító intézkedéseknek együtt kell járniuk.

A szakember javaslatai szerint az egészségügyének alkotmányos szintű rendezésére és alkotmányos védelmének kialakítására van szükség, esetleg az adóssághoz hasonlóan bele lehetne írni az alaptörvénybe, mi az a közkiadási szint, amit biz-

tosan az egészségügyre költenek. Becslése szerint egyébként ez akkor lenne optimális, ha a GDP 2%-ával, 550-600 milliárd forinttal megemelnék a közkiadási szintet, de legalább annyival, amely elégséges egy elfogadható, tisztességes bérfelzárkóztatáshoz (250-300 milliárd forint), és ahhoz, hogy a kórházi adósság ne termelődjön újra (150 milliárd).

Szerinte át kell alakítani a politikai, társadalompolitikai és az ezt kiszolgáló hivatott költségvetési prioritásokat is, emberközpontúvá kell tenni ezeket. Technikai szinten pedig bevétel-növelő, kiadás-csökkentő és szerkezetátalakító intézkedéseket kell hozni, valamint meg kell újítani a forrásteremtési szakpolitikai intézményrendszert.

A szakember végül kifejtette azt a véleményét, hogy a fejlett országokban, így Magyarországon is, az életminőség érdemi javulása már nem a GDP további növelésétől várható. Sok országban a társadalom nagy része igen rosszul él, kiváló GDP-alapú mutatók mellett is. Úgy vélte, a GDP növelését priorizáló politikák helyett a társadalmi elosztás igazságossága, és az egyenlőtlenségek mérséklése a kulscs kérdés, és az, hogy az állam a polgáraitól beszédett pénzből mennyit hajlandó polgáira költeni. Ez ma elsősorban tisztességes és igazságos prioritások kérdése. Gilly egy idézettel fejezte be: „Az embert azért teremtették, hogy szerezsek, az eszközöket azért, hogy használják. A világban jelenleg azért uralkodik a káosz, mert most az eszközöket szeretik és az embereket használják.”

A NEK ülésén a kormányt képviselő Mészáros János helyettes államtitkár szerint nem jó csak a negatívumokat hangsúlyozni, ugyanis ez átsugározhat az egészségügyi társadalomra, ronthatja a hangulatot, az ellátást. Az egészségügyi kormányzat képviselője úgy vélte, az elmúlt évek eredményeit is mindenképp figyelembe kell venni, fel is sorolt jó néhányat: 500 milliárdos intézményi fejlesztés, 75+12 milliárdos bérfejlesztés, rezidenci ösztöndíjak. A helyettes államtitkár szerint is van még mit javítani, de mint fogalmazott: az államtitkárság ajtaja nyitva, „közösön dolgozzunk a megoldásokon”.

Bernáth Bea

# Sebészet

Szerkesztette: Gaál Csaba. 10. teljesen átdolgozott, bővített kiadás.



Dr. Gaál Csaba

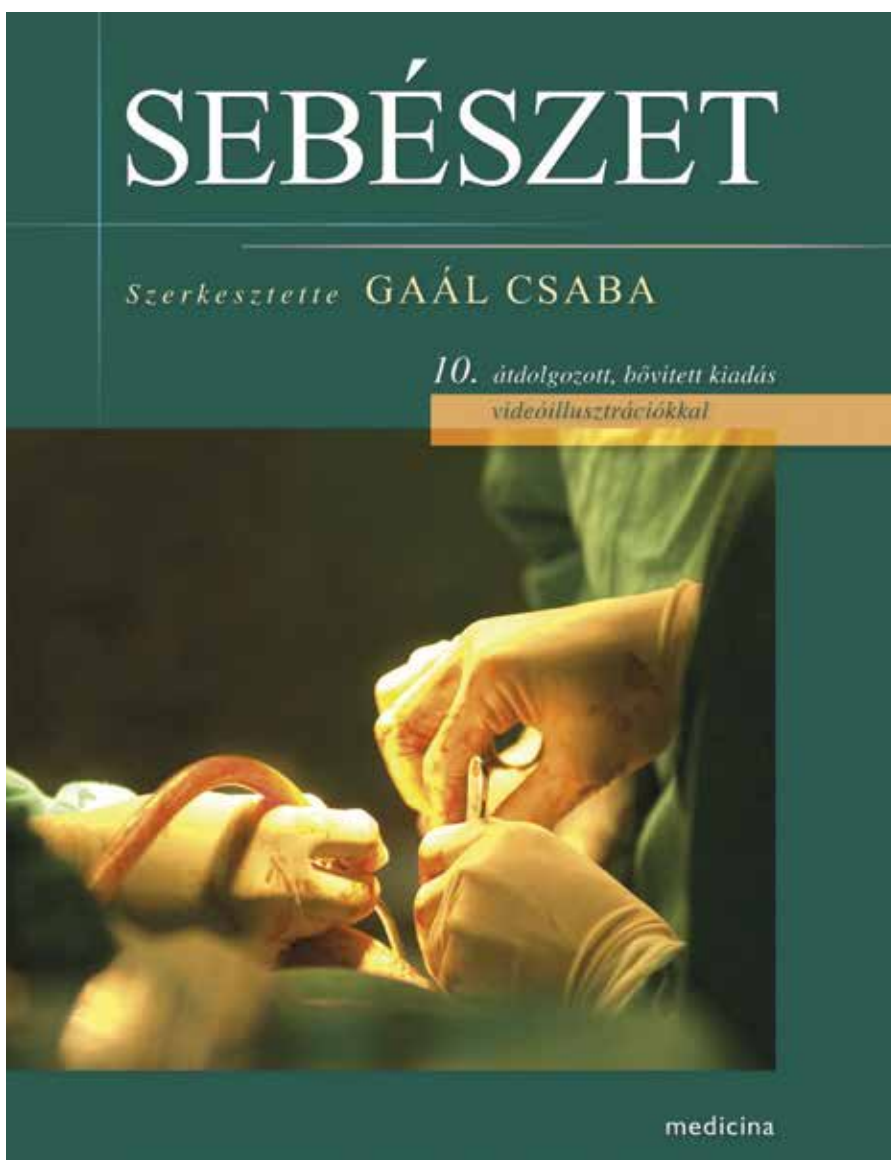
**M**inden tekintetben hatalmas, lenyűgöző szakkönyv. A4 formátum, 1322 oldal, rengeteg illusztráció, 46 szerző. Példátlan vállalkozás a magyar orvosi könyvpiacra: 25 év alatt 10 kiadást ért meg a könyv. Szerkesztője, szellemi energiaközpontja Gaál Csaba, aki szakmai karrierjének nagy részét Németországban járta be, de hazájától soha nem szakadt el. Nemcsak elmélyült tudásának, de orvosi ethosának és patriotizmusának is bizonyítéka ez a hatalmas vállalkozás. 41 összefoglaló fejezet tárgyalja a sebészet minden fontos szakterületét, nemcsak a has és a lágyszövetek, hanem a központi idegrendszer, a fej-nyak tájék, a mellkas, a szív, az érrendszer, a balesetsebészet, a plasztikai sebészet, a gyermeksebészet és még számos egyéb terület részleteit. A történeti bevezetés után az általános sebészeti vizsgálati módszerek, a kóreltani alapok, a műtét előtti teendők, a posztoperatív gondozás, a szövődíjak kezelése, az aneszteziológiai ismeretek, elsősegélynyújtás, újraélesztés, az endoscopia, az intervenció radiológia és még igen számos címszó sorakozik precíz, logikus rendbe szedve. Napok óta lapozgatom, olvasom, és olyan örömet okoz, amit szeretnék minden orvosnak ajánlani. Minden ismeret frissítve, napra kész korszerűséggel, minden leírás, algoritmus precízen végigvezetve. Mindez tökéletes, szép olvasható magyarsággal,

ami ma már ritkaság a szakkönyvekben. A XIX század második felére felvirágzó, azóta is diadalmas fejlődési pályát bejáró sebészet és az arról levált, de az anyaszakmával számtalan történelmi és szakmai kapcsolatot őrző szakágak páratlan, csodálatos enciklopédiája. Nem véletlenül használom a felvilágosodás korának ezt a nagyszerű, elismerő fogalmát: minden benne van ebben a könyvben, ami ma fontos a sebészetben, és még a következő évekre is érvényes.

Ajánlom a könyvet minden orvosnak, különösen sebészetet és határterületeit tanuló,

vagy azokat művelő fiatal kollégáknak. Jó lenne, ha azok az orvos-vezetők is kézbe vehetnék, akik az államigazgatásban, az ÁEEK-ban a tisztiorvosi hivatalokban, az OEP-ben a gyógyító ellátás szervezéséről, irányításáról és finanszírozásáról gondoskodnak. És nélkülözhetetlen tudás-alapot kínál a kórházak, rendelőintézetek orvos vezetőinek, menedzsereinek, akik a napi munka irányítását, ellenőrzését végzik. A MEDICINA Könyvkiadó büszke lehet erre a nagyszerű könyvre.

**Dr. Szepesi András**



A Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház munkatársai a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centrumával közösen új onkológiai betegútszervező rendszert fejlesztettek ki, amely a daganatos kórképek gyanújával beutalt betegeiket a szokásosnál lényegesen gyorsabban juttatja diagnózishoz és korai kezeléshez. A kórház főigazgatója, dr. Moizs Mariann, elmagyarázta a rendszer lényegét, jelentőségét, beszélt az intézményben megvalósult fejlesztésekről.

# Életeket menthet az OnkoNetwork

– A Kaposi Mór Kórház idén ünnepli alapításának 170. évfordulóját. Eddigi történetének melyek voltak a legfontosabb fordulópontjai?

– 170 évvel ezelőtt civil kezdeményezés hívtá életre a kórházat, amely egy adott közösség érdekében megnyilvánuló közös akarat kiváló példája. Elődeinknek ezen törekvése számunkra is élő és követendő hagyomány. 1846-ban Kaposvár város, Somogy megye polgárai gyűjtést rendeztek, az adományból építették és szerelték fel a kórház „anyaépületét”. Az évek során párhuzamosan fejlődött a város és kórháza: a kezdeti néhány ágyas ellátó egységből a XIX. század végére jó feltételekkel bíró specializált fekvőbeteg ellátó intézmény lett. Szigethy-Gyula János igazgató és Németh István polgármester tette a kórházat a városban és környékén lakók valódi gyógyító központjává. Szigethy-Gyula Sándor idején (aki apja után a XX. század első évétől folytatta a kórházépítő munkát), a gyermekosztály kivételével minden, akkori gyógyító szakma önálló osztályt kapott. Több mint 600 ágyon magas szintű gyógyító tevékenység, pezsgő tudományos élet folyt az akkori falak között, rátermett, jól felkészült vezetőkkel, kiváló főorvosi gárdával. A II. világháború alatt hadikórházzá nyilvánították, a frontról hazatérő sebesültek ellátásában vett részt. A világegést követően újra a város és a megye polgárai fogtak össze kórházuk rendbetételéért. A valódi fejlődésre az 1960–70-es évekig várni kellett, akkor ezer feletti ágyszámával és tovább specializálódó ellátásával a megye meghatározó gyógyító intézményévé vált. A XXI. századi fejlődés a 2000-es évek elején kezdődött. Ekkorra a Kaposvár belvárosában öt hektáron, mintegy ötven, száz évesnél idősebb pavilonban működő kórház megújítása elkerülhetlenné vált. 2006-ig közel 12 milliárd forint címzett állami támogatásból modernizálták a szülészeti-nőgyógyászati, a belgyógyászati és a sebészeti épületet, valamint a műtői tömböt. 2007-ben a Mosdósi Kórházat, 2013-ban pedig a Marcali Városi Kórház- és Rendelőintézetet integrálták a Kaposi Mór Oktató Kórházba.

– Kétségtelen, hogy a térség betegellátásában az önök kórházának meghatározó szerepe van. Mekkora a havi betegforgalmuk, az ellátási területük lélekszáma?

– A kaposvári központú intézmény, kiegészülve a mosdósi és a marcali telephelyekkel, napjainkban is kiemelt szerepet játszik a megye, illetve a határos térségek lakosságának egészségügyi ellátásában. Szakmánként változó az ellátottak száma, de elmondható, hogy átlagosan félmillió lakos szakellátásáért felelünk. Néhány szakmában a területi ellátási kötelezettség az egymilliót is közelíti, ilyenek például a gyermek-tüdőgyógyászat

– Az uniós pályázatoknak köszönhetően számos hazai kórház jutott fejlesztési forrásokhoz. Önöknek milyen fejlesztéseket sikerült a közösségi támogatásból realizálni?

– A kórház valódi, komplex megújítására az Európai Unió pályázati források megnyílása után, közel 18 milliárd forintból kaptunk lehetőséget. Óriási eredmény, hogy a városra és térségre mindenkor jellemző széleskörű összefogás eredményeként a magyar egészségügy történetének öt Európai Unió nagyprojektje közül az egyiket Kaposváron sikerült megvalósítani. A 2007–2013 közötti Európai Unió fejlesztési ciklus ún. zászlóshajó egészségügyi projektjei, a 8 Pólus projektjei közül az egyik a kaposvári. Ezen projektek, így a kaposvári célja is a humán erőforrás fejlesztését megalapozó koncentrált, high technológiájú infrastruktúra kialakítása, a telephelyek számának csökkentése, a pavilonrendszer megszüntetése, a tömbösítés megvalósítása és az ágazati kiemelt szakmai programok erősítése volt. Szakmai szempontból stratégiai területként jelöltük meg az onkológiai, a sürgősségi, a gyermekgyógyászati, illetve az agyi- és érgyógyászati ellátást. A projekt



Dr. Moizs Mariann

vagy a hematológia. Mintegy 40 klinikai és diagnosztikai szakmába soroltan történik a gyógyító tevékenység, a szakmák közel felében III. progresszivitási szinten. A kórházban évente átlagosan 60 ezer fekvő- és több mint egymillió járóbeteg fordul meg. Betegforgalmi és gazdálkodási paramétereit, az ellátandó lakosság szám tekintetében a kórház a tizenöt vezető egészségügyi szolgáltató közé tartozik. A gyógyító munka mellett mindenkor kiemelt feladatunknak tekintjük a megelőzést, az oktatást és a kutatást is.

ségügyi projektjei, a 8 Pólus projektjei közül az egyik a kaposvári. Ezen projektek, így a kaposvári célja is a humán erőforrás fejlesztését megalapozó koncentrált, high technológiájú infrastruktúra kialakítása, a telephelyek számának csökkentése, a pavilonrendszer megszüntetése, a tömbösítés megvalósítása és az ágazati kiemelt szakmai programok erősítése volt. Szakmai szempontból stratégiai területként jelöltük meg az onkológiai, a sürgősségi, a gyermekgyógyászati, illetve az agyi- és érgyógyászati ellátást. A projekt

lényege az egységes, mintegy 40 ezer négyzetméter alapterületű tömbkórház megépítése volt, a TIOP-2.2.7. konstrukcióból, eredetileg 12,4 milliárd forint Európai Unió és magyar forrásból. A Pólus projektek közül egyedülálló módon a beruházás együtt járt a többszáz éves épületek teljes megszüntetésével és a teljes működő terület jelentős csökkentésével. Szakasolva, 2011-ben átadásra került az Északi tömb 1-4. szárnya és a Diagnosztikai épület, 2014-ben pedig a tömbépület további két szárnya. Csatlakozó, szintén meghatározó fejlesztés volt a több mint félmilliárd forint költségvetésű sürgősségi projekt, melynek során a 2004-ben, az országban az elsők között kialakított Sürgősségi Betegellátó Centrum bővítése, a felnőtt sürgősségi ellátáshoz integrált gyermekellátó sürgősségi centrum és heliport kialakítása történt meg. A tömbkórház befejezéséhez Magyarország kormánya nyújtott 2,5 milliárd forint értékű támogatást, ebből készült el a tömbépület visszamaradó két szárnya 2015-ben. A műteti tömb rekonstrukciójának tíz éve húzódo befejezésére is sor került a 1,5 milliárd forint értékű TIOP 2.2.6/B projekt keretében. A marcali telephely közel 300 millió forintos fejlesztése is utóbbi pályázatból valósult meg. A TIOP 2.2.2, 2.2.6, 2.2.7, továbbá a KEOP 5.6.4 konstrukciókból összesen több mint 2,4 milliárd forint értékű gép-műszer beszerzésre is sor került. Jelenleg az uniós nagyprojekt befejező ütemének átadása előtt állunk, a legújabb két épületszárnyban kialakított Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, a Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum, valamint a pulmonológiai ellátás járóbeteg egységének költöztetése zajlik. Így a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató



A kórház arca – bárhol a világon megállná a helyét

Kórház történetének legnagyobb volumenű infrastrukturális fejlesztése fejeződik be az intézmény fennállásának 170. jubileumára.

– A közelmúltban adott hírt az országos sajtó az önök által kifejlesztett új rákdiagnosztikai projektről, amelynek köszönhetően a betegség gyanújának felmerülése és a beteg tényleges kezelésbe vétele közötti idő lényegesen lerövidül. Mi a módszer lényege, hogyan növelheti a betegek életben maradási, gyógyulási esélyeit?

– A kórházfejlesztés során – az ellátási igényeknek, a magyarországi megbetegedési és halálozási mutatóknak megfelelően – kiemelt szakmai terület volt az onkológia átfogó fejlesztése. A kórház és a Kaposvári Egyetem Egészségügyi Centruma alkotja a térség Komplex Onkológiai Centrumát, mely több mint fél millió honfitársunk onkológiai ellátásáért felel. A kaposvári egyetemen történik az onkológiai diagnosztika, beleértve a PET/CT- diagnosztikát, valamint a sugárterá-

piás ellátás. A két intézmény infrastruktúrájának megújítása tette lehetővé azt, hogy a meglévő onkológiai ellátó rendszerbe illeszkedő kaposvári centrum működését fejlesztjük, összehangoljuk a diagnosztikai és klinikai társosztályok működésével és rövidítsük a daganatos betegek korai definitív ellátáshoz való jutásának idejét. A határainkon túl működő betegútszervezési modellek megvizsgálása után Kaposváron született meg az OnkoNetwork koncepciója. Az OnkoNetwork a Kórház és a Centrum vezetőinek, valamilyen érintett középvezető munkatársának 17 hónapos szoros szakmai együttműködése révén létrejött komplex szervezési program, amelynek működését egy erre kifejlesztett informatikai szoftver is támogatja. A szoftver illeszkedik a magyar kórházakban használt betegadminisztrációs rendszerekhez, ám az OnkoNetwork lényege maga a teljes intézményi rendszerre kiterjedő, működési szabályzatban, osztályos működési rendekben rögzített organizáció. A program fejlesztésénél sok egyéb mellett arra a lényeges kérdésre kellett választ találnunk, hogy a kórház negyvenszakmás tevékenységének betegújtait hogyan koordinálhatjuk az egyetem diagnosztikai/radiológiai, sugárterápiás tevékenységével, miként választhatjuk ki az optimális betegutakat. Elsődleges cél, hogy a rákgyanúval regisztrált beteg a lehető legkorábban megkaphassa a számára legmegfelelőbb kezelést. Ennek érdekében olyan átfogó betegirányító rendszert kellett létrehozunk, amely a két intézmény összetett rendszerén belül horizontálisan szűri ki az ellátási prioritást igénylő rákgyanús eseteket. A progresszivitásnak megfelelően az alapellátásból érkezik az onkológiai kórképgyanújával beutalt beteg, aki tüneteitől függetlenül a kórház valamelyik szakrendelésén jelentkezik. Ott regisztrált adatait a célszoftver segítségével az OnkoNetwork iroda emeli ki, követi nyomon. Az iroda a hálózatos elven működő rendszer központja, kapcsolat-

## PÁLYAKÉP

Dr. Moizs Mariann belgyógyász, közgazdasági szakokleveles pénzügyi menedzser, egészségügyi menedzsment szakértő. Középfokú tanulmányait szülővárosában, Pécsen végezte, 1978–1982 között. A Pécsi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán szerzett diplomát 1988-ban. Belgyógyászatból 1993-ban szakvizsgázott. 2000-ben a Pécsi Tudományegyetem Közgazdaságtudományi Karán közgazdasági szakokleveles pénzügyi menedzser szakon kapott másoddiplomát. 2009-ben a Budapesti Corvinus Egyetemen egészségügyi menedzsment szakértő szakképzettséget kapott. 2015-ben a Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskolájában védte meg doktori értekezését. 1988-tól a Baranya Megyei Kórház I. Belgyógyászati Osztályának orvosa, adjunktusa, 1999-2006 között ügyvezető orvosigazgatója, majd orvosigazgatója. 2006. június 1-jétől 2012. november 30-áig a Kaposi Mór Oktató Kórház stratégiai főigazgató-helyettese. 2012. december 1-jétől a Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház főigazgatója. 2008-ban Pro Sanitate, 2009-ben Magyar Köztársasági Arany Érdemkereszt, 2011-ben Batthyány-Strattmann László-díj elismerésben részesült.

ban áll az egyes, ún. szervspecifikus szakrendelésekkel. A program egyik kiemelt eleme, hogy az irodában és a szakrendeléseken ún. konduktorok, szakdolgozók folyamatosan figyelemmel kísérik a betegforgalmat, és kiemelik a bármelyik szakrendelésen regisztrált rákgyanús eseteket. Adataik átke-  
 rülnek az Onkológiai Informatikai Rendszerbe, amely a beteg teljes ellátási folyamata során lehetővé teszi a célzott betegút- és időmenedzselést. A szakdolgozók természetesen a saját kompetenciaszintjükön felelnek az onkológiai betegellátásért, a folyamat szervezéséért, a betegirányításért, időpontegyeztetésért. A másik alapelv, hogy a szakdolgozók tevékenységét a teljes ellátási folyamat során onkológus szakorvos, ún. supervisor felügyeli, aki a páciens útját végigköveti. Ellenőrzi a kezelés teljes folyamatát, a szakmai dokumentációt, a protokollok betartását. Ezzel rengeteg idő és energia takarítható meg, és ami a legfontosabb, jelentős mértékben nő a beteg életben maradási, gyógyulási esélye. A kezelés után, a kórházból elbocsátva sem kerül ki a beteg a látókörünkől, nyomon követjük állapotának alakulását, tekintve hogy az időben való kezeléshez jutáson kívül a másik kritikus kérdés a beteg elkallódása az onkológiai ellátás folyamán és azután.

– Megismerve az önkéntes módszerét a szakmában sokan elismerték, hogy hatásos lehet, ám rögtön hozzátették: szép, szép, de nem minden, onkológiai betegeket kezelő kórházban alkalmazható. Ön szerint van esély rá, hogy ennek ellenére a programjuk elterjedhet a magyar egészségügyben? Min múlhat a siker?

– A 214/2015. Kormányrendelet értelmében rákgyanús esetben a betegnek 14 napon belül biztosítani kell a CT-, MR-vizsgálat elvégzését. Ez azonban kevés a gyors és hatásos kezelés megkezdéséhez, hiszen számos egyéb, szintén hosszabb várakozást, vagyis további idővesztést okozó vizsgálat, konzílium eredményére is szükség van. A teljes diagnosztika felállítására és az onkoteam döntésének meghozataláig a mi programunkban 30 nap áll rendelkezésre, majd ezt követően 14 napon belül megkezdődik a tényleges kezelés. Ez a gyorsított eljárásrend véleményünk szerint azon onkológiai centrumokban bevezethető, ahol ehhez rendelkezésre áll a megfelelő szakmai tudás, háttér és felszereltség. Rákkalózásban Magyarország a nemzetközi statisztikák élén áll, ezért nem tűr halasztást, hogy megszűnjön az eddigi gyakorlat, az ellátó rendszerben a beteg hosszú hónapokon keresztül tartó értelmetlen „vándoroltatása”, és csökkenjen az emiatt érdemi kezelésre nem kerülő esetek száma. Sosem állítot-

tuk, hogy az általunk kidolgozott program az egyetlen hatásos és sikeres út a rákos betegek időben történő ellátásához. A progresszivitást, az onkológiai szakma által alkalmazott protokollokat sem kérdőjeleztük meg, de az szilárd meggyőződésünk, hogy az onkológiai betegellátás szervezettségén a szakmák, intézmények, ellátási szintek közötti koordináción javítani szükséges. A kaposvári modell azt mutatja, hogy a szakmák multidiszciplináris összefogásával, valós együttműködésével gyorsabban és hatékonyabban tudjuk kezelni a daganatos betegeket. A megyei, klinikai onkológiai centrumok közül sokan érdeklődnek a rendszer iránt, ugyanígy az Állami Egészségügyi Ellátó Központ is. A magunk részéről azt tartanánk optimálisnak, ha országosan elterjeszhető volna. A sikerhez kevés az informatikai rendszer telepítése vagy a diagnosztikai infrastruktúra, ahhoz az adott kórház teljes szakembergárdájának, menedzsmentjének elkötelezett közös munkája nélkülözhetetlen.

– Mostanában gyakran szó esik arról a központi tervről, hogy a kórházak gazdálkodásának felügyeletére, irányítására regionális kancellárokat neveznek ki. Tudtommal ezt a feladatot minden kórházban hozzáértő, az intézmény napi gondjait jól ismerő gazdasági menedzsment látja el, miért lenne szükség egy kancellárra is?

– Tisztázatlan még, hogy mi lesz a kancelláriarendszer feladata. 2015-ben megyei szinten próbáltuk megszervezni az adott területen működő egészségügyi fekvőbeteg-intézmények tevékenységét, meghatározni a betegutakat, de érdemi átalakítás nem történt. Somogyban elkészült a megye három kórháza által elfogadott konszenzusos átala-

kítási javaslat, azonban a betegirányítás kérdésében a megye határain működő kórházakkal nem tudunk megegyezni. A beteg érdeke az elsődleges, a betegút nem szólhat kiragadván a városi kórházak progresszivitási szintjéről, kizárólag egységesen kezelve, az alapellátástól a járőrbetegellátáson át a legmagasabb szakellátási szintig kell meghatározni. Másik alapelv, hogy a beteg valamennyi szakma tekintetében egyirányú úton kell hogy „mozogjon”, a jelenlegi, szakmánként, ellátási szintenként széttagolt betegútrendszer elmentés a beteg érdekében. Nagy kérdés, hogy a kancelláriarendszer ezen a rossz gyakorlaton mennyiben tudna változtatni, egyáltalán részt vesz-e a kapacitások és a struktúra újra elosztásában, a betegutak optimalizálásában, vagy pusztán gazdasági funkciót töltene majd be.

– Ugyancsak tervként emlegetik a krónikus és ápolási osztályok leválasztását a kórházakról. Önöket ez a terv mennyiben érintené? Kimutatható hatása lenne-e a gazdálkodásukra?

– Alapvetően egyetértek a koncepcióval. Marcaliban és Mosdóson is súlyos szakemberhiánnyal küszködünk, mindkettő részben átalakítható volna szociális ellátóhellyé. Az ilyen ellátásokra szorulók a fekvőbeteg-forgalom közel egyharmadát jelentik, jelentős ágykapacitást kötnek le, a legdrágább kórházi ellátási forma keretében. Sürgető feladat az is, hogy az ilyen típusú szolgáltatások fenntartható működési modelljét és finanszírozását meg kell teremteni, nem megfélemlítve az otthoni ellátás formáinak fejlesztéséről.

Lóránth Ida



Építőművészet – párhuzamosok találkozása a végtelenben?

Azoknak tudok jó hírt mondani, akik szeretik a rossz híreket – így kezdte előadását Ónodi-Szűcs Zoltán a február közepén tartott Önkormányzati Egészségügyi Napokon. Bár sok újdonságot az egészségügyi államtitkár nem árult el, viszont most beleállt valamennyi kérdésbe, és mint utolsó előadó a konferencia végén többekkel külön is szót váltott.

## „Szeretném emelni a béreket”

**Az** egészségügyi államtitkár előadásában több olyan tény is felsorolt, amely nemcsak a jelen, hanem a jövő ágazati helyzetét is nehezíti, így a lakosság előregedését, a betegek érdekeket felülíró intézményi érdekeket, amely az egészségügyi ellátás egyenlőtlen felhasználását eredményezi, és azt is, hogy az összes OECD ország közül egyedül Magyarországon nem csökken, sőt nő a kórházban töltött idő.

tásról beszélt, amely, mint mondta, nem lesz egyszerű feladat. Az államtitkár szavai közül egyébként az is kiderült, hogy tervezett programjához nem számíthat különösebb többletforrásra, a belső tartalékokat oszthatja újra.

Ónodi-Szűcs Zoltán megismételte azt az öt feladatot, amelyre most az egészségügyi kormányzat fókuszál: az alapellátás fejlesztése, a minimumfeltételek felül-

megtakarított összeget szét lehetne osztani az egészségügyi ágazatban.

A kancelláriarendszerrel kapcsolatban kifejtette, hogy nem „gyámságként” szeretné értelmezni az új rendszert, a cél a megyei és a korábbi térségi modell közötti méretben létrehozni egy olyan, hat-nyolc kórházat magába foglaló egységet, amelynél a lakosság érdekében optimalizálni lehet az ellátást és meg lehet szüntetni a kórházak egymás közötti háborúskodását a betegekért.

Az államtitkár szerint az ellátás minimumának szabályait még az idén átalkítják, főként a betegbiztonság szempontjai szerint. Például az is elvárás lesz, hogy adott orvosi szolgáltatás csak ott nyújtható, ahol annak adottak a feltételek és az orvosnak is van hozzá kellő gyakorlata.

A kórházi adóssággal kapcsolatban az államtitkár csak annyit mondott, hogy a tavalyi 60 milliárdos konszolidáció után idén januárban nem volt akkora a tartozás, mint az előző években. Kétségtelen azonban, hogy az adósság tovább nő, és ezen a kancelláriarendszer sem változtat. Tehát szükség lesz majd újabb konszolidációra.

A konkrét ügyekkel kapcsolatos kérdésekben, bár az államtitkár továbbra sem ígérte az alapellátásnak idén járó 10 milliárd forint azonnali átutalását, viszont az ehhez szükséges ösztönző rendszer gyors kidolgozását igen. A bürokráciacsökkentéssel kapcsolatos egészségügyi háttérintézmények beolvasztásáról Ónodi-Szűcs elmondta: az ő ízlése szerint külön kell választani a hatósági, fenntartói és finanszírozó feladatokat. Hozzátette, szeretné, ha az egészségügyi szolgáltatók közül az Országos Mentőszolgálat is az ÁEEK alá tartozna.

Az államtitkár önkritikusan azt is elmondta, hogy az egészségügy erősen érdekérvényesítő ágazat, itt egy államtitkár sem nyerhet csatát az egészségügyi dolgozókkal szemben, hiszen az eszköz – a pénz – nem nála van.

**Bernáth Bea**



Államtitkári expoze

Az államtitkár szerint is muszáj lesz emelni a béreket az egészségügyben, és minden ellenkező híreszteléssel szemben ő is szeretné ezt elérni. „Kötöttem egy alkut, elkezdtem a változtatásokat, amelyeknek az első eredményei júniusban már láthatóak lesznek.” Az államtitkár paradigmavál-

vizsgálata, a szociális ellátás leválasztása, a kancellária rendszer kidolgozása, a budapesti ellátási modell kialakítása.

Az államtitkár a szociális ellátás leválasztásánál bővebben kitért arra, hogy a határterületen körülbelül 63 milliárd forint van, amelyből a leválasztás után a

Ha megfelelő prioritással használnánk fel erőforrásainkat, máris jelentős eredményt érhetnénk el, például három évvel élhetnénk tovább, fogalmazott Rácz Jenő, a veszprémi kórház főigazgatója az Önkormányzati Egészségügyi Napok február 16-ai téli szimpóziumán.

# Az egészségügy kisebb területein sem sikerült rendet tenni

Úgy vélte, nem csak a (daganatos) betegségek okozta halálozás, de a társadalom létfenntartása szempontjából szükséges születési rátát tekintve is katasztrofális helyzetben van az ország. Az egészségügyi szükségleteket látva a prioritások közé kellene emelni az egészségügyet, ám nemhogy többet költenénk az egészségügyre, de folyamatosan csökken a forrás. Példaként hozta fel Orosz Éva professzor adatait, miszerint 1992-ben az EU 15-ök egészségügyre fordított kiadásaihoz képest mi a felét költöttük az ágazatra – ez a tetemes különbség azonban nem csökkent, sőt: 2013-ra tovább nőtt az elmaradásunk, ugyanis 36,7 százalékra esett vissza a forrás aránya.

Ha a prioritás szerinti szükségleteket nem elégítik ki, frusztráció alakul ki, s ez jelentkezik például az egészségügyben is. Példaként említette az egészségügyben dolgozókat érő agressziót, amely egyre durvábban jelenik meg, és nemcsak a verbálisan, hanem fizikálisan is. A frusztráció elérheti a politikát is, amely egyik megoldásként áthárítja a felelősséget az ellátókra, s összeurasztja az ellátás szereplőit. Ha az életet tekintjük a legfőbb prioritásnak, akkor radikális változtatásra van szükség a kormányzat részéről, szögezte le Rácz Jenő.

Elképesztő mértékű exponenciális fejlődést ment végbe radiológia területén, húsz éve pedig az informatika is meghatározó része lett a diagnosztikai területnek (képfeldolgozás, döntéstámogatás), hiszen olyan megoldások születnek, amiről korábban álmodni sem mertek, mondta prof. dr. Palkó András, a Szegedi Tudományegyetem taneszközfejlesztője.

Nem járunk messze attól, hogy a radiodiagnosztikus és a terápiás eljárások párhuzamosan, képalkotó vezérlés mellett működjenek, érzékeltette a rohamos fejlődést. Ma az UH kezd az új fonendo-szkóppá válni, és már „az ajtón kopogtat” a spektrális CT, amely alapos szöveti analí-

zist tesz lehetővé. A professzor úgy vélte, a biomarkerek szolgáltatásában van a jövője a radiológiának, ezek lehetővé teszik a nagyon objektív döntések meghozatalát a terápia tervezésében és a követésben.

A hazai viszonyokra térve beszélt az elavult gépek cseréjéről (ezzel a készülékszámot lakosságárányosan nem növelték meg látványosan, miközben az OECD átlaghoz képest igencsak hátul állunk), és hiányolta, hogy a döntésekben nem kérdezték meg a szakmát arról, milyen minőségű, milyen tudású készülékek szükségesek egy-egy városi, megyei kórházban vagy egyetemi klinikán. Ennek tudható be, hogy indokolatlanul magas tudású és drága gépeket telepítettek egyes városi kórházakba, amelyeknek működtetését most próbálják megtanulni az ott dolgozók.

Bár a statisztikák szerint elegendő számú magyar radiológus van az OECD-höz viszonyítva, és a számok alapján nem lehet szakemberhiányról beszélni, ám a valóság egészen más, mint a statisztika. Csak egyötödük ugyanis az, aki minden szempontból megfelel, vagyis itthon dolgozik, nem nyugdíjas korú (bármikor felállhat a székéből), kellően képzett, illetve megfelelő helyen alkalmazták, tette hozzá. Mindemellett nagyok a földrajzi és terhelésbeli aránytalanságok is. Van megoldás a helyzetre, de ehhez együttes erőfeszítésre van szükség, beleértve a szakma mellett a politikát is, mert ellenkező esetben a radiológia továbbra is egy szűk keresztmetszet maradhat, amely lelassítja a klinikai területek tevékenységét, s ronthatja a minőségét. Nyilván pénzt kell beletenni, meg kell teremteni a teleradiológia feltételeit, és meg kell becsülni a hazai szakembereket, különben nem itthon fognak dolgozni, összegezte az elvárásokat.

A nagy ellátórendszer problémáit sem tudjuk megoldani, nemhogy egy kicsit szeletét, például a labor diagnosztikát, kezdte előadását Svébis Mihály, a kecskeméti kórház főigazgatója, a Kórházszövetség jelölt

elnöke. Nincs megfelelő súllyal kezelve a labor diagnosztikai szolgáltatás a betegellátásban, ráadásul a vizsgálatok igénylésének több mint kétharmada kívülről érkezik. Nem tartaná ördögtől valónak, ha a háziorvosok fejkvótát kapnának a betegek után, és keret túllépése esetén fizetőssé válna a labor diagnosztika.

A mára kritikusá váló helyzet egyik előzménye, hogy a laborkasszákat 2002-től zárttá tették, majd 2006-tól ezen a területen is belépett a TVK (a lebegő díjtétel 0,21-0,30 forint/pont). A kórházak nem kapnak a labor diagnosztikára külön finanszírozást, elvileg a HBCs két százaléka szolgálja ezt a célt. Éves szinten közel 33 milliárd pont a laborteljesítmény, míg a TVK alig haladja meg a 9 milliárd pontot, azaz a teljes igény egyharmadát sem. Így lehet az, hogy például emiatt évente 130-150 millió forint vesztesége van a kecskeméti megyei kórháznak, tette hozzá.

Az úgynevezett PCR „alkasszából” finanszírozzák a genetikai, mikrobiológiai, patológiai vizsgálatokat. Az igény exponenciálisan emelkedik a célzott terápiák megjelenésével, míg az 1,2-1,5 milliárd forintos kasszakeret márciusra elfogy. Ha kiürül a kassza, nem végeznek több vizsgálatot, mert semmilyen térítést nem kapnak érte.

A labor diagnosztika területén meg kellene határozni az elszámolható vizsgálatok körét, és szigorítani kellene ismételtetés szabályokat, sorolta javaslatát dr. Svébis Mihály, aki szerint legalább ennyire fontos a komplex (betegség-specifikus) OENO-k bevezetése, a háziorvosok beutalási gyakorlatának korlátozása, s egyáltalán: az igénybevételei gyakorlat megváltoztatása. Beszélt arról is, hogy a kérdéssel foglalkozik egy bizottság (amelynek ő maga is tagja), és szeretnének változásokat elérni, és azt, hogy a laborfinanszírozás emelkedjen, de egyelőre nem értek célta.

Sándor Judit

Bár forráshiánnyal küszködnek az intézmények, a kórházvezetők prioritásként kezelik a betegellátás érdekeit, s ezt nem írja felül a gazdasági egyensúly fenntartása sem dr. Velkey György szerint.

# Állandó kihívások a kórházvezetők előtt



Dr. Velkey György

A relatíve kevés forrás ellenére és rengeteg kompromisszummal az egészségügy működik, sok egyéni erőfeszítés és gyakran önkiszákmányolásnak köszönhetően, sőt kicsit javult is az egészségi állapot és az ellátással kapcsolatos elégedettség az OECD adatai szerint. Minderre dr. Velkey György, a Magyar Kórhákszövetség elnöke hívta fel a figyelmet egy szakmai fórumon, amelyet a Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság (MSOTKE) hívott össze január 27-én. Mint az MSOTKE elnöke, dr. Berényi Tamás jelezte, súlyos beteg az egészségügy, nagy szükség van a szakma együttgondolkodására, amit többek között az interdiszciplináris fórum is igyekszik szolgálni. A Kórhákszövetség elnöke az intézmények, a kórházi menedzsmentek szemszögéből adott átfogó képet. Mivel a kórházak végzik nagy volumenben az ellátásokat, így az intézmények szintjén realizálódik leginkább az ellátás fenntarthatóságának felelőssége – érzékeltette, milyen nagy a kórházmenedzsment felelőssége abban, hogy a meglévő szűkös erőforrásokkal miként gazdálkodik, milyen módon tudja mobilizálni azokat a rendszer működése érdekében.

Hangsúlyozta, hogy mindannyian ismerjük a magyar szükségletet: borzasztóan rossz az egészségi állapot, magas a dagasztos halálozás, az elvesztegetett egészséges életévekben még a közvetlen szomszédaink, Csehország, Szlovákia is jóval megelőznek, de jelentős a lemaradásunk a V4-ekhez ké-

pest is. Az általánosan rossz egészségi állapot miatt nagyon nagy a nyomás az ellátórendszeren, tette hozzá. Fontos cél, hogy a megelőzés, az egészségügyi kultúraváltás kisebb ráfordítással eredményhez vezethet, ám aktuálisan a gyógyítás és az ápolás az intézmények kezében van, nekik kell mindennap megbirkózniuk a rájuk nehezedő nyomással. A rendszerben történő beavatkozások csak hosszabb távon mérhetőek, években, de inkább évtizedekben tudnak eredményt hozni a betegségstatisztikákban, messze átívelnek a politikai ciklusokon – ennek is tulajdonítja az egészségügyet érintő politikai magatartást.

Velkey szembeszállt azokkal a véleményekkel, amelyek szerint túlburjánzott volna nálunk a kórházi ellátás, a szomszédokhoz viszonyítva a kórházi felvételek aránya nem tekinthető magasnak, ráadásul bele kell kalkulálni a rossz egészségi állapotot. Az viszonyt tény, hogy nálunk a leghosszabb a hospitalizáció. Éppen ezért véleménye szerint nagyon fontos beavatkozási pont az egészségügyi és szociális terület szétválasztása. Megjegyezte: nem gondolja, hogy bővíteni kellene a kórházi rendszert, és tény, hogy rengeteg a strukturális hiba is, de nem szabad azt gondolni, hogy az átalakítása lenne a csodafegyver. Hivatkozott a Jó Állam Jelentésére, amely szintén megmutatja, hogy a GDP arányában csökkent az egészségügyre fordított kiadás, és jelzi, hogy a források csökkentése kritikus irányba sodorja az ellá-



Dózsa Csaba

tórendszert. Mindez többek között az adósságállomány növekedésében jelentkezik, és a működést jelentősen korlátozza, mert kiszolgáltatott helyzetben kell az intézményeknek gazdálkodniuk. Bár forráshiánnyal küszködnek az intézmények, a kórházvezetők prioritásként kezelik a betegellátás érdekeit, és ezt nem írja felül a gazdasági egyensúly fenntartása sem. A hatékonyságnövelési utakat már jórészt bejárták, de valójában a problémát megoldani nem tudják. Két évre visszatekintve jól látszik, hogy a lejárt adósság menedzsereszerűen havonta átlagosan 3,1 milliárd forinttal növekszik.

Az ellátórendszer másik nagy rendezetlen kérdése az emberi erőforrás. A közellátásban bértábla szerint fizetést kapó alkalmazottak kiszolgáltatottak, az ágazati nettó kereset méltánytalanul alacsony a nemzetgazdasági átlagkeresethez képest. Az ápolók fele, kétharmada kényszerül arra, hogy másodállásokat vállaljon a megélhetése érdekében, így nehéz motiválni és pályára állítani új ápolókat. A leginkább megtartó erő a munkatársi közösség, ami az egészségügy humán jellegét igazolja Velkey szerint, úgy vélte, ez fontos menedzsmenti hozzáállásra is rámutat. Miután nincs kiszámítható, a feladatra koncentráltó életpályamodell, a menedzsment dolga és felelőssége, hogy engedje azokat a kompromisszumokat, amelyek egérutat biztosítanak ahhoz, hogy működjön a rendszer.

A kórházvezetők egykor medikusként „a beteg üdve a legfőbb törvény” elve szerint szocializálódtak az egyetemeken, ugyanakkor a közgazdaság felülírja ezt a mentalitást, és a vitában nincs közeledés az álláspontok között, mindenki a saját véleményét szajkózza. Muszáj pedig igazságot tenni, politikai prioritást megfogalmazni, szögezte le a Kórhákszövetség elnöke. „Úgy állunk, hogy innen már csak nyerni lehet”, fogalmazott dr. Dózsa Csaba, a META elnöke. Mint mondta, csak ahhoz, hogy a szlovákokat utolérjük az egészségügyben, 300 milliárd forinttal többet kellene egészségügyre fordítania a magyar kormánynak. Úgy vélte, forrást programokra lehet az államtól szerezni, ehhez pedig adatokat, tényeket kell a döntéshozók elé tárni.

Sándor Judit



Az ágazat vezetése nem tud kilábalni a kárelhárítási tevékenységből, a kórházi menedzsment pedig az ígéretek ellenére nem kapta vissza autonómiáját, fogalmazott dr. Sinkó Eszter egy szakmai fórumon.

# Bizonytalan irányítás, korlátozott kórházvezetők?

Nagyfokú elbizonytalanodáshoz vezetnek az állandósult és kiszámíthatatlan változások (államosítás, kényszernyugdíjazás, bürokráciacsökkentés) az egészségügy irányításában, ráadásul ezek a változások kívülről érkeznek és nem előzi meg őket semmiféle szakmai konzultáció. Mindez oda vezet, hogy az ágazat vezetése kénytelen állandóan kárelhárítással foglalkozni – fogalmazott dr. Sinkó Eszter egészségügyi közgazdász, az Egészségügyi Menedzserképző Központ igazgatóhelyettese az IME XI. Regionális Egészségügyi Konferenciáján február 11-jén. A szakember szerint eljuthat az ágazat az oktatáshoz hasonló helyzethez, amikor is maga a kormány kénytelen elismerni, hogy „túltölták” a biciklit. Jó lenne ezt a helyzetet mindenképpen megelőzni, tette hozzá.

Az ágazatvezetésnek üzenve elmondta, hogy stratégia nélkül nem megy, s bár Ónodi-Szűcs Zoltán államtitkár megjelölte azt az öt területet, ahol változtatni kíván, a programját továbbra sem ismerhetjük. Arról is beszélt, hogy nem kell dugdosni a kórházakról szóló ÁNTSZ-jelentést, sőt: közzé kell tenni megfelelő értelmezéssel, és ezzel is bebizonyítani, hogy több forrás kell az egészségügynek. Nem a kormányzat szorul védelemre, hanem az ágazat, szögezte le.

Az intézményfenntartó ÁEEK-et továbbra is passzivitás jellemzi, nem pontosítja kellőképpen, mit is vár el a kórházi menedzsmenttől, ugyanakkor a kórházvezetők továbbra sem élvezhetnek autonómiát, bár Zombor Gábor korábbi államtitkár megígérte nekik, emlékeztetett dr. Sinkó Eszter. Szerinte a politikusok tre-

hálnak és lustának tartják az intézmények vezetőit, akik nem foglalkoznak érdemi kérdésekkel, s nem akadályozzák meg az adósság újratermelődését. Ebből aztán



Dr. Sinkó Eszter

több hibás politikai döntés is fakad Sinkó szerint, pedig nincs abban semmi meglepő, hogy az adósság újratermelődik, hiszen az elégtelen finanszírozás miatt bele van kódolva a rendszerbe. Az intézmények nehezen tudnak létezni a merev költségvetési intézményi formában, és leginkább társasági formában szeretnének működni. Az egészségügyi közgazdász szerint a ka-

pacitások túldimenzionáltak, 69 ezer ágy van az ellátásban, amelyből 42 ezer akut. Hozzátette: van mit leadni a szociális szférának, ám véleménye szerint nagy megtakarítás nem várható, ám a tisztább viszonyok jó hatással lehetnek mindenkire, bár a megegyezés nem lesz egyszerű.

A minimumfeltételek ebben a formában betarthatatlannak, különösen HR-vonalon, de nem lehet lecserélni a rendeletet addig, amíg nincs új. Sokat segíthet addig is, ha sikerül a leltárszerűségüket megszüntetni, és kivenni néhány abszurd elvárást.

Sohasem elég a tervezett forrás az ágazatban, tavaly például 106 milliárd forinttal kellett megtoldani az előirányzatot, ami bizonyítja, hogy több pénz kell az ágazatnak. Számítások szerint tavaly a GDP 4,3-4,4 százalékát költötte a kormányzat egészségügyi közkiadásokra, ugyanakkor ez az arány 2005-2006-ban 5,2 százalék volt. Nem véletlen, hogy mind a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal, mind a ReSzaSz szorgalmazza többletforrást, méghozzá hasonló nagyságrendben: 500-600 milliárd forintot látnak szükségesnek.

Az azonnali teendők közé sorolta a HBCs 20 százalékos emelését, és óva intett attól,

hogy idén ne adjanak béremelést az egészségügyben. Dr. Sinkó Eszter bízik abban, hogy férfias lendülettel lesz képes rendet vágni az új államtitkár, és reméli, hogy Ónodinak is sikerül az új oktatási államtitkárhoz hasonlóan tiszteletet kivívnia a döntéshozók körében.

Sándor Judit

Az év végén megítélt forrás jól jött a járóbeteg-szakellátóknak, ám elodázhatatlan a finanszírozás korrekciója, a befagyott alaplaj emelése, a TVK módosítása a szakellátási szövetség szerint.

# Ezúttal a járóbeteg-ellátóknak is jutott a kasszasöprésből

Visszaköszönt néhány gondolat a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség tavalyi állásfoglalásából abban a tájékoztatóban, amelyet az OEP tett közzé az év végi kasszasöprés ismertetésekor. Ilyen például, hogy az egészségügyi ellátásokat a betegek által könnyebben elérhető és egyben hatékonyabb forrásfelhasználást lehetővé tevő járóbeteg-szakellátás irányába tereljék, és erre az ellátást végző szolgáltatókat is ösztönözzék. Minderről dr. Polák László, a szövetség jelölt elnöke beszélt az Önkormányzati Egészségügyi napok téli, február 16-án rendezett szimpóziumán. Tavaly év végén a járóbeteg-szakellátás 4,7 milliárd forintot kapott, amelynek egy negyed része jutott az önálló intézeteknek – összeget a járóbeteg-szakellátás fejlesztésére kívánják fordítani. Mindenképpen nagyon pozitívan értékeli a szövetség a lépést, hiszen a kasszasöprésből több éve nem részesültek, ám nem teljesen optimisták, mert a folytatást egyelőre nem látják, tette hozzá.

Számokkal mutatta be, hogyan áll a rendszer: OEP-finanszírozásban részesülő önálló szakellátóként 306 intézmény működik, ebből 89 az önkormányzati – Budapesten 17, vidéken 72 – és 217 a változó méretű egyéb járó intézmények száma. Ez is mutatja, jegyezte meg, hogy az önálló járóbeteg-ellátás nem Budapest specifikus. Az aktív fekvőbeteg-ellátóhoz integráltan 93 járó szakellátó működik. Egynapos sebészetet 82 intézményben végeznek, ebből 44 önálló. A rendelőintézetekben 70 millió orvos-beteg találkozás történik évente – ismertette az OEP adatai alapján.

Fontos lenne sort keríteni a finanszírozás korrekciójára. Befagyott az alaplaj, most már 2,2-2,3 forintra lenne szükségük pontonként (öt éve változatlan a forint/pontérték). A szakellátásoknál több mint tizenkét éve van érvényben a beavatkozási teljesítményekre alkalmazott volumenkorlát (TVK), amely aránytalan az ellátandó lakosság számához és szakorvosi óraszámhoz viszonyítottan. A labor diagnosztikai vizsgálatoknál a teljesítmények több mint kétharmadáért csupán

az alaplaj 13 százalékát kapják a szolgáltatók. Öt évvel ezelőtt 30 fillér volt a lebegő forint/pontérték, most már csak 20 fillér – sorolta, miért is elégtelen a forrásoldal. Ugyanakkor folyamatosan nőnek a terhek, hiszen évente rendszeresen emelik a minimálbért és a garantált bérminimumot, a közalkalmazotti bértábla szerint is vannak emelkedése, és a szerződéses jogviszonyban foglalkoztatottak



Polák László

óradíj igénye is egyre nő, s nem tudják, hogy 2016 júliusától miből finanszírozzák a nyugdíj mellett dolgozók jövedelmét. A szakmai kódrendszer revíziója sem maradhat el, szögezte le a jelölt elnök.

A rendelőkben a várakozási idővel kapcsolatban elmondta: nemcsak szervezési kérdés a várakozási, előjegyzési idők csökkentése, hanem finanszírozás kérdése is, hogy rendelkezésre álljon az orvos, a szakmai anyag, az orvostechonikai eszköz, tette hozzá.

Beszélt arról is, hogy január közepén találkoztak a szövetség vezetői dr. Ónodi-Szűcs Zoltán államtitkárral. A megbeszélést előremutatónak és pozitívnak értékelték mindannyian, és kérték az ágazatvezetőt, hogy a következő kasszasöprésekben is rendszeresen részesülhessenek a járóbeteg-szak-

ellátók. Jelezték azt is, hogy szeretnék elérni: az önálló intézményeknek is legyen lehetőségük az egynapos sebészeti (ES) ellátások TVK-jának feloldására, és legalább lebegő forint/pont értékben szeretnének finanszírozást kapni az ES-beavatkozásokért. Ennek kapcsán dr. Polák László elmondta, hogy a járóbeteg-ellátóknál végzett 16 ezer ES-beavatkozásból mindössze 23 esetben volt szükség további kórházi ellátásra.

Röviden ismertette, milyen eredményeket hozott a lakossági konzultáció a járóbeteg-szakellátásról, amelyet kérdőíves módszerrel végeztek tavaly a szövetség döntése alapján. A válaszadók fontosnak tartották, hogy magasan képzett háziorvosuk legyen (67 százalék), valamint azt, hogy lakóhelyük közelében legyen szakrendelő, gondozói hálózat. A kórházi ellátás közelsége kevésbé volt kiemelten fontos (36 százalék). A nagy többség (82 százalék) úgy vélte, hogy az állami forrásokból finanszírozott egészségügyi ellátás jelent biztonságot számára. Kiemelkedően sokan (96 százalék) állították, hogy fontos számukra a járóbetegként történő kivizsgálás, hogy emiatt ne kelljen kórházba feküdniük. Még fontosabbnak tartották (97 százalék) azt, hogy ne kelljen messzire utazniuk a szakorvosi szolgáltatások igénybevétele miatt. Szintén ugyanilyen fontosnak ítélték gyógyulásuk szempontjából azt, hogy a háziorvosuk és a szakrendelés orvosai eredményesen tudjanak együttműködni.

A szövetség következtetéseket vont le a válaszok értékelésekor. Eszerint a járóbeteg-ellátás hatékonyan tudja támogatni az alapellátást, és ezzel együtt fontos a két ellátás közötti eredményes együttműködés. A kórházak „bedugulnának” a járó-szakellátási szint hiányában, ugyanis a kórházi orvosoknak kevesebb idejük jut együttműködni az alapellátással. A betegek megbíznak a járó-szakellátás orvosában, mindössze a megkérdezettek 10-12 százaléka állította azt, hogy csak a kórházi orvosokban és felszerelésben bízik, ezért inkább kórházban kíván gyógyulni.

Sándor Judit

2016 az innováció éve a Greiner Bio-One cégcsoportnál. Ezen belül is a legnagyobb kihívások az analitikai folyamatok területén, a biztonságos betegkezelés és elemzés témakörén belül csúcsonak ki, amelyre megoldásként egy olyan új eHealth rendszer bevezetésével reagált a vállalat, amely bátran mondhatjuk, hogy forradalmasíthatja az egészségügyi laboratóriumi adminisztrációt.

# eHealth Technology – Forradalmi digitalizáció az e-egészségügyben

A mindenkori orvoslásban egyre fontosabb szerephez jut a betegségek diagnosztizálása és kezelése mellett az egészségügyi dolgozók biztonságának, ezáltal egészségének megőrzése, továbbá az objektív laboratóriumi vizsgálatok biztosítása. Ez utóbbira nyújt egy igazán innovatív megoldást a Greiner Bio-One cégcsoport laboratóriumi vizsgálatokat támogató Greiner eHealth Technologies (GeT) névre hallgató rendszercsomagja.

A beépített biztonsági és védelmi mechanizmusokkal ellátott vérévelési eszközök gyártásáról is ismert vállalat a laboratóriumi szolgáltatások támogatására hozta létre az eHealth rendszert, amely a páciens vérévelés során szükséges beazonosításától, a laboreredményt a laborvizsgálatok kérését orvos számítógépén megjeleníthető eredményig kíséri végig a folyamatot a rajta futó alkalmazások segítségével. A betegkezelés és a laboratóriumi vizsgálatok adminisztrációját gyakorlatilag teljes mértékben online platformra terelő program egy igazán újszerű és a biztonságot garantáló eleme az egész egészségügyet átíró digitalizációs folyamatnak.

Az eHealth felépítése lehetőséget biztosít a korábbi adminisztrációs folyamatok leegyszerűsítésére, az adatok to-

vábbítására, valamint az emberi hibák kiküszöbölésére egyaránt. A több modulból álló rendszer a vérévelés pillanatában, a páciens azonosító vonalkóddal alapul véve kíséri végig az analízis teljes folyamatát, rögzítve és visszako-

resztelők a korábbi beteg adatok, eredmények, lehetővé válik a hatékony, innovatív mintakezelés, dokumentálás. Egyszerre több minta könnyű kezelése válik lehetővé anélkül, hogy a minták keveredésétől tartanunk kellene.

Emellett a rendszeren futó alkalmazások használata egyszerűbbé teszi a vizsgálati igények leadását, az eredmények leválogatását valamint archiválását, mind a két végfelhasználói ponton.

A modern információs rendszerek lényegesen hozzájárulnak a laboratóriumi folyamatok áramvonalassá tételéhez és a hatékonyság javításához. Erre jelent megoldást a Greiner által kifejlesztett eHealth koncepció.

A Greiner Bio-One korán felismerte ezt a trendet, és az elmúlt években intenzíven dolgozott az intelligens, preanalitikai eljárások optimalizálását szolgáló eHealth rendszer kifejlesztésén. Az eHealth rendszeren futó alkalmazás a Vacuette gyári vonalkódos vérévelési csövekkel használva javítja a biztonságot, miközben csökkenti a költségeket.

A vállalat a Greiner filozófia alapján olyan értékeket tart szem előtt, mint biztonság, a bizalom, a növekedés, a fenntarthatóság, az emberi értékek, a felelősség, a tisztesség és a nyitottság.



vethetővé téve minden elemet, kiküszöbölve a tévedés lehetőségét, a biztonságot és a minőséget egyaránt garantálva. A preanalitikai hibák aránya a 70 százalékot is elérheti az összes laboratóriumi hiba körében. A gyárilag vonalkóddal ellátott Vacuette vérévelési csövek és a GeT szoftver rendszer használata megoldás mindezen problémákra.

A vonalkódos azonosításon alapuló rendszer használatával bármikor visszake-



Dr. Jákó Kinga, az Országos Vérellátó Szolgálat főigazgatója a Magyar Kórházzövetség XXVIII. kongresszusán ismét átadja az Egyensúly Díjat a legjobb partnerkórháznak.

# Vitam et Sanguinem!

**K**evés latin mondás égett be olyan mélyen a magyar közgondolkodásba, mint ez a 275 évvel ezelőtt elhangzott mondat. Akkor őseink, 11 huszárezred háborúba küldésével megmentették Mária Terézia királynőt és a birodalmat. Az elmúlt 65 évben ez mondat már mást (is) jelent, magyarok tízezrei adnak vért, térítésmentesen, hogy beteg embertársaik életét, egészségét megmentse.

– Közel két éve vezeti az OVSZ-t. Korábban a médiumokban gyakran hallottunk vérhiányról, az elmúlt időszakban ezek száma csökkent.

– A vér kevesebb, mint korábban volt, de az általunk bevezetett monitorozási rendszer, amelynek segítségével követni tudjuk a kórházak igényeit, a vér útját, felhasználását, sokat segített. Már nem egymásra mutogató felek vagyunk a felhasználó intézetekkel, hanem együttműködő partnerek. A betegek legjobb ellátása közös feladatunk, és ebben állandóan a megoldást kell keressük, és nem a problémát. Ez a megközelítés a kórházak kommunikációján is nagyot változtatott. Konszenzusra kell jussunk a betegek érdekében, ez jelenti a legnagyobb változást közös munkánkban.

– Mit jelent ez a gyakorlatban?

– Van olyan időszak, amikor véradóhiány van. Az OVSZ 24 óra alatt rendelkezésre tudja bocsájtani a levett vért, de a donorok szervezése közös ügyünk. Emiatt nagy figyelmet kell fordítanunk a médiumok pozicionálására, hiszen a kórházakkal egy oldalon állunk. Ezt felismerve nagyságrendekkel csökkent a nyilvános vita, és sokat javult a probléma megoldását segítő kommunikáció. A viták helyett a kórházak „beszállnak” az irányított véradás szervezésébe és a donorokat szervező kampányokba. A kórházak környezetében élők számára a véradás szükségessége egyértelmű, ha azt érzékelik, hogy ismerőseik, lakótársaik ellátásához kell vért adni, és ők is számíthatnak erre, ha szükségük lehet rá. Nem ritka, hogy meghívunk a helyi tv-stúdiókba, hogy beszéljünk a véradás fontosságáról, lehetőségeiről, és ezeket mindig nagy örömmel

teljesítjük. Ugyancsak szorosan együttműködünk a kórházakkal a tervezett műtétek vérszükségletének biztosításában.

– Hogyan zajlik ez az együttműködés?

– Az egyik technika szerint a nagy vérigényű műtétekre kiválasztjuk a megfelelő típusú és tervezett mennyiségű vért. Ebből csak a valóban szükséges mennyiséget viszik el, kb. 20% tartalékban marad. Ez or-



Dr. Jákó Kinga

szágos szinten már igen jelentős mennyiség. A másik lehetőség, hogy egyre több kórház kapcsolódik közvetlenül az informatikai rendszerünkhöz, és az intézeti vérdepóban olyan biztonsági rendszert üzemeltetnek, amellyel a fel nem használt vért vissza tudjuk vásárolni, és más intézmények rendelkezésre bocsátjuk. Itt még vannak fejlesztési lehetőségek, tartalékok, ezek kiaknázásán dolgozunk. E rendszer működését folyamatosan figyeljük, ez olyan fontos, hogy én is folyamatosan nézem és követem a vérkészlet és vérfelhasználás folyamatait. Napjainkra már igen sok érdekes információ gyűlt össze. Meglepő különbségek vannak egyes szakterületeken belül, de egyes intézmények között is, a vérfelhasználás mértékében. Ennek okait érdemes a kórházak vezetőivel együtt megvizsgálnunk, értékelnünk, és közösen

változtatni a szakmai folyamatokon. Ezért is keresem fel sorban az ország kórházait, és kezdeményezem az együttműködés elmélyítését, kölcsönös szakmai érdekeink mentén.

– Vezetőként nehéz volt az elmúlt két év?

– Nagyon nehéz egy olyan rendszer átvenni és irányítani, amelyben a változtatási hevületet takarékra kell állítani, mert ez egy robusztus rendszer, és csak nagyon óvatosan szabad alakítani, mert nagyot lehet bukni, ha valami nem jól sikerül. Nagy szervezet: 1300 dolgozó, 23 telephely, közel 15 milliárd Ft éves költségvetés. Költségeink 90%-át saját bevételből teremtjük meg, az állami költségvetési támogatás 1,6 milliárd Ft. Nagyon sok munka kell ahhoz, mindannyiunk részéről, hogy a működésünk egyensúlya biztonságos legyen.

– Melyek a legfőbb gondjai?

– A dolgozók korfája és a donorok korfája! Mindkettő egyre jobban idősödik. Ez szabja meg a stratégiai feladataimat is. Olyan „brand”-et kell felépítenem, hogy az OVSZ vonzó és jó munkahely legyen a fiatalok számára is. A donorok szervezésében meg kell találnunk a XXI. században hatásos és szükséges módszereket, hogy a fiatalok is tudják, érezzék, nekik is részt kell venni a véradásban, mint nagyon fontos közösségi feladatban. Ehhez fel kell használnunk a XXI. századi technika minden vívmányát, beleértve a tömegkommunikáció összes eszközeit.

– Milyen fontos feladata lesz a következő napokban?

– A Magyar Kórházzövetség XXVIII. kongresszusán ismét át szeretném adni az OVSZ által alapított Egyensúly Díjat annak a kórháznak, és képviselőként annak a főigazgatónak, amely az elmúlt évben az igényelt vérmennyiséghez képest a legtöbb véradást szervezte. Ki szeretném fejezni a köszönetünket, és kérem a többieket, kövessék a jó példákat.

**Dr. Szepesi András**

# A 2015. évi magyarországi szervdonációs és szervtranszplantációs adatokról

**Az** OVSZ a donort jelentő kórházaktól és a transzplantációs centrumoktól független szervezetként koordinálja a hazai szervdonációs riadókat. Ennek érdekében működteti a Szervkoordinációs Irodát, és azon keresztül a koordinátori hálózatot.

Az OVSZ 236 donorjelentésből 178 szervkivételi riadót koordinált, amelyek során 562 szervkivétel történt. Az OVSZ az Eurotransplant magyarországi szerződő partnere, ennek megfelelően koordinálja a nemzetközi szervcseréket. 2015-ben 705 szervfelajánlás érkezett az Eurotransplantból magyar beteg részére, miközben Magyarország 696 magyar donorszervet ajánlott fel.

Az OVSZ végzi az összes szervdonációhoz kapcsolódó szállítási feladat ellátását és a légi szállítások szervezését. 2015-ben 1064 szervdonációs földi szállítási feladat során 255 ezer km-t futottak az OVSZ gépjárművek, míg légi szállítást 85 alkalommal kellett igénybe venni.

Az OVSZ végzi az összes szervdonációhoz kapcsolódó vércsoport-szerológiai, immunogenetikai és vírusszerológiai vizsgálatot. A tavalyi év során 496 donor és 497 recipiens vércsoport-szerológiai, 2484 komplex immunológiai (20 835 vizsgálat), valamint szervdonoroknál 273 vírusszerológiai kivizsgálás történt az OVSZ laboratóriumaiban.

Az OVSZ működteti a központi transzplantációs várólistákat, amelynek érdekében Transzplantációs Bizottságok közreműködését veszi igénybe. 2015-ben 613 új beteg került várólistára.

Az OVSZ nyilvántartást vezet a transzplantációs központok tevékenységeiről, amely az élő és elhalálozott donorok összesített számát, valamint a kivett és átültetett, vagy más módon ártalmatlanított szervek fajtáit és mennyiségét tartalmazza. Ezen tevékenységekről évente jelentést készít, és azt közzéteszi az alábbiak szerint.

– Magyarországon 2015-ben jelentősen emelkedett a májátültetések száma (89 májtranszplantáció a Semmelweis

Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikán).

- A veseátültetések száma 26%-kal emelkedett a Debreceni Egyetem, Klinikai Központ, Sebészeti Intézet Transzplantációs Tanszékén (63 vesetranszplantáció).
- 2015-ben elvégezték az első tüdőátültetést Magyarországon, a budapesti Semmelweis Egyetem Mellkasebészeti Klinikáján.

## Szervadományozás Magyarországon 2015-ben

Hazánkban elhunytból (dobogó szívű agyhalottból) és bizonyos szervek esetében élődonorból történhet és történik transzplantációs célú szervkivétel.

## Elhunytból történő szervadományozás 2015-ben

49 kórházból érkezett 236 potenciális donorról jelentés az OVSZ, Szervkoordinációs Iroda donorjelentő zöldszáma. Ezen esetek közül végül 178 megvalósult donáció történt 44 kórházban. 178 donorból 562 szerv került eltávolításra, vagyis egy donorból átlagosan 3,16 szervet távolítottak el átültetés céljából. 2015-ben a legtöbb donorjelentés (19 eset) Miskolcra, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórházból érkezett, és itt történt a legtöbb megvalósult szervdonáció elhunytból, 14 alkalommal. Amennyiben a megyei donációs adatokat egymillió lakosra számítjuk, össze tudjuk hasonlítani a különböző népességű területek aktivitását. Ki kell emelni Heves Megye aktivitását, ahol 33,2 donor jut egymillió lakosra. Az agyhalálhoz vezető diagnózisok hátterében agyi érkatasztófa áll az esetek 72%-ában, és 21%-os arányt képvisel a koponya trauma, illetve másodlagos agykárosodás 7%-os gyakorisággal fordult elő.

## Élődonoros szervadományozás 2015-ben Magyarországon

Minden veseátültetést végző egyetemi központban elérhető az élődonoros vese-

átültetés. Budapest (20), Debrecen (5), Pécs (7) és Szeged (8) összesen 40 élődonoros veseátültetést végzett. Az élődonorok aránya 18,35% az összes magyar szervdonor között.

## Szervátültetések Magyarországon 2015-ben

457 szervátültetés történt elhunyt donorból származó szerv beültetésével, amelyet további 40 élődonoros veseátültetéssel kell kiegészíteni, vagyis összesen 497 szervtranszplantációt végeztek tavaly.

A négy egyetemi centrumban 343 vését ültettek be. Az élődonoros transzplantációk aránya 11,67% az összes veseátültetés között.

89 májátültetés és 51 szívátültetés történt, míg 13 kombinált vese- és hasnyálmirigy transzplantációt végeztek. Az első magyarországi tüdőátültetés mellett 21 magyar recipiens kapott új tüdőt Bécsben az év során.

## Magyarországi szervátültetések az Eurotransplant együttműködés keretei között

2015-ben 73 vese, 20 máj, 9 szív, tehát összesen 102 donorszerv beültetése történt meg Magyarországon, Eurotransplantból érkezett szerv felhasználásával.

## Szervtranszplantációs várólisták Magyarországon

2015 utolsó napján a választható betegek száma a szervenkénti transzplantációs várólistákon:

- 739 beteg vesetranszplantációs várólistán,
- 111 beteg májtranszplantációs várólistán,
- 40 beteg szívtranszplantációs várólistán,
- 11 beteg kombinált vese- és hasnyálmirigy várólistán
- 9 beteg tüdőtranszplantációs várólistán.

Interjú Dr. Pásztohai Sándor vezérigazgatóval és Ignácz Mónika vezérigazgató-helyettessel.

# GlobeNet Zrt. – folyamatos lendülettel

– Az egészségügyi informatikai piacon Ön elismert, sikeres szereplő. Mikor lett a GlobeNet vezérigazgatója?

– Több mint 10 éves múlttal rendelkezem ezen a területen, számos egészségügyi informatikai megoldásszállítónál szereztem már tapasztalatot, ezért nyugodtan mondhatom, hogy végre megérkeztem. 2016 januárjától töltöm be a GlobeNetnél ezt a státuszt, előtte a cég tulajdonosának másik leányvállalatában tevékenykedtem, az egészségügyi informatika területén. Eredményeim közt szerepel például a 2014-ben az ASSECO CE által megnyert OEP EKOP tender, amit mind kereskedelmileg, mind szakmai megvalósításban már a GlobeNet-tel közösen vittünk sikerre. Másik közös projektünk a piacon csak „Svájci projekt” néven ismert alapellátási területre készülő szoftverfejlesztés, amelyet 2015 év végén nyertünk meg. Ismeretségünk Mónival már a kezdetekre visszanyúl, és a közös munkák megerősítették, hogy jól kiegészítjük egymást, és jól tudunk együtt dolgozni.

– Hogyan látják 2016-ban a GlobeNet-et?

– A cég sok szervezetet érintő változáson ment keresztül, amióta az ASSECO CE cégcsoport tagja lett, és ezek mind a hatékonyságát növelték. A GlobeNet ma már stabil pénzügyi alapokon áll, megbízható üzleti vállalkozás, amely 2015-ben elérte az 1,3 Mrd-os árbevételt. Jelenleg 60 munkavállalóval dolgozunk, a szervezet jól strukturált, minden területnek megvannak a maga keretei és kompetenciái. A szervezet nagyfokú önállósággal tud működni, és azt az elvet valljuk a csapatban, amit „az egy csónakban, egy cél felé húzzuk az evezőt” képpel lehet jól érzékeltetni. Stabil hátterünkből adódó pénzügyi és humán erőforrásainknak köszönhetően felelősen vállalunk fel olyan projekteket, amikről tudjuk, hogy megvalósításuk során megbízhatóan fogunk teljesíteni. Ez lehetőséget biztosít arra, hogy a GlobeNet ne „csak” kórházinformatikai rendszerszállító cégeként legyen ismert, hanem mint komplex egészségügyi megoldásszállító legyen

a köztudatban. Ehhez az elmúlt évek sikerei megeremtették az alapot, lendületben van a cég, ezzel a meggyőződéssel optimistán tekintünk a jövőre.

informatikai rendszerének megvalósítása, amely az ország vizeinek minőségellenőrzését biztosítja. Kevésbé ismert tény, hogy a GlobeNet biztosítja az OTH számára a jár-



Dr. Pásztohai Sándor

– Visszatekintve az elmúlt évek sikereire, kiemelne néhány projektet?

– Az elmúlt két évben meghatározó termékünk, a MedWorkS kórházi informatikai rendszer bevezetésre került a Szent Borbála megyei kórházban, a Bajai Szent Rókus Kórházban és az Orosházi Városi Kórházban. Ezt követően a Nemzeti Fejlesztési Intézetnél megnyertünk egy egészségportál-fejlesztési projektet. Megmaradva az egészségügy területén új fejlesztésünk indult, ami egy, a szűrésekhez kapcsolódó országos webportál. Kiemelten fontos projektünk volt az OTH-nak fejlesztett vízlabor

ványügyi jelentések fogadó felületét is. Büszkék vagyunk az OEP informatikai projektben való aktív részvételünkre is, valamint a Svájci projektre is, ami ismét egy-egy új területet jelent a GlobeNet számára, továbbra is az egészségügy területén maradva. Két partner intézményünkönél (Zala Megyei Kórház és Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet) vezetői információs rendszereket vezettünk be, valamint bővítettük meglévő MedWorkS rendszereiket. 2015-ös záró projektünk, amire méltán lehetünk büszkék, az ÁEEK által bevezetésre kerülő központi HIS projekt. Ennek

keretében az ÁEEK központilag elérhető MedWorkS rendszert biztosít –jelenleg- a felügyelete alá tartozó 6 kisebb intézménynek. Ez méltó elismerés a MedWorkS rendszernek és a GlobeNet szakmai tevékenységének egyaránt.

– Ezek szép eredmények, minek köszönhető ez a lendületes fejlődés?

– 2013. a termékportfólió-tisztítás, a csapatépítés, valamint piaci együttműködéseink kialakításának éve volt. Ez a következetes stratégia idővel egyre több eredményt hozott. Legfontosabb célunk, jelenleg is fő prioritásunk a GlobeNet jó hírének megtartása és fejlesztése. Ehhez ügyfélkezelésünk, szolgáltatási színvonalunk, valamint termékminőségünk javításával és innovatív megoldások kialakításával járultunk hozzá. Ezeken túl, eredményességünket a 2007-2013-as EU-s ciklus adta piaci lehetőségek is fokozták. Az elmúlt 3 év alatt bizonyítottuk, hogy együtt képesek vagyunk közös célokért küzdeni. Ezt a lendületet megtartva folyamatosan keressük a megújulás lehetőségeit is.

– Milyen stratégiai célokat tűztek ki a jövőre?

– Erre az évre tervezett piaci stratégia: a hagyományosnak tekintett HIS piacon további ügyfélszámbővülésre számítunk. Mivel az előző évben a GlobeNet Zrt. elnyerte az ÁEEK központi HIS bevezetését, mely számos intézménynek kínál lehetőséget a gyors, egyszerű csatlakozásra, itt is reméljük további intézmények bekapcsolását

a központi rendszerbe. Szeretnénk tovább erősíteni az egészségügyi szektor egyéb szegmenseiben megszerzett pozícióinkat,



Ignácz Mónika

példaként említve az alapellátás területén megnyert Svájci-, a NEFI-, valamint az OEP projektet. Idén a GlobeNet Zrt. több K+F projektben is részt kíván venni, amelyek további lehetőséget hordoznak számunkra. Erre az évre tervezett belső vállalati stratégia: a vállalati menedzsmentben szeretnénk tovább erősíteni azt a szemléletet, amely munkatársainkat helyezi a kö-

zéppontba. Ahhoz, hogy kiváló minőségű szellemi terméket legyenek képesek előállítani, olyan környezetet, vállalati kultúrát kell biztosítanunk számukra, amely lehetővé teszi, hogy a lehető legjobb teljesítményt tudják nyújtani. Olyan légkört kívánunk fenntartani, amelyben kollégáink szívesen működnek, gondolkodnak együtt, kölcsönös tisztelettel és megbecsüléssel egymás iránt. Mindezt olyan munkakörnyezetben, ahol van lehetőség a munka közbeni rövid kikapcsolódásra, pihenésre, feltöltődésre. Hosszú távra tervezett stratégiánk középpontjában új termék fejlesztése áll, amelynek pilot szakasza jelenleg is zajlik. A cégcsoporton belül fejlesztett .NET alapú keretrendszert teszteljük az új fejlesztéshez. A termékről jelenleg annyit mondhatunk, hogy messze túlmutat a jelenlegi HIS rendszerek szolgáltatásain, technológiáját, megoldásait tekintve pedig egyértelműen a jövő igényeire épül. A magyar piac igényeit szem előtt tartva

fejlesztünk, és már a kezdetektől olyan szolgáltatásokat fog tartalmazni, amelyek nemzetközi viszonylatban is piacképesek lesznek. A cégcsoporton belüli, több ország részvételével kialakított nemzetközi fejlesztőcsapatunk garancia arra, hogy a termék a legmagasabb színvonalon fog megvalósulni.

kgf

Salamon Józseffel, a Steelco Hungary Kft. ügyvezető igazgatójával az elmúlt év sterilizálási fejlesztéseiről beszélgettünk.

# Steelco, az infekciókontroll szakértője



Salamon József

– Igazgató úr, a sterilizáló rendszerek üzembe helyezése és szervizelése mennyire változó üzleti terület?

– Ahogy a mi példánk is mutatja, izgalmas iparágról van szó. Régebben csak annyit mondtunk, hogy a Steelco a világ első mosogatógép-gyártójának egyike. Az elmúlt években dinamikus fejlődés következett be, a Steelco felvásárolta az olasz ICOS sterilizáló rendszereket gyártó céget és a központi telephelye mellett lévő több gyárépületet. Fejlesztette globális értékesítési hálózatát és ma már piacvezető szereplő a sterilizálás, a műszermosogatás és fertőtlenítés, valamint az endoszkóp kezelés területén.

– Minden, ami az eszközsterilizálással kapcsolatos?

– Valóban az a célunk, hogy teljes megoldást nyújtsunk egészségügyi és gyógyszeripari partnereinknek. Egy olyan rendszert alakítottunk ki, amelyben elég, ha ügyfelünk felkeresi a Steelco képviselőjét, akitől mindent megkaphat egy kézből. Szolgáltatásunk tartalmazza a tervezéstől kezdve a központi sterilizáló teljes berendezését, a műszermosogatókat, autoklávokat, kombinált gőz-formalin sterilizálókat, plazmasterilizálókat, rozsdamentes bútorokat, ultrahangos tisztítókat – akár pultrá épített

kivitelben –, csomagoló-fóliázó rendszerek és mindent egyéb készülék szállítását, amire egy XXI. századi sterilizálóban szükség lehet. Ez a fejlődés volt az elmúlt két év legnagyobb előrelépése.

– Gyártanak bútorokat is?

– Azzal foglalkozunk, amihez a legjobban értünk. Bútor természetesen nem gyártunk, de tudjuk, ki gyártja a legjobbakat. Egyik partnerünk a mi terveink szerint, katalógusainknak megfelelően készíti méretre a legjobb minőségben a speciális rozsdamentes bútorokat. Az infekciókontrollt kiszolgáló műszermosogató, gőzsterilizáló, plazmasterilizáló, endoszkópmosó, ágytálmosó berendezéseket a Steelco saját gyáraiban gyártja.

– Merre?

– A Pó-síkságon, az olasz-szlovén határtól néhány órára található Riese Pio X falu. Nevét arról kapta, hogy itt született Giuseppe Melchiorre Sarto, azaz X. Piusz, a XX. század első pápája. Itt működik a Steelco központi gyára. Szintén a Pó-síkságon, de Udinéhez közelebb, Zoppolában található az ICOS gyártóüzeme, amely felvásárlása óta az egészségügy számára Steelco márkanév alatt készíti az újonnan kifejlesztett sterilizáló gépcsalá-

dot. ICOS márkanév alatt pedig továbbra is készülnek sterilizáló rendszerek a gyógyszergyárak számára.

– Hogyan fejlesztették globális értékesítési rendszerüket?

– Jelentősen bővült a termelési terület, ezzel együtt a termékválaszték, ezért évek óta egyre több szakterület konferenciáin, nemzetközi kiállításain veszünk részt. Mint a Steelco megalakulása óta minden évben, úgy tavaly is találkozhattunk Düsseldorfban az oda látogató magyar kollégákkal az impozáns méretű Steelco standon, és azóta már az ott kiállított új technológiákból szállítottunk is a magyar kórházakba. Ha valaki januárban Dubaiban járt az Arab Healthen, ott is láthatta a Steelco termékeit. Szinte a világ összes egészségügyi kiállításán részt veszünk, így természetesen a Magyar Kórházzszövetség idei síófoki kongresszusán is.

– Mitől fejlődik ilyen dinamikusan a Steelco?

– A Steelco a kezdetektől fogva a mai napig hús-vér emberek által igazgatott cég. A vállalatot három magánszemély irányítja. A gyártás továbbra is Európában zajlik, jelentős bővülés mellett, viszont az egész világon forgalmazzuk termékeinket. Európa mellett jelentősebb piaci előrelépést az Egyesült Államokban és Ázsiában tettünk. A Steelco alapvetően exportorientált cégeként működik, de az olasz piacon is egyre inkább előretörnek a Steelco termékei.

– Milyen eredményeket értek el itthon?

– Nem panaszkodhatunk a tavalyi évre. A TIOP 2.2.4., 2.2.6. és 2.2.8. pályázatok jelentős része – akár önállóan, akár csomagban – tartalmazott higiéniai fejlesztéseket és sterilizáló rendszereket. A Steelco Hungary Kft. 2009 óta működik a magyar piacon. A 2015-ös évet 33 befejezett projekttel kezdtük el és 56 befejezett projekttel zártuk le.

– Ebben a 23 tavalyi projektben melyek voltak a legnagyobbak?

– Minden projektünk fontos számunkra, legyen szó tíz ágytálmosóról vagy



akár egy teljes központi sterilizáló beruházásáról. Tavaly a legnagyobb beruházásaink Balassagyarmaton, Csornán, Egerben, Hatvanban, Miskolcon, Pécsen, Siófokon, Szentesen és Zalaegerszegeen valósultak meg.

– **Korábbi számainkban sokat foglalkoztunk a hatvani Albert Schweitzer Kórházzal. Mitől lesz ott jobb az élet egy ilyen központi sterilizáló fejlesztéstől?**

– Aki a magyar egészségügyben él, biztosan járt már Hatvanban az elmúlt években. Mindannyian emlékezhetünk az 50 éves főépület látványára. Ha valaki ma meglátogatja a várost rögtön látja, hogy a kórház a város ékköve lett. Hasonló változás jellemzi a központi sterilizálót is. Másfél évtizeddel ezelőtt szakembereink telepítették az akkor legmodernebbnek számító központi sterilizálót, átadós autoklávokkal, műszermosogató gépek nélkül. Az elmúlt évben jelentős műtő- és diagnosztikai fejlesztés valósult meg a kórházban, és ehhez a régi központi sterilizáló már nem volt elegendő méretű. Az új, modern központi sterilizálóban már műszermosogató gépek is találhatóak, és jelenlegi kapacitásával alkalmas arra, hogy el tudja végezni ne csak az Albert Schweitzer Kórház, hanem a környékbeli intézmények sterilizálási feladatait is. A két nagy műszermosogató gép mellett két nagy autokláv is található, ezek körül az egyik tartalék elektromos gőzfejlesztővel rendelkezik, így kazánházi gőz nélkül is képes működni. Összességében valóban szép és igényesen felszerelt projekt valósult meg, ami azt is jelzi, hogy kemény főigazgató áll az intézmény élén.

– **Hasonló méretű kórház a siófoki. Ott is eredményesen telepítették?**

– A siófoki kórház sokrétű, jelentős betegellátási feladatai mellett az idegenforgalmi idényben extrém módon megnövekedett betegforgalmat bonyolítja le. A megnövekedett feladatok ellátásához szükségessé vált a magas szintű, európai kórházi technológia beszerzése. A megvalósult fejlesztés során új sürgősségi, műtő épület épült, megújult a kórház homlokzata, jól átgondolt beteg utakat alakítottak ki. Új diagnosztikai fejlesztések valósultak meg, és a megépített új központi sterilizáló korszerű gépeivel kielégíti a sterilizálással szemben támasztott modern igényeket.

– **Melyik projektjük volt a legjelentősebb?**

– A Pécsi Tudományegyetem Szívgyógyászati Központ földszintjén lévő sterilizáló egység az egyetem Higiénés Szolgálat központi sterilizálója. Ebben az egységben olyan komplett fejlesztést valósítottunk meg, három új, nagy, 15 DIN 1/1 tálca kapacitású műszermosogató gép és három új, 10 STE kapacitású autokláv beépítésével, hogy az új gépparkkal a kibővített kapacitású sterilizáló a város és környéke összes sterilizálási igényeit teljesíten tudja.

– **Azokban a kórházakban, ahol nem valósultak meg fejlesztések, mennyire szenved csorbát az infekciókontroll?**

– A sterilizálás minősége megfelelő az intézményekben, a probléma inkább a régebbi berendezések megbízhatóságában, rendelkezésre állásában, valamint energia- és vízfelhasználásában rejlik. Annak ellenére, hogy a TIOP-projektek kapcsán több kórház kapott világszínvonalú központi sterilizálót, a magyar kórházak többségében 25-30 éves sterilizáló berendezések üzemelnek. Ezen készülékek többsége már mikroprocesszoros vezérlésű, de hosszú a ciklusidejük és magas

a vízfogyasztásuk. A Steelco az általa gyártott új generációs sterilizáló berendezéseknél nagy figyelmet fordított az energia- és víztakarékos működésre.

– **Csökcent mindkét paraméter?**

– A Steelco autokláv család készülékeinek ciklusideje 35-40 perc. A készülékek vízfogyasztása ciklusonként a korábbi 500-600 liter helyett kevesebb, mint 200 liter. Amennyiben a készülék elektromos gőzfejlesztővel rendelkezik, a vízfogyasztás csökkenése mellett 10-20% elektromosenergiamegtakarítás is elérhető az által, hogy a gőz fejlesztéséhez a lefolyóhűtésre használt vízzel előmelegített vizet használ a berendezés. A műszermosogató gépek esetében szintén elérhető a rövid ciklusidő, amely gépmérettől függően akár 35-45 perc lehet. A rövid ciklusidő eléréséhez a készülékben több víztartály található, melyben a program futása alatt a következő fázishoz szükséges víz előmelegítésre kerül. A kamra ürítéséhez a szokásosnál nagyobb méretű lefolyót vagy lefolyó szivattyút alkalmazunk.

– **Merre tart a központi sterilizáló rendszerek fejlesztése?**

– A fejlesztés az automatizált rendszerek és az egyre nagyobb megbízhatóságú gépek felé tart. A műszaki fejlesztés abba az irányba halad, amely mellőzi az emberi beavatkozást, ezáltal kiküszöbölve egy potenciális hibaforrást, így biztonságosabbá téve a folyamatot mind a műszermosogató, mind a gőzsterilizálás esetében. A régi konstrukciójú készülékek a szakmai elvárásoknak megfelelő feladatokat elvégzik, ám sokkal több karbantartást igényelnek és alkatrészellátásuk is egyre több nehézségbe ütközik. Az új konstrukciójú gőzsterilizáló készülékek kamráinak garantált élettartama 15-20 év. A modern rendszerek várhatóan két évtizedig megbízhatóan fognak működni. Az új fejlesztésű készülékek funkciója azonos a régiekével, azonban kezelésük, programozhatóságuk egyszerűbb, működésük megbízhatóbb.

– **Változik bármi a sterilizálási eljárásban?**

– Az egyik sterilizálási eljárás Semmelweis Ignác óta azonos: hőhatással elérni, hogy baktérium és csíramentes állapotba kerüljenek az eszközök. Az infekciókontroll szakmában Pechó Zoltántól mindenki megtanulta, hogy egy eszköz akkor steril, ha mindenféle életképes mikroorganizmusoktól, valamint ezek összes nyugvó, látens formájától mentes. A Steelco készülékeivel ezt a célt szeretnénk minél hatékonyabban és minél megbízhatóbban elérni.



A hatvani Albert Schweitzer Kórházban üzembe helyezett központi sterilizáló

Zöldi Péter

Gémes Lászlóval, a Medimat Kft. ügyvezető igazgatójával beszélgettünk.

# Biciklik helyett úrrakéták

– A képkalkuló diagnosztikai megoldásokat forgalmazó cégek az elmúlt év kapcsán jelentős forgalombővülésről számolnak be. Önöknél hogyan alakult 2015?

– Az elmúlt évben átlagos forgalmunk több mint háromszorosát produkáltuk, döntő mértékben az utolsó negyedéven teljesített megrendelések eredményeként, amelyeket elsősorban KEOP- és TIOP-forrásokból finanszíroztak az egészségügyi szolgáltatók. Az uniós pályázatoknak köszönhetően november elejétől szinte megállás nélkül dolgozunk, minden szomba-

nyan is a kiváló csapatmunka eredménye, hogy képesek voltunk megfelelni a beláthatatlanul nagy elvárásoknak is. Annyira összekovácsolódott a csapat, annyira megvoltunk feszítve, és annyira kellett figyelni egymásra, hogy ennek az intenzív időszaknak elsősorban az emberi hozzáadéka számít.

– Nem tudtak bevonni az installációk támogatására külföldi partnereket?

– Természetesen igénybe vettünk a telepítésekhez nemzetközi segítséget is, hi-

ződés szerint tudtunk teljesíteni intézményi partnereinknél.

– Milyen tapasztalatokkal gazdagodtak?

– Szakmai szempontból is nagyon sokat tanultunk. Sokkal bátrabbak lettünk projektmenedzsment, építkezési és infrastrukturális ügyekben. A végső cél érdekében bizonyos ügyekbe bele kellett állnunk, másképp nem valósult volna meg a beruházás. Nyugalmas környezetben, kisebb terhelés alatt erre nem lett biztos, hogy találtunk volna olyan hatékony megoldásokat, amelyek az elmúlt hónapokban mindennapjainkat jellemezték.

– Hogyan növekedett az elmúlt évben telepített géppálmányuk?

– Átlagos üzletmenetben 3-4 év alatt tudunk eladni annyi gépet, mint most 3-4 hónap alatt. Külön öröm számunkra, hogy teljes termékskálánk megjelent a különböző projektekben. Nagyon komoly képkalkuló diagnosztikai rendszereket sikerült leszállítanunk és letelepítenünk, de a projektek a legegyszerűbb géptől a legkomplexebb konfigurációig lefedték termékkörünket. Meglehetősen nagy ritkaság, nem csak Magyarországon, hanem Európában is, hogy egy cég ilyen rövid idő alatt le tudja telepíteni a teljes termékskáláját, és ügyfeleinek így meg is tudja mutatni berendezéseinek teljes, legmodernebb vertikumát.

– Mely telepítésekre a legbüszkébbek?

– Jó néhány berendezést tudtunk telepíteni a Carestream távvezérelt digitális felvételi-átvilágító készülékcsaládjából. Ezek a legösszetettebb berendezések, mert több radiológiai funkciót látnak el, és mind a telepítés során, mind a szakma számára komolyabb kihívást jelentenek, hiszen nagyon sok funkciót képesek automatizált módon ellátni, és szoftverrendszerünk számtalan fejlett szolgáltatást foglal magában. Főleg ezeknél a berendezéseknél, amelyek eltérnek egy hagyományos felvételi röntgenkészüléktől, a betanulás, a megszokási idő lényegesen hosszabb, mint egy digitális röntgenkészüléknél. Ezért azt várom, hogy országos szinten tavasz végére, nyár elejére jut el a radiográfus és ra-



Gémes László

ton és vasárnap, naponta legalább 10-12 órát, kivéve persze a karácsonyi időszakot. Mondtam is a kollégáknak, hogy én az előkészítéssel azért dolgoztam egész nyáron, hogy aztán ne legyen egy szabad pillanatom se összesen.

– Hogyan bírtak megküzdeni ekkora terheléssel?

– Tulajdonképpen úgy fogtuk fel ezt az időszakot, hogy egy több hónapos csapatépítő tréningen veszünk részt. Főként

szen ennyi berendezést nem tudtunk volna telepíteni ilyen rövid idő alatt. A külföldi kollégák is nagy terhelés alatt dolgoztak itthon, viszont ők is átértékelték a helyzet komolyságát, és nagy lelkesedéssel vettek részt a feladatban. Volt, amikor az éppen még folyó építkezés miatt, nem túl baráti körülmények között fejlámpával szerelték a berendezéseket, és más esetben lehet, hogy fellázadtak volna. De tudták, milyen rövid a határidő és milyen ambíciózus a cél. Ennek is köszönhető, hogy szer-

diológus közösség arra, hogy ezeket a gépeket készségi szinten tudja használni. Addig tanulni kell őket.

– Milyen visszajelzéseket kaptak a telepítéseket követően?

– Többnyire pozitív élményeink voltak a telepítések során, a legtöbb helyen azt láttuk, hogy megvan a fogadókészség az új technológiák iránt, csak néhány helyen tapasztaltuk, hogy nehezebben boldogulnak az új digitális technológiákkal. Sajnos ritkán vannak ilyen projektek Magyarországon, ezért néhol nagyon öreg gépeket kellett lecserélnünk. Az új technológiákhoz való hozzácsokás, azok megtanulása periodikusan valósul meg Magyarországon, és komoly kihívás elé állítja felhasználókat. Úrrakétát nem lehet úgy elkezdni kezelni, hogy tegnap leszálltam a bicikliről és ma már felszálok a Mars felé. Kellő türelem és kitartás kell a modern gépek funkcióinak elsajátításához. Óriási élmény viszont, hogy a radiográfusok részéről hallatlan lelkesedést és nyitottságot tapasztaltunk, ennek külön örülünk.

– Mit nyújt a betegeknek az új technológia?

– Több mint harminc rendszert telepítettünk, ezekhez néhol informatikai rendszerek is kapcsolódnak. Nyilvánvalóan ez a fejlesztés a magyar egészségügyi ellátórendszer betegek számára rövidebb várakozási időt jelent, felvétel előtt és felvétel után is, és jellemzően sokkal rövidebb idő alatt készül el a lelet is. Másrészt, tagadhatatlan, hogy ezekkel az új gépekkel pontosabb diagnózist lehet felállítani. Ha van idő és készség a vizsgálatok kiértékelésére, az új rendszerekből több információ ki nyerhető, mint a régebbi technológiákból. Ezzel a fejlesztéssel a nemzetközi standardok szintjére kerül a magyar radiológia, így kompatibilisek lettünk Nyugat-Európával, a fejlett világgal. Az új rendszereken készülő vizsgálatok eljuttathatóak máshová is, és a DICOM-formátum miatt csereszabatosak a felvételek. Ezért is tartom nagyon fontosnak, hogy létrejön egy nemzeti képarchívum, aminek alapfeltétele a modern digitális rendszerek működése.

– Hosszú évekket kezelte a Medimat Kft. volt az egyik legnagyobb röntgenfilmszállító az országban. Ez a fejlesztés nem rombolja röntgenfilm üzletágukat?

– A röntgenfilm mára Magyarországon szinte megszűnt létezni. Töredékére esett össze ez a piac. Ám nagyon ezt nem fájalom, mert már az utóbbi időkben is mérsékelt volt a fel-

használás, és világszerte nyilvánvaló: nem ez a fejlődés útja, nem szabad ragaszkodni az elmuló technológiához. A röntgenfilm diagnosztikailag még mindig kiváló eszköz, de már nem korszerű. Emiatt a felhasználás a közeli jövőben gyakorlatilag meg fog szűnni, és a gép-berendezés, valamint informatikai rendszereladásra kell fókuszálnunk.

– Milyen új berendezéseket, technológiákat mutatnak be a március első napjaiban megrendezésre kerülő bécsi ECR 2016 kongresszuson?



A Carestream DRX Excel Plus átvilágító-felvételező rendszere – ilyen került a Heim Pál Kórházba is

– Bemutatásra kerül egy távvezérelhető digitális átvilágító-felvételező berendezésünk. Ezzel a Carestream portfóliója kiegészül a piac egyik legmodernebb képalkotó modalitásával, nagy szakrendelők és kórházak, illetve tüdőszűrő állomások kiváló rendszerével. Újdonság lesz a mozgásszer- vi vizsgálatokra is alkalmas cone-beam CT, amelynek az az érdekessége, hogy a mozgásszer- vi feltételek terhelés alatt készülhetnek, és kifejezetten sportdiagnosztikai vizsgálatokra fejlesztették őket.

– Hogyan kezeli cégük a megnövekedett partneri kört?

– Valóban, a fejlesztések eredményeként több új partnerünk lett. De nem ismeret-

len számunkra a sok partner, hiszen amikor meghatározó röntgenfilmszállítók voltunk, volt hogy több mint száz intézményi partnerünk volt. Jelenleg is közel száz telepített gépünk működik országszerte. Ma is folytatjuk régi, bevált stratégiánkat: a felhasználói szempontokat tartjuk szem előtt, hogy eszközeinket minél jobban megismerjék, és elsajátítsák azok működését. Hiszünk abban, hogy egy jól működő rendszer a következő eladás legbiztosabb alapja. Nagyon sok hangsúlyt fektetünk az értékesítés utáni partnerkezelésre, a te-

lepítés utáni támogatásra. Főként komplexebb rendszereink esetében többször is meg fogjuk látogatni partnereinket, és frissítő oktatást tartunk majd nekik, hogy minél hatékonyabban tudják használni a Carestream technológiát.

– Miként képzelik el az ideit évet?

– Az elmúlt hónapokban sikerült felmutatnunk a Carestream és a Medimat azon értékeit, amivel versenyképesek lehetünk, akár a nagyobb versenytársakkal szemben is. Nagyon bízom régebbi és új gépeinkben is, hiszen ez a mostani fejlődés lehet a további üzletek alapja.

Zöldi Péter

Év végén várható a minőségügyi szakfőorvosok megjelenése a kórházakban: nem hatóságként lépnek fel, hanem az ellátási folyamatokat értékelik, javaslatokat tesznek minőségfejlesztési céllal az auditok során.

# Külső klinikai audit lesz a kórházakban

A szakmai minőségértékeléssel kapcsolatos feladat és ezzel együtt a minőségügyi szakfőorvosok munkájának irányítása lassan egy éve került az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) alá. Szintén a szervezet végzi az egészségügyi szolgáltatások akkreditációját is ez év januárjától, derült ki abból a beszélgetésből, amelyet dr. Novák Krisztinával, az OBDK főigazgatójával és dr. Safadi Helénával, a Minőségügyi, Nemzetközi és Dokumentációs Főosztály vezetőjével folytattunk a központot érintő minőségfejlesztési kérdésekről.

Minden minőségügyi szakfőorvos gyakorlati szakember, szakorvosként praktizál a mindennapi életben. Annyi minőségügyi szakfőorvos van, ahány szakmai kollégiumi tagozat – ezek ülésén részt is vesznek. Az OBDK-ban szervezettebben próbálják bevonni őket a szakmai minőségértékelési tevékenységbe, ezért átláthatóbbá tették a szakfőorvosi rendszert, és a szakemberek feladatait pontosan definiálták. A szakfőorvosok soha nem hatóságként lépnek fel: ágazati szinten értékelnek, méghozzá szakmai szempontból és minőségfejlesztési céllal.

Fontos szerepet szán nekik a külső klinikai auditokban, ez alapján tudják majd a szakfőorvosok a klinikai audit vizsgálatokat elvégezni. Látványos szakaszba év végén érhet a program, ugyanis ekkor várható, hogy megjelennek a szakfőorvosok a kórházakban.

A klinikai auditot különböző egészségügyi témakörökre, problémákra kiélezve fogják végezni, és azt mérik fel szisztematikusan, hogy az ellátási folyamatban melyek a gyenge pontok. Különböző módszertanokat használnak, beleértve az adatgyűjtést és -elemzést. A klinikai audit része a helyszíni felülvizsgálat, amikor a minőségügyi főorvosok kimennek a szolgáltatókhoz, és megnézik, miként zajlik az ellátási folyamat, milyen annak eredményessége, azonosítani próbálják azokat a tényezőket, amelyek az eredménytelenséget okozhatják. Ezekre megoldási javaslatokat is megfogalmaznak. Akkor lehet eredményes a klinikai audit, ha a szolgáltatók érdem-



Dr. Novák Krisztina

ben foglalkoznak a javaslatokkal, implementálják azokat. Az eredményességet egy visszaméréssel lehet megnézni. Szeretnék mindezt rendszerszerű szemléletmóddal végezni, olyan ajánlásokat, jó gyakorlatokat megfogalmazni, amelyek más intézmények számára is hasznosak lehetnek.

A tanúsítási és akkreditációs programok nagy része a szolgáltatók működési, szervezési folyamatait nézi a különböző előírásokkal szemben. A klinikai audit ugyanakkor a szakmából indul ki, ezért is kell bevonni a minőségügyi szakfőorvosokat, mert ők adják

a szakmai inputot. A kettő együtt, tehát az akkreditáció és a szakmai minőségértékelés, benne a klinikai audit, teljes komplex képet tud nyújtani az ellátórendszeréről.

A minőségügyi szakfőorvosoktól az OBDK-ban elvárják, hogy a saját szakterületükön íródó irányelvekre legyen rálátásuk, ha nem is íróként, de véleményezőként vegyenek részt benne, a szakterületek közötti kérdésekben pedig segítsék a párbeszédet. Összességében a szakmai minőség mérhetőségét várják a szakfőorvosoktól, akik a munkájukhoz módszertani segítséget kapnak a Központtól, s mindannyiukkal interaktív kapcsolatban állnak.

Azért volt fontos, hogy az OBDK-hoz kerüljenek, mert a Központot függetlenség és ágazati szektorsemlegesség jellemzi. A minőségértékelés pedig akkor lesz hiteles, ha azt egy külső szereplő végzi. Továbbá a Központ nemcsak az ÁEEK-hez tartozó állami fenntartású intézményeket értékeli, hanem az egyházi- és magánfenntartású szolgáltatókat, sőt az alapellátókat is. És itt kapcsolódik össze a minőségfejlesztés az OBDK másik kiemelten fontos területével, a jogvédelemmel – ugyanis nap mint nap tapasztalják, milyen nagy mértékben idomul egymáshoz a minőségügyi és a betegjogi terület.

**Sándor Judit**

Az OBDK betegjogi kurzusaival a legtöbb orvosi egyetem képzésébe bekapcsolódott, és számos jogi egyetemen is jelen van. Eddig minden képzésük maximális létszámmal indult. A gyakorlatorientált előadások során a hallgatóknak lehetőségük nyílik arra, hogy a jogvédelmi tevékenység alapjául szolgáló elméleti tudás elsajátítása mellett megismerkedjenek a betegjogi képviselők feladataival. A szakmai tapasztalattal rendelkező oktatók a mindennapokban előforduló példákön keresztül mutatják be a jogvédelmi tevékenység gyakorlati jellemzőit, eredményeit. Oktatási segédletet is készítettek, amelyekkel mindhárom területen – betegjog, ellátottjog, gyermekjog vonatkozásában – segítik a hallgatók felkészítését. Két éve akkreditált szakmai képzésekkel is tájmozták a praktizáló orvosok munkáját. Az adatvédelmi kötelezettségről szóló és a mediációs technikákat bemutató továbbképzéseiket folyamatosan nagy sikerrel tartják. Hamarosan a minőségügy területén is indítanak képzéseket, ugyanis szeretnék a szolgáltatóknak saját belső auditjukhoz támogatást nyújtani.



# MedSol SMART

A T-Systems Magyarország közel két évtizedes iparági tapasztalattal rendelkezik egészségügyi infokommunikációs megoldások területén. A saját fejlesztésű MedSolution integrált kórházi informatikai rendszercsaládunk legújabb tagja a jövő-orientált, betegközpontú MedSol SMART, amely a korábbi generációknál felmerült igényekre reflektál egy letisztult, maximális adatbiztonságot nyújtó, egészségügyi szabványokon alapuló integrációs platformként.



[t-systems.hu/medsol-smart](https://t-systems.hu/medsol-smart)

Együtt lehetséges.

**T** · · Systems ·

Szükség van a magánforrásokra! – hívott fel telefonon 2015 végén a Figyelő Medicina konferenciája után Zoltán György, a magán dialízisellátás kialakításának egyik úttörője, aki tordasi nyugalomból szemléli a magyar egészségügyet.

# Be kell kapcsolni a magánforrásokat

– Tordasi nyugdíjasként miért foglalkozik még mindig egészségüggyel?

– Akit az egészségügy világa megfertőzött, és maga is elérte azt a kort, amikor naponta találkozik az egészségügy anomáliáival, nem tud nyugodt maradni. Novemberben részt vettem a Figyelő Medicina konferenciáján, az Egészségügyi Miniszteri Csúcstalálkozón, és az az érzésem támadt, hogy évek óta ugyanarról beszélgetünk az ilyen rendezvényeken. Pártoktól függetlenül nagy az egyetértés, én csak megpróbálok összefoglalni az ott elhangzottakat: nincs elég forrás, meg kellene határozni a szolgáltatási alapsomagot – mondjuk ki már századszorra.

– De miért áll ezzel a szakmai nyilvánosság elé?

– Óriási előnyöm, hogy nincs vesztenivalóm, hiszen nem vagyok semmilyen politikai közösség tagja. Túlképzett nyugdíjasként szemlélem világunkat, és arra jövök rá, hogy ez az egy módszer van arra, hogy kikerüljünk a gödörből. A magánforrások bevonásánál senki nem arra gondol – vált világossá a volt miniszterek csúcstalálkozásán –, hogy a korábbi és jelenlegi magyar oligarchák új kórházakat építsenek, vagy kisajátítsák az egyes szakterületeket, hanem arra, hogy igenis a magyar családoknak – kiegészítő biztosítások formájában és nem az orvos zsebébe téve a borítékot! – „be kell szállni” az egészségügy rendszerébe. Szükség van az alapsomagra, meg kell határozni, hogy mi az, ami jár, és mi az, ami nem a befizetett járulékokért. Amikor előadom forradalminak nem nevezhető gondolataimat – hiszen sok ilyen országban működik hasonlóan az egészségügy –, a háttérbeszélgetések során mindenki egyetért, de természetesen senki sem meri felvállalni, hogy alakítsuk ki az alapsomagot és a kiegészítő biztosítást.

– Mi az, ami beletartozzon az alapsomagba?

– Döntsék el ezt a szakemberek. Nagyjából az lenne a jó, ha a jelenlegi ellátási költségek kb. 75–80%-a lenne az alapsomag része, melyet továbbra is az OEP kezelne, 20–25% pedig a kiegészítő ellátásé. Ezt a 20–25%-ot, amivel kevesebbet kell az államnak beletenni a rendszerbe, hiszen a kiegészítő biztosítás fedezné, sürgősen az egészségügyi dolgo-



Zoltán György

zók bérének jelentős emelésére kell fordítani! Nagyjából ez az a módszer és összeg, ami a paraszolvenciát is kiküszöbölné. Őszintén bámulom Éger Istvánt a Magyar Orvosi Kamara elnökét, aki évek óta minden konferencián türelmesen elmondja, hogy tarthatatlan az egészségügyi dolgozók bére, mert lassan nem marad orvos és nővér a rendszerben. Sajnos az évek során komoly változás nem történt. Ha egy kiegészítő biztosítás van, azaz a biztosító kifizeti azt az ellátást, ami nem tartozik az alapsomagba, akkor nem jut eszembe, hogy ezért még külön pénzt is tegyek az egyébként tisztességesen fizetett orvos zsebébe.

– Honnan lesz több állami forrás?

– Ha megteremtődik a lakosság öngondoskodása, és a korábbi állami egészségügyi kiadások negyede, azaz nagyjából a GDP egy százaléka, mint többlet, bekerül az egészségügyi ellátórendszerbe, a kormányzat ehhez hozzáteheti azt a vállalását, hogy fokozatosan, minden évben a GDP 0,3 százalékát, azaz 80-90 milliárd többletet fordít a fenntartható egészségügy kialakítására. Természetesen csak akkor, ha kialakul az Ónodi-Szűcs Zoltán államtitkár úr által mostanában emlegetett rend. Jelenleg a GDP 4,2 százaléka fordítódik egészségügyi kiadásokra. Az évi 0,3 százalékos emelés során 2020-ra elérhetjük az 5,5 százalékos Uniós átlagot.

– Őszintén beszélgetünk. Látja ennek az egészségrendszer átalakításának reális esélyét?

– Nem könnyű feladat kiérlelni azt, hogy mi tartozzon az alapsomagba. Fél év alatt az egyes szakmai kollégiumok vezetőinek segítségével, az OEP szakembereinek kontrollja mellett szigorú szakmai egyeztetésekkel meggyőződésem, hogy megoldható.

– És mi lesz azokkal, akik nem tudnak ilyen kiegészítő biztosítást kötni?

– Az alapsomag alapelve természetesen az, hogy „senkit nem hagyunk az utcán”, azaz olyan alapsomagokat kell az egyes alapszakmákban megalkotni, amely fedezi a reális ráfordításokat, és biztosítja az embereket arról, hogy kiegészítő biztosítás nélkül sem kerül veszélybe az életük. Ha valaki ma be megy egy gyógyszerárba, ott is tudomásul veszi, hogy a gyógyszerekért fizetni kell. Kevés gyógyszer támogatott 100 százalékban, a legtöbb csak részben, és van olyan, amelyet teljes egészében a betegnek kell fizetni. Ezt az évek során elfogadta a társadalom. Ugyanúgy elfogadja majd az alapsomagokat és a kiegészítő biztosításokat is, különösen úgy, hogy nem azon kell törnie a fejét, hogy a korrekt ellátásához mennyit kell a „borítékba tennie”. Még azt is el tudom képzelni, hogy azoknak, akik végképp nem tudnak az alapsomagon felül kiegészítő biztosítást kötni, egy olyan alapot lehetne létrehozni, amely alpból, annak rendszeres feltöltésével a rászorultaknak meg lehetne kötni ezt a biztosítást. A karácsonyi adományozást látva a médiák ebben nagy segítséget nyújthatnak. A száz leggazdagabb magyar akár abban is versenyezhetne, hogy ki fizet be többet ebbe az alapba, azaz hány rászorultnak biztosítja a kiegészítő biztosítását.

– Kiszámolta már, hogy mennyibe kerülne a kiegészítő egészségbiztosítás?

– Ha mondjuk minden aktív munkavállaló havi 10.000 Ft-ot fizetne a kiegészítő biztosításra, abból évente több százmilliárd forintnyi forrás keletkezne. Amennyiben ezt, az államot nem terhelő összeget egészségügyi dolgozói bérekre költjük el, ennek nagyjából fele adók és járulékok révén az államkincstárt gazdagítja. Amit szintén el lehet költeni, az egészségügyre!

Zöldi Péter

Néhány hete „robbant” a hír a közmédiában, valamint a szakmai felületeken is, hogy Rác Jenő nyugdíjba vonul. Erre persze mindenki felkapta a fejét, mert egyrészt ránézésre nem gondolta az ember, hogy a főorvos úr már nyugdíjas korú, másfelől pedig körülbelül 15-16 éve nagyon erősen a szakmai közvélemény homlokterében tevékenykedik. Két éven át (2004–2006 között) miniszter volt, utána pedig egy megyei kórház igazgatója lett. Emellett még arra is volt energiája, hogy egy ideig a Magyar Egészségügyi Menedzser Klubot, majd később a Magyar Kórházszövetséget elnökként irányítsa, vezesse.

## Rác Jenő kórházat nem igazgat, de aktív nyugdíjas évekre készül

– Szép, hosszú pályáival büszkélkedhet! Miért döntött most úgy, hogy nyugdíjba vonul?

– Tulajdonképpen hatvanhárom évvel ezelőtt a szüleim döntöttek erről: ugyanis idén júliusban betöltöm a 63. életévemet, így elérem a nyugdíjkorhatárt. Amit elterveztem az életpályámon, azt végre is hajtottam. Úgy gondolom „az új műsorhoz új férfi kell”. Ha pedig az új menedzsmenfogalmakat használjuk, akkor azt mondhatjuk: nyilván van az ember életének egy felfelé ívelő, majd egy plató, végül egy lefelé ívelő része. Utóbbit nem az egészségügyben szeretném eltölteni, legalábbis nem aktív vezetőként. Amikor a veszprémi kórházhoz kerültem, összeállítottam egy tízéves szakmai programot – kétszer öt éves szakmai fejlesztési tervet –, amelyet el tudtam fogadtatni a megyei önkormányzattal. Büszke voltam arra, hogy amikor még a megyei képviselő testülethez tartoztunk, a kórház vonatkozásában csak egyhangú döntés született. Bárki, bármilyen pártfelekezethez is tartozott, mindig közös nevezőre jutottunk. Talán ennek köszönhető az, hogy mindent végre tudtunk hajtani, sőt még többet is tudtunk teljesíteni, mint amit elterveztünk. Akár Kórházi Fejlesztési Ötéves Koncepciónak, Megyei Egészségügyi Fejlesztési Koncepciónak, vagy éppen Pannon Modellnek hívtuk ezt – mind azt jelentette, hogy miként lehet a veszprémi kórházból egy regionális szintű intézményt létrehozni. Tulajdonképpen most értünk ennek a folyamatnak a végére. Most véleményem szerint le kellene tenni egy újabb tízéves ciklusra egy újabb fejlesztési koncepciót. Korábban voltam már külső átvilágító- és tanácsadó testületnek is a tagja, így pontosan tudom, mennyire más tanácsadóként, „kibicként” megtervezni valamit, és mennyire más, amit az embernek saját magának kell végrehajtania. Azért tegyünk szívünkre a kezünket, egy nyugdíjkor-

határt elért vezető az a szakmai fejlesztési terv esetében a koncepciót le tudja tenni az asztalra, de hogy azt meg is valósítsa, annak nem biztos, hogy ugyanaz az alternatívája, mint mondjuk tíz évvel ezelőtt.

– Példát mutatott arra, hogy a nyugdíjkorhatárt egyrészt be lehet tartani, másrészt van – aktív szakmai – élet a nyugdíjba menetel után is. Minisztersége előtt szakmaiért felelős helyettes államtitkár is volt. Akkor

ciós program 1996-ban készült el. Abban az időszakban érkezett a teljesítményfinanszírozás a kórházakhoz, a következő évben pedig óriási, mintegy négy milliárd forintnyi adósság keletkezett a rendszerben, mára ezt sikerült megtízszerezni. Egy biztos: akkor már látszódtak bizonyos feszültségpontok. Az Állami Számvevőszék többször vizsgálta ezt a kérdést, önkormányzati és kórházi oldalról is. A KEHI is több vizsgálatot végzett ezzel kapcsolatban, és mindegyik azt ál-



Dr. Rác Jenő

is, most is az egyik „slágertéma” a kórházi adósságkonszolidáció. Miért nem tud ez a probléma megoldódni?

– 1995 volt az egységes alapdíj bevezetésének éve, az első kórházi adósságkonszolidá-

lapította meg, hogy nem elegendő önmagában pénzt (vagy többletpénzt) beletenni a rendszerbe, mert azzal akut adósságcsökkentést lehet elérni, de konszolidálni csak úgy lehet az ágazatot, ha hozzájárulunk a

struktúrához és a funkcionális kérdésekhez is. A már említett, helyettes államtitkár koromban kidolgozott programnak pontosan ugyanez volt a logikája: most váltsuk ki az adósságot, és utána nézzük meg, hogy milyen intézkedéseket kell megtenni annak érdekében, hogy az adósság újratermelődéset megakadályozzuk. Igazából sajnos sem akkor, sem azóta ezek az intézkedések nem születtek meg, mert ezen intézkedések nyomán a struktúrában alapvető változtatásokat kellett volna tenni – ennek Veszprém Megye az egyik eklatáns példája. Azt senki sem gondolja komolyan, hogy 360 ezer lakos ellátására 13 fekvőbeteg-ellátó intézménnyel lehet működésképeséget elérni. Márpedig itt ez a helyzet. Ha az egyiket helyrehozzuk, a másikat konszolidáljuk, akkor az összes többi kerül ugyanebbe a helyzetbe. Ez igaz az ország más területeire is. Az imént a strukturális problémát említettem, de ennek van egy funkcionális része is: egymástól mondjuk 20 kilométerre lévő, azonos profilú kórházak működtetése során újabb és újabb adósságszituáció alakul ki.

– Akkor még nem is beszéltünk az ellátás minőségéről. A kisebb intézmények kevesebb finanszírozási forrásból, szűkösebb szakembergárdával és technológiai lehetőségekkel előbb-utóbb beleütköznek a minőségkorlátokba.

– Eddig az anyagi forrást tárgyaltuk, ami relatíve könnyen pótolható, de a humán erőforrás az igazi szűk keresztmetszet. Itt is igaz, hogy ha túl sok szereplője van az ellátórendszernek, akkor a rendelkezésre álló poolunk szétaprózódik, és ahol a feladat van, nem biztos, hogy találkozik az eszközökkel és a humán erőforrással. Ebből is látszik, hogy mennyire összefüggenek a dolgok. Ha nem tudjuk meghozni a nehéz és fájó politikai döntéseket, akkor ne várjunk hatásos adósságkonszolidációt.

– Sokféle székben ült már, a szakma csúcsán, a szakmai érdekképviselő élén is. Miért nem sikerült ezeket a gondolatokat átadnia a politikai döntéshozók számára?

– Ha belegondolunk, az akut politika – pártoktól függetlenül – mindig azzal szembesül, hogy az egészség területén problémák vannak. Magyarországon is, Nyugat-Európában is, a tengerentúlon is. Amennyiben mélyebben látjuk a problémákat, megismerjük a gyökereiket, akkor rájövünk, hogy ezt egy „csettintésre” még politikai akarat mellett sem lehet megoldani. Hiú ábránd azt gondolni, hogy ha bárki tesz valamit a területen, az majd egy-két éven, vagy esetleg egy választási cikluson belül olyan kiváló eredményeket fog hozni, hogy szavazatokkal számolhat

a következő választásokon. Ezért elodázzák a problémákat, látszatintézkedéseket hoznak, vagy látványos fejlesztések történnek ugyan, de a gyökerekhez nem mernek hozzányúlni, emiatt a gondok újra és újra előjönnek. Ez a sebész múltamból is ismerős, hisz az orvos ott pontosan tudja, ha egyszer radikális műtétre van szükség, akkor tüneti kezeléssel nem lehet megoldani a bajokat, még akkor sem, ha egyébként kockázatai vannak a radikális megoldásnak. Volt olyan kormány, amely erőteljesen nekiment az egészségügy átalakításának. Azokkal az elképzelésekkel azonban nem értettem egyet, sokat kritizáltam. Veszélyes terep, mert ha balul sikerül, akkor annak bizony pártpolitikai, vagy akár kormányzati szintű, súlyos következményei is lehetnek.

– A pártpolitika négyévenként, vagy még sűrűbben változik személyeit, összetételét, koncepcióját tekintve. Az egészségügyi politika viszont sokkal hosszabb távú, nem lehet két évente megváltoztatni egy onkológiát. Magyarán, távolabbra kellene helyezni ezt az egész világot. Attól még a politikának persze legyen benne szerepe és sikere, de a bonyolult szakmai részét nem szerencsés az állandóan a közvélemény-kutatásra figyelő politikával összefüggésbe hozni. Mit gondol erről?

– Az egészségügy nagyon fontos politikai kérdés, de nem szabad belőle pártpolitikai ideológiát létrehozni! Sajnálatos módon mégiscsak ez történik, ennek következtében se a stratégiai, se az operatív intézkedések ebből nem vezethetők le. A másik dolog pedig az – ha már ilyen filozofikus magaslatozokba emelkedtünk –, hogy a modern egészségügy (beleértve a kórházrendszert is), valamikor az ipari társadalmak azon kényszeréből fakadt, hogy tömegesen kellett el látni betegeket. Jómagam alapvetően három szereplőt látok a színen. Az egyik az állam, amelynek visszavonhatatlan szerepe van az egészségügyi ellátás megszervezésében. A másik fontos szereplő a lakosság: betegként, hozzátartozóként vagy adófizetőként érintett, és persze ott van az egészségügy humán erőforrása, legyen az nővér, vagy orvos, illetve más kiszolgáló személyzet. Amikor ez az egész rendszer kezdett kialakulni a 19. század második felében – úgy is fogalmazhatnánk, megszületett egy „Öszövétség” – minden egyes szereplő megmondta, hogy mit vár el a másiktól, és ennek következtében milyen feladatokat vállal fel. Az állam felismerte, ha ipari szinten szeretne termelni, akkor ki kell építeni egy professzionális egészségügyet, a saját kórház- és oktatási rendszerével. Ezt úgy tudja megoldani, ha szabályozza az egészség-

ügyet, és biztosít hozzá megfelelő forrást. Amennyiben ez Beveridge-modell, akkor ezt adó formájában szedi be a lakosságtól, ha bismarcki rendszer, akkor pedig járulékként. A lakosság azért, hogy egészségügyi ellátást kapjon, hajlandó a jövedelmének egy részéről lemondani és elfogadja az egészségügyi szereplők patriarchális irányítási rendszerét. Az egészségügy szereplői pedig azért, hogy privilegizált helyzetbe kerüljenek, hajlandók lemondani a saját életük bizonyos részéről. Hiszen mindannyian látjuk, hogy egy orvos nem napi nyolc órát dolgozik, utána meg a szabadságát tölti – ez a hivatás egész emberéletemet kíván. Mindeközben az orvos kiteszi magát egyéb veszélyeknek (fertőző betegségek stb.) is. Ez volt tehát az „Öszövétség”. Aztán a XXI. században eljutottunk arra a szintre, hogy mindenkinek inadekvát módon kell viselkednie a rendszerben. Az állam egyre inkább magához kívánja vonni a feladatokat, ráadásul kézi vezérléssel próbálja irányítani azt, aminek szabályzott piaci viszonyok között kellene működnie, ugyanakkor sokallja a szükséges forrásokat. A lakosság már nem hisz vakon az egészségügyben, hiszen tájékozódhat az interneten is, ahol rengeteg információval találkozhat. De a lakosság nem hisz az államban sem, ezért az államnak nem akar fizetni, az egészségügyben pedig nem akarja elfogadni a tanácsokat. Az egészségügyi humán erőforrás pedig még több privilégiumot szeretne, ugyanakkor már nem hajlandó a teljes életét rááldozni. Vagyis itt az idő az „Újözövétség” kialakítására: szakmai, politikai, társadalmi konszenzust kellene teremteni a szereplők között, hogy ki mit vár el az egészségügytől, és ahhoz milyen áldozatot hajlandó hozni.

– Ez sajnos még nem működik, mert a modern társadalom borzasztóan „megszórja” az embereket jövedelem szempontból, még az egészségeseket is, hát még az időseket, betegeket.

– Gilly Gyula kutatása nyomán több előadásában is pontosan bemutatta, hogy az egészségügyi ellátórendszer funkcionális működése szempontjából mekkora jelentősége van annak, hogy milyen gazdasági és pénzügyi különbségek vannak a különböző társadalmi rétegek között. Ahol kisebb a rés a leggazdagabbak és a legszegényebbek között, ott a szegényebbek is jobb egészségügyi állapotnak örvendenek, a nagy különbséget tevők között pedig még a gazdagoknak is rosszabb az egészségügyi állapota. Amikor tehát arról döntünk, hogy milyen konszenzust kellene kötni, akkor nem lehet csak a pénzt „fetisizálni”, mert ennél sokkal mélyebb erkölcsi kérdések mutatkoznak.



Ha megnézzük, hogy mit teszünk egyénileg az egészséges életmódról, a saját és a családunk egészsége megőrzése érdekében, és mit teszünk meg egy autótól vagy egy új házáért, akkor lehetséges, hogy többet kellene dolgozni az egészségünkért, tehát magunknak is el kell dönteni a prioritásokat – miközben szidjuk a mindenkori politikát, hogy rosszul prioritizál. Ha megkérdezzük az embereket, hogy mi a számukra a legfontosabb, akkor azt mondják: az élet.

#### – Kanyarodjunk vissza Veszprémhez. Milyen állapotban van jelenleg a kórház?

– Amikor ide kerültem, ez az intézmény az egyik legkisebb megyei kórház volt. Ennek nyilván az volt az oka, hogy a megyében nagyon sok kisebb kórház van, összesen –

zelhető. Megvizsgáltam, hogy mi az a szakmai profil, amit feltétlenül szükséges kialakítani, és mivel a közép-dunántúli régióban, az országban egyedülként, nem volt onkológiai centrum, az onkológiát jelöltem meg. Leírtam, melyek azok az infrastrukturális fejlesztések, amelyeket mindenképpen meg kell tenni ahhoz, hogy ezt tartalommal lehessen megtölteni, továbbá mely eszközök átalakítását kell véghez vinni. Gondolok itt például a képalkotó diagnosztikára, amelynek a digitalizálása abban az időben indult el, aztán ott volt az ehhez szükséges integrált informatikai rendszerek kialakítása is. Meg kellett tervezni, hogyan lehet profiltisztítással, integrációval elérni, hogy a különböző megyékben lévő kórházak együttműködjenek, vagy adott esetben adjanak át egymásnak capaci-

posvári és a győri kórház adhatott be. A székesfehérvári ráadásul nem is nyert, emiatt nekünk sok kis projektből kellett építkeznünk. Persze volt ezek között 5 milliárdos kis projekt is. Úgy kezdtünk, hogy először a sürgősségi ellátás fejlesztésére készített pályázatot adtuk be, amire 500 millió forintot nyertünk, ebben leírtuk a sürgősségi ellátás szükséges fejlesztését és integráltuk az alapellátás sürgősségi részével. A Perinatális Invezív Centrum kialakítása egy 280 millió forintos pályázat volt, amelyet szintén elnyertünk. Ezt követte a struktúraátalakítási pályázat, ami kb. 5 milliárd forintos pályázat volt, majd az onkológiai pályázat következett, ami végül a többletforrásokkal együtt összességében szintén megközelítette az 5 milliárd forintot (4,7 milliárd Ft). Közben volt még egy KEOP-os pályázat, amivel a radiológiai eszközöket tudtuk lecserélni (120 millió Ft). Mindezekon felül volt egy TIOP 2.2.6-os pályázat, ami mintegy 700 millió forintos eszközbeszerzést jelentett, még azokból, amelyeket nem tudtunk betenni a struktúrapályázatba. Valamint ott volt az EFI-pályázat, ami ugyan nem TIOP-os, de az is 120 millió forint értékű volt. Most van elbírálás alatt egy TIOP 2.2.8-as pályázatunk, amelynek van egy retro része, amely visszafolytatja azt, amit az átalakítások során saját pénzből (költözés stb.) voltunk kénytelenek ráköltetni. Végül kb. 200 milliós pályázat volt járóbetegek-ellátás behozása a rendelőintézetekből a megüresedő helyekre. Mindezek együttesen 11 milliárd forintot meghaladó fejlesztést jelentettek, amit tíz év alatt végrehajtottunk – és ehhez még nem számoltam hozzá a megpályázott, de még el nem nyert összegeket. De nem csak a pénz számít, hanem a humánerőforrás szempontjából is fejlődünk, nem véletlenül alkítottuk a sebészetet, érsebészetet, fül-orr-gégészetet, urológiát, szemészetet. Ott, ahol egyébként megtudjuk azt tenni, hogy gyorsan leszalad az egyik sebész, aztán visszamegy, közben ellátja az egyik járóbeteget, aztán „forgatják” egymást. Az eredeti koncepcióban az szerepelt, hogy 8 milliárd forintot pályázunk meg, mert a struktúrapályázat és az onkológia körülbelül ekkora nagyságrendet tesz ki, a többi pedig „rátettük” ezekre. Amire még büszkék vagyunk, hogy mindegyik pályázatnak körülbelül fele, a 2.2.6-os pályázatnál pedig a 100%-a eszköz volt, tehát nem minden forrást „öntöttünk betonba”.

#### – Hány CT-készülék működik a kórházban?

– Jelen pillanatban kettő darab, egy 128 szeletes (ez a 2.2.6-os pályázat legnagyobb,



Balra az új onkológiai épület

ahogy már említettem – 13 fekvőbeteg-ellátó. A megyében a veszprémi kórház jelentette a progresszív ellátás csúcsát, ugyanakkor ezt finanszírozásban és kapacitásban nem lehetett követni. Az invazív kardiológia Balatonfüreden volt, nálunk nem volt idegsebészet és mellkassebészet, onkológia, pulmonológia és infektológia sem. Ebből látszik, hogy ezek „szétmentek” a kórházakból. Amikor le kellett tennem az asztalra a szakmai fejlesztési tervet, azt volt a fő kérdés, mit kell tenni a veszprémi kórházzal ahhoz, hogy az egy jó minőségű, konsolidált intézményként működjön. Úgy kezdtem a pályázatomat, hogy nem lehet kizárólag a veszprémi kórházra készíteni szakmai programot, amely a veszprémi kórházat kihúzná az adott problémakörből, a helyzet minimálisan megyei, de inkább regionális vagy térségi szinten ke-

tásokat és profilokat. Jó lehetőséget biztosított, hogy akkor indultak meg a 2007–2014-es uniós ciklus pályázata.

#### – A megyei közgyűlés elfogadta a benyújtott szakmai koncepciót?

– Igen, méghozzá egyhangúan. Amikor megtörténtek a kiírások, nekünk készen voltak a projektjeink, már volt célunk, önkormányzati támogatással bírtunk, és az is adott volt, hogy ezt milyen pályázati struktúrában fogjuk elvégezni. Így amikor megjelent egy új pályázat, a következő héten be is adtuk a pályamunkát, és mindegyik nyert. Azon intézmények, amelyek póluskórházként indulhattak, nagy, komplex programot tudtak letenni az asztalra. Nekünk azzal kellett szembenéznünk, hogy a környéken póluskórház-pályázatot a székesfehérvári, a ka-

300 millió forintos eszköze volt), a másik pedig egy 16 szeletes készülék, amely az onkológia „célzására” szolgáló CT. Úgy szereztük be az onkológiai CT-t, hogy hagyományos diagnosztikai CT-ként is tudjuk használni, amikor a 128 szeletes gép szervizelése történik.

#### – Mi a helyzet MR tekintetében?

– Egy MR-készülékünk van. A teljes képalakító diagnosztikánk (CT, MR, DSA) digitális, a helyszíni készülékek is. Kuriózum vagyunk a tekintetben, hogy speciális foglalkoztatással elértük azt, hogy elegendő számú radiológusunk legyen, akik nem csupán a mi kórházunkat látják el, hanem a környezőket is. Az innovatív vezetőnk és egy nagyszerű radiológus gárda hajlandó ebben partner lenni. Ők már képesek arra, hogy akár otthonról is egy második konzíliumot adjanak, és a készenlétesnek nem kell feltétlenül bejönnie.

#### – Hány ultrahangos készülékük van?

– A TIOP 2.2.4-es pályázatban egy hetes flottát vásároltunk. Így minden kompatibilis egymással, nyilván a különböző teljesítőképességhez képest. Ezen felül van még két régebbi ultrahang készülékünk, és most tervezünk beszerezni még kettőt.

#### – Az izotópdiaosztika is helyben történik?

– Saját izotópdiaosztikánk van, egy kétfejes SPECT, illetve egy gamma kamera. Utóbbi egészen új, a SPECT pedig 4 éves, tehát még jól működik. Cardio CT-t is készítünk, ahogyan az összes funkcionális felvélt is.

#### – Lineáris gyorsító?

– A lineáris gyorsítóink az onkológia kialakításával érkeztek. Országosan egyedülálló, hogy két, teljesen azonos tudású készülék működik egy helyen. A gépek a legmodernebb típusúak, a légzőkapuzástól kezdve mindent, brachyterápiát is tudnak.

#### – Hány műtő áll rendelkezésre?

– Az újonnan felszerelt központi műtőben hét darab műtő helyiségünk van. Ezek block-műtők, tehát a faltól az asztalig mindent eleve ide gyártottak le. A traumatológián még négy műtőnk van, amelyeket nem szüntettük meg, mert az volt a legújabb műtőblokkunk, és a traumatológián a szepikus műtő elkülönített, aztán van a csípőprotézisekhez egy speciális műtő, valamint még két másik is.

#### – A trauma 4-es műtőben van valamilyen szkafanderes, vagy laminar air flow-s műtő?

– Nem szkafanderes, de gyakorlatilag laminar air flow-s műtő. Továbbá van császár-műtő, mert erre a szülészetben szükség van. Ez a műtő is korszerű, frissen felújított állapotban van. A sebészeti osztályon van két szükség műtőnk, a fül-orr-gégészeten is van egy, azt elsősorban a kisebb műtétekre tartjuk fenn. Előnye, hogy nem kell a központi műtőbe vinni a beteget, ezeket a negyedórás, húszperces műtéteket helyben el lehet végezni. A szemészeten két műtő található, ezeket azért nem vittük be a központi blokkba, mert ott elsősorban lokál műtétek vannak. Blokkosítottunk, de ez nem „ész nélküli” blokkosítás volt, csak azért, hogy mindent a blokkban operáljunk. Jelen pillanatban ez a műtőkapacitás bőségesen elegendő. Ami viszont szűk keresztmetszet, az az aneszteziológiai kapacitás.

#### – Elmentek az aneszteziológusok?

– Jelenleg 22 aneszteziológusunk van, de ez is kevés, mert kellene az ügyelethez, és az intenzív osztályra is.

#### – Hány intenzív ágya van Csolnoky kórháznak?

– Tizenkettő, de jelenleg csak nyolcat működtetünk, éppen a személyzet, főként a nővérek létszáma miatt.

#### – Van szubintenzív, posztoperatív centrum?

– Rendelkezünk egy Perinatális Intenzív Centrummal, illetve a Gyerek Intenzív Centrummal is, ahol gyermekaneszteziológusaink is vannak. Sajnos a 22 aneszteziológus sem elegendő, bár éppen most jön egy Angliából. Jómagam is azt mondom, hogy kevesen vannak, még több szakember kellene, de könnyebb szerezni huszonkét aneszteziológus mellé egy huszonharmadikat, mint hét mellé a nyolcadikat.

#### – A trauma szubintenzív osztály hány ágygal működik?

– Jelenleg négy ágygal működik. Az eredeti trauma szubintenzívét nem állítottuk vissza a személyzet hiánya miatt. Igény lenne, nővér sajnos nincs.

#### – A járóbeteg-ellátással mi a helyzet?

– A járóbeteg-ellátásban van egy meglehetősen lerobbant rendelőintézetünk, ahonnan már elkezdtek a beköltöztetést. Már korábban behoztuk az audiológiát, most pedig a további rendeléseket. Az a célunk, hogy valamilyen (pl. energetikai) pályázattal felújítsuk. Még rengeteg feladat, mert emellett külső telephelyünkön van két pszichiátriánk is, amelyek felújítása feltétlenül szükséges. A dobai telephely kérdése a szociális és egészségügyi feladatok szétválasztásánál például egy olyan lehetőség, ami

biztosítja a telephely továbbélését, az ott lévő foglalkoztatottak továbbfoglalkoztatását. A sümegi telephelyen viszont mindenképpen legalább egy 3 milliárdos fejlesztést tervezünk.

#### – Mit üzen az utódjának?

– Nekünk alapvető feladatunk a források megszerzése, és a pályázatási struktúra létrehozása volt. Az, hogy Veszprémben végre tudtuk hajtani mindezt, annak az összefogásnak volt köszönhető, amit a tulajdonosoktól, a fenntartóktól és a kórházi kollégáktól kaptunk, hiszen a pályázataink szakmai tartalmát mind az osztályt betöltő orvosok írták. Nagyon büszkék vagyunk arra, hogy miközben léteznek profi pályázatírók is, nálunk a jövőt az itt dolgozó kollégák álmodták meg, és öntötték formába. Vagyis ez a tízéves sikertörténet azon teameknek a sikertörténete, akik ezeket létrehozták. Elindultunk egy olyan úton – az integráció és a profiltisztítás vonatkozásában –, amely felé még nem voltak lépések, úttörők voltunk és sajnos lemaradtunk, de nem rajtunk múlt, hogy ki, kivel integrálódik. Ezen az úton, bármilyen nehéz is lesz, tovább kell haladni, ezt nem lehet elkerülni. A legnagyobb kihívásnak mégis a humánerőforrás kérdésének megoldása tűnik. Az infrastruktúralis alapok 8-10 évre adóttak (legalábbis a központi telephelyen), azonban orvost és nővért találni még ilyen munkakörülmények között sem lesz könnyű.

#### – A Kórházszövetségnél most fejeződik be a president tevékenysége. Elméletileg újraszervezhető?

– Az új alapszabály szerint semmiképpen sem, hiszen ha az ember nem intézményvezető, akkor nem lehet a vezetőség tagja. Ugyanakkor Velkey György elnöki ciklusa alatt kialakítottuk a seniorrendszert, ami azt jelenti, hogy azoknak, akik a vezetőségben meglehetősen régóta és sokat dolgoztak, legyen lehetősége arra, hogy ők is belépjenek. Szükség is van rájuk. Ebben mindenképpen számíthatnak rám, én pedig ennek nagyon szívesen eleget teszek. Nem szívesen maradnék ki a baráti körből, miután elnökként, korábban elnökségi tagként háromszor három évet eltöltöttem ott. Nehéz kiszakadni onnan, ahol az ember tíz évig benne volt a rendszerben.

#### – Nem is kell! Nagyon remélem, hogy a következőkben is találkozunk majd az egészségügy színterein.

**Dr. Szepesti András**

# S-Fusion

Precise alignment for  
diagnostic confidence



Fast registration for  
efficient workflow



## PRECÍZ DIAGNOSZTIKA & PRÉMIUM KÉPALKOTÁS

A nagyteljesítményű fúziós képalkotással felszerelt prémium ultrahang készülék elősegíti a diagnosztikus precizitást. Az UGEO RS80 Prestige S-FUSION technológiája a gyors regisztrációnak és precíz illesztésnek köszönhetően javítja a diagnosztikus pontosságot az intervenciók beavatkozásoknál.



**RS80A Prestige**

Ultrahang készülék

**SONARMED**

Tel.: +36 1 203 75 81  
info@sonarmed.hu

**SAMSUNG**

# Amiben *segíthetünk...*

1.



Ön megalkotja  
*a szakmai koncepciót*

2.



Mi megtervezzük

3.



Ön lebonyolítja a  
*beszerzést*

4.



Mi szállítunk

5.



Mi karbantartjuk, szervizeljük

*...Ön azt kapja, amit szeretne.*