

kórház

XI. évfolyam 2005. december • A Geomédia kiadásában

ÉVÉRTÉKELÉS 2005

Boldog új esztendőt!

MENEDZSMENT

A színek tükrében

PARAGRAFUS

Ismét 13. havi illetmény

ORVOSTÁRSADALOM

Orvostársadalmi

**E LAPSZÁMUNK ÉS A MAGYAR
KÓRHÁZÜGY TÁMOGATÓJA:**



Miniszteri mérleg

Interjú dr. Rácz Jenővel

ORSZÁGOS TUDÓSÍTÓI HALÓZATTAL

LEGFRISSEBB EGÉSZSÉGÜGYI HÍREK

...NÉZZEN BE HOZZÁNK!

VIRTUÁLIS TOVÁBBKÉPZÉS

**...SZEREZZEN VALÓDI
KREDITPONTOKAT!**



**EGÉSZSÉGRŐL MINDENKINEK
HÉTKÖZNAPI NYELVEN**

SZAKMAI KÖZÖSSÉG

...TARTOZZON KÖZENK!

INGYENES REGISZTRÁCIÓ

WWW.WEBORVOS.HU

**Web
orvos**

A SZERKESZTŐBIZOTTSÁG ELNÖKE:

Dr. Golub Iván

TAGOK:

Dr. Ajkay Zoltán
 Dr. Varga Ferenc
 Dr. Rapi Katalin
 Dr. Székely Tamás
 Grenitzer Judit

Főszerkesztő: Dr. Szepesi András

Felelős szerkesztő: Bene Zsolt

Olvasószerkesztő: Vajda Angéla

Lapmenedzser: Zöldi Péter

Produkción vezető: Zsadányi Zsuzsa

Szerkesztőségi referens: Borda Tímea

ROVATVEZETŐK:

Európai Unió: Dr. Jakab Ferencné

Jogi rovat: Dr. Kőszegfalvi Edit

Finanszírozás: Dr. Boncz Imre

Informatika: Dr. Édes István

Infekciókontroll: Dr. Orosi Piroška

Transzfúzió: Dr. Vezendi Klára

Gyógyszer: Fekete Tibor

Minőségbiztosítás: Dr. Kullmann Lajos

Menedzsment: Dr. Csedő Zoltán

Nemzetközi sajtó: Kövesi Ervin

Kórházszövetség: Szlovákné Bandula Ilona

TANÁCSADÓ TESTÜLET:

Dr. Ajtay András, Dr. Blaskó György,

Dr. Bordás István, Dr. Fülöp Rudolf

Dr. Falus Ferenc, Dr. Elek Attila

Horváth Zoltán, Dr. Kiss József

Kató Gábor, Dr. Kásler Miklós

Dr. Krizmanich Mária, Dr. Molnár Lajos

Perényi László, Dr. Repa Imre

Dr. Rácz Jenő, Dr. Rendek Vilma

Dr. Romics László, Dr. Sarkadi Károly

Dr. Trencsényi Erzsébet, Dr. Varga Piroška

Kiadja: Geomédia Kiadói Rt.

Felelős kiadó: Somoskői Gábor vezérigazgató

Kiadó és szerkesztőség:

1133 Budapest, Visegrádi u. 116.

Telefon: (1) 461-7444 • Fax: (1) 461-7422

E-mail: korhaz@geomedia.hu

Internet: www.geomedia.hu

A Kórház szaklap aktuális tartalma

a www.weborvos.hu portálon tekinthető meg.

Nyomdai előkészítés: Szikra Lapnyomda Rt.

Felelős vezető: Máthé Sándor vezérigazgató

Nyomdai előállítás: Gyomai Kner Nyomda Rt.

Felelős vezető: Papp Lajos vezérigazgató

A Kórház utcai terjesztésre nem kerül. Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt. Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK) Hírlap Üzletág. Előfizethető közvetlenül a postai kézbesítőknel, az ország bármely postáján, vagy Budapesten a Hírlap Területi Képviseleteken (Postacím: 1900 Budapest, e-mail: hirlap@posta.hu, zoldszám: 06-80/444-444), továbbá előfizethető átutalással a Magyar Posta Rt. Üzleti és Logisztikai Központ 11991102-02102799 számú bankszámlára is. További információ: Borda Tímea (1) 461-7487
 ISSN 0230-3868

A Geomédia a Magyar Terjesztésellenőrző Szövetség tagja.

TISZTELT OLVASÓINK!

Karácsonyi-újévi lapunk megjelenése is jelzi, lassan eltelt egy újabb év, búcsút mondhatunk 2005-nek.

Számos évertékelő interjúval rajzoljuk körül az elmúlt év sikereit, problémáit.

Lapunk igyekszik a magyar kórházügy hiteles krónikása szerepét betölteni, ezért gyakran sötétebb az összkép, mivel intézményrendszerünk, a benne dolgozó vezetők és szakemberek többsége állandó szűkösség közepette kénytelen helyállni, tevékenykedni, s „tartani a lelket betegekben, orvosokban”.

2005 nem volt könnyű év, de 2006 sem lesz az! Az orvostudomány viharosan fejlődik, a követelmények nőnek, a betegek elvárásai fokoztak.

A közfinanszírozás ezzel nem tudott lépést tartani, és különösen nem tudta igazságosan biztosítani a – költségvetés lehetőségeihez képest nagy méretű ellátórendszer minden területén fellépő – szükségletek forrását. A tisztességesen meg nem fizetett orvosi és szakdolgozói túlmunka évszázados(!) hagyományát nehéz egy év alatt ledolgozni. Igen ám, de 2005-ben már egy új közösség tagjai is vagyunk, ahol e területen lényegesen előbbre járnak. A feszültség nagy, a kivetető helyes út megtalálása már nemcsak nemzeti, de uniós ügy is lett. A jelenleg működő ellátórendszer is mintegy száz év hozadéka. Majdnem fejlődést írtam, de ez a több társadalmi rendszert átívelő, megtorpanásokkal, visszaesésekkel, tévutakkal terhelt időszak szervezeti és gazdálkodási értelemben is kevésbé írható le a fejlődés fogalommal. Valóságos csoda, hogy tudományos és szakmai értelemben országunkban az orvosi ismeretek és gyakorlat mindvégig az európai élvonal közelében maradt. Hozzáférhetőségéről és igazságos elosztásáról már kevesebb jót írhatok, komfortja, szervezethe, betegbarát hangulata az elmúlt években érezhetően romlott.

Tudja ezt minden szereplő, reformtervek és gondolat kísérletek tucatjai maradtak (egy részük esetében hála Istennek) papíron, de a feszültség egyre nagyobb, s ilyenkor felmerül a kapkodó, átgondolatlan, kidolgozatlan és konszenzus nélküli

sokterápiák réme. Az eddigi kormányok szerencsére elkerülték a nagyobb rombolást, de választási év jön, és minden politikai erő az egészségügy megújítását ígéri. Kinek a szavára figyeljünk? Talán azokra, akik megtervezett és finanszírozott változásmenedzselést ajánlanak. Minden értéket, szakmai műhelyt, jól képzett szakembert meg kell őrizni. Úgy kell változtatni a képzési és az érdekeltégi rendszert, hogy csökkenjen a szakemberhiány. Ki kell építeni a lakosságot biztonsággal és igazságosan ellátó sürgősségi rendszert. Valószínűleg erősíteni kell a közfinanszírozás és a

területi ellátási elv összefüggését (a sürgősségi ellátórendszer csak ezen az alapon szervezhető). Elkerülhetetlen a magyar közfinanszírozott ellátórendszer elmélyült és részletes átvizsgálása és optimalizálása. A kórházak esetében elkerülhetetlen az ellátott lakosság-szám és a kapacitások összhangjának megteremtése, mivel a teljesítményvolumen-korlát csak befagyasztotta, de meg nem oldotta az

üzemgazdasági hatékonyság hiányából (is) eredő problémákat.

Az Európai Unió mindehhez partnernek jelentkezik. Az elmaradott helyzetű régiók nyertes pályázatait, az első elindított struktúrafejlesztő beruházás már mind ezt jelzik. 2006-ban felgyorsulhat az egészségügy modernizálásának előkészítése, de ehhez hozzá kell tenni saját erőfejlesztéseinket is!

Kedves Olvasóinknak, támogatóinknak, a kórházak orvosainak és minden dolgozójának boldog karácsonyi ünnepeket, és reményeket, vágyakat beteljesítő, de legalább a korábbiaknál egy kicsit könnyebb üjlesztendőt kívánunk.

Ne feledjük külön köszönteni azokat a kollégáinkat, akik a kórházi ügyeletekben, az alapellátásban és a mentőautókban azért dolgoznak, hogy ünnepeink békésen, biztonságban teljenek.



DR. SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

AMLIPIN

5 mg 30x
10 mg 30x
tabletta

amlodipin

www.teva.hu

MAGAS

AMLIPIN

NORMÁL

Amlipin - ideális megoldás **hypertonia** és **stabil angina pectoris** betegségekben

Kedvező árú amlodipin, amely **egyenértékű** a Norvasc, Normodipine és Cardilopin gyógyszerkészítményekkel

Amlipin
A jó vérnyomás szívügyünk.

TEVA
Magyarország

Kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási útmutatót (OGYI-TS154/01, OGYI-TS155/01)

TEVA Magyarország Rt. 1074 Budapest, Rákóczi út 70-72. 1170 Irodaház, Telefon: (1) 288 6400, Fax: (1) 288 6410.
További információk: www.teva.hu

Bemutatjuk a dél-pesti Jahn Ferenc kórházat

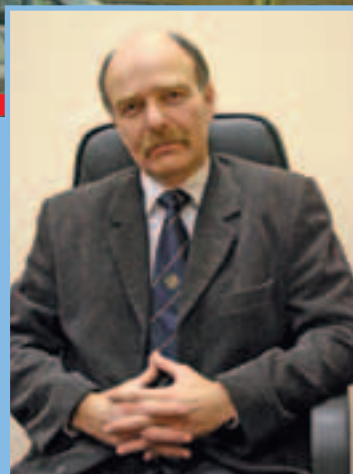


63



Dr. Golub Iván évértékelése

25



Hol tart a radiológia?

28



14

Rehabilitációs szolgáltatások

KÓRHÁZHÍREK

4 Kórházügyeink

Mi történt a magyar egészségügyben?

MENEDZSMENT

6 A színek tükrében

Hogyan döntsünk stratégiai kérdésekben?

AKTUÁLIS

8 A szaktárca jogszabály-tervezetei

Küzdelem a dohányzás visszaszorításáért

PARAGRAFUS

10 Ismét 13. havi illetmény

Legalább tizenkét hónap közalkalmazotti jogviszony esetén

11 Biztosan biztosítóegyesület?

Egy non-profit megoldás jogszabályi háttere

REHABILITÁCIÓ

14 Rehabilitációs szolgáltatások

Multidiszciplináris teammunka

16 Mozgásszervi betegek rehabilitációja

Nappali kórházi körülmények között

ÉVÉRTÉKELÉS 2005

19 Miniszteri mérleg

Dr. Rácz Jenő foglalta össze az egészségügy idei eseményeit

25 Boldog új év?

Interjú dr. Golub Ivánnal, a Magyar Kórházszövetség elnökével

28 Mi lesz öt év múlva?

Radiológiai nézőpont

30 Tíz év TEVA

Interjú Rózsa András vezérigazgatóval

34 A sanofi-aventis a kutatásra fogad

A gyógyszeripar feladata: küzdeni a betegekért és az orvosokért

36 Biztonságra van szükség

Magyarország legjobb munkahelye

38 Integrált rendszerek kellenek

Terjeszkedés Nyugat-Európában

40 A fúziós eljárások a jövő

Proaktivitás

41 Új stratégiai irányok?

Komplex digitális radiológia

43 Újraindítani az egészségügyet?

Új módszerek kellenek

43 2005 – a fejlesztések éve

A kórházaknak integrált rendszerre van szükségük

49 Az EUROMEDIC Közép-Kelet-Európából Európa felé terjeszkedik

50 Úttörők

Széles spektrumú szolgáltatás

53 Kettős szorításban

Alulfinanszírozás

ORVOSTÁRSADALOM

55 Orvosdinasztiák

Apáik hivatását elutasítják a fiatalok

INFORMATIKA

58 Hatékony ellátásszervezés és gazdaságos működés a kisvárdai Felső-Szabolcsi Kórházban

Esettanulmány

LÉTESÍTMÉNY-MENEDZSMENT

60 Többet nyújtani

Növelni kell a betegek elégedettségét

61 A bizalom megteremtése a cél

Mézeskalácsot karácsonyra

KÓRHÁZI VIZIT

63 Fejlesztések a fennmaradásért

Kórház a város szélén



Kórházügyeink

Több mint ezer kórházi orvos hiányzik

A több mint negyvenezer diplomás orvos közül 34360-an dolgoznak ténylegesen a szakmájukban. A kórházakban összesen 12750 állás van, ebből azonban 1315 hely – ez másfél évfolyamnyi orvostanhallgatót jelent – betöltetlen. Nem sokkal jobb a helyzet a járóbetegszakellátásban. Itt – Kapócs Gábor, az Egészségügyi Minisztérium helyettes államtitkára szerint – 7-10 szakrendelőnyi doktor, több mint ötszázán hiányoznak. 2003-ban 6080 háziorvosi állást tartottak nyilván, közülük egy idén októberi számbavétel szerint 68 betöltetlen.

Félmilliárdot költött biotechnológiára a Richter

Elkészült a Richter új biotechnológiai kutató és gyártóegysége. A beruházás egy év alatt 500 millió forintból valósult meg – közölte a társaság budapesti sajtótájékoztatóján, pénteken. A labo-

Megnőtt a regisztrált új HIV-fertőzöttek száma 2005-ben, de még így is a kevésbé fertőzött országok közé tartozunk.

George Washington-díjjal tüntették ki Kaáli Géza professzort New Yorkban. Az Amerikai-Magyar Alapítvány elismerését a professzor tudományos munkássága és világszabadelmi mellett a lombikbébi-kezelések területen elért eredményeiért kapta.

Ha kötelező védőoltás okoz bajt, mégis jár majd az állami kártalanítás.

Aláírásgyűjtés indult a csepeli Weiss Manfréd Kórház önálló, négy alapszakmász közkórházzá való visszaállításáért.

Az urológiai osztály alapításának harmincadik évfordulója kapcsán tartottak tudományos ülést a Bajcsy-Zsilinszky Kórházban.

ratóriumban öt év múlva kezdődik meg a gyógyszerek alapanyagául szolgáló rekombináns fehérjék gyártása. Bogsch Erik, a vállalat vezérigazgatója sajtótájékoztatón közölte: a természetes alapú fehérjék piaca folyamatos növekszik, ami komoly kitörési lehetőséget jelent a Richter számára.

Félmillió magyar tüdeje krónikus gyulladással

A COPD a kontinensen jelenleg Magyarországon szedi a legtöbb áldozatot: becslések szerint mintegy félmillióan szenvednek ebben a betegségben úgy, hogy nem is tudnak róla, s mindössze hatvanezerre becsülik a tüdőgyógyászati hálózatokban nyilvántartott kezeltek számát. A tüdőgyógyászok szerint a kór valódi veszélyeiről, egyáltalán a létezéséről szinte semmit nem tud a hazai lakosság. A betegséget a légszennyezés, elsősorban a dohányzás okozza, a cigarettafüst ugyanis a tüdő krónikus gyulladását idézi elő: a COPD-betegek 80-90 százaléka dohányzik, s a dohányosok húsz százaléknál bizonyosan jelentkezik a kór.

Kórház is küldhet behajtót?

2007-től, amikor a kormány terveit szerint már élesben működik a biztosítási alapú egészségügyi rendszer, a hazai beteget is megkeresheti a kórházi számlával a végrehajtó. Első lépésként a biztosítatlanoknak maguknak kell állniuk a számlát, s ha azt behajtani nem lehet, akkor csak végső teherviselőként téríti meg az állam a kezelés díját. Tavaly körülbelül 3000 kórházi, 600 járóbeteg- és 2300 fogászati ellátást nem fizetett ki az egészségbiztosító a hazai kórházaknak a biztosítással nem rendelkező betegek kezelése után. Ha a beteg külföldi állampolgár volt, akkor az intézetek behajtó céget bíztak meg a tartozás rendezésével, a biztosítatlan magyarok számláját az állam állta.

A Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet pályázatot hirdet az alábbi szakmákban a kórház különböző osztályaira, szakorvosi álláshelyekre:

- anaesthesiológus és intenzív terápiás szakorvos,
- gyermekintenzív terápiás szakorvos,
- fül-orr-gégész szakorvos,
- kardiológus (belgyógyász szakvizsga előtt álló pályázók részére második szakvizsga lehetőséget biztosítunk),
- rehabilitációs szakorvos,
- sebész szakorvos,
- Sürgősségi Betegellátó Osztályra (két fő): sürgősségi orvostan szakorvos, intenzív-terápiás szakorvos, belgyógyász szakorvos vagy szakvizsga előtt állók részére.

A pályázathoz csatolandó:

Orvosi diploma fénymásolata, szakorvosi bizonyítvány fénymásolata, OONYI, MOK tagsági igazolvány, erkölcsi bizonyítvány.

Egyéb juttatás:

Az anaesthesiológus és intenzív terápiás szakorvos, valamint a sürgősségi orvostan szakorvosok vonatkozásában kiemelt bérezés, illetve lakáslehetőség, megbeszélés szerint.

Pályázatot hirdet továbbá beosztott gyógyszerési álláshelyre.

Pályázati feltételek:

- gyógyszerésztudományi karon szerzett egyetemi diploma,
- részletes szakmai önéletrajz,
- MGYK tagsági igazolvány másolata,
- érvényes erkölcsi bizonyítvány,
- tudományos közlemények, előadások jegyzéke,
- nyilatkozat arról, hogy a pályázati anyagot az eljárásban résztvevők megismerhetik.

Előnyt jelent: intézeti gyógyszerészeti gyakorlat

A meghirdetett álláshelyekkel, bérezéssel, lakáslehetőséggel kapcsolatban részletes információt dr. Kószei Gábor orvos-igazgatótól lehet kérni a (36) 410-313-as telefonszámon.

A pályázatokat dr. Szakács Ferenc mb. főigazgató címére: 3001 Eger, Pf. 15. kérjük benyújtani.

GŐZTECHNIKA Kft.

**SPIRAX SARCO
gőzrendszerek
GARIONI NAVAL
a gyorsgőzfejlesztőtől
a nagykazánig**

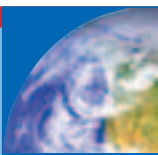
**RENDSZEREK
SZERELVÉNYEK
SZERVIZ**

**www.goztechnika.hu
Tel.: (62)553-950**

nuár 7-én rendezendő jótékonyági báljának bevételét. Az esten tombola, estélyiruha-bemutató és zene is gondoskodik majd a bálozók szórakoztatásáról. A Nyíró Gyula Kórház egyike a főváros legrégebbi kórházainak, a fogyatékkal élők gyógykezelését mindig kiemelten kezelte. Most főként dagadtos megbetegedéseik gyógyításának körülményeit szeretnék javítani. Az est fővédnöke Súlyom Erzsébet asszony lesz.

Hogyan okoz betegséget a madárinfluenza?

A Hong Kong-i egyetem kutatóinak sikerült legalábbis részben fényt deríteni arra, miért okoz olyan súlyos betegséget és sokszor halált ez a bizonyos H5N1 típusú madárinfluenza. A kutatók azoknak a gyulladást elősegítő fehérjéknek, a citokineknek és a kemokineknek a szintjét nézték, amelyek a H5N1 hatására a tüdősejtekben keletkeznek. Kiderült, hogy ez a vírus sokkal, akár tízszer is hatékonyabban idézi elő ezek termelődését, mint az emberi influenza vírusa. Ez lehet részben az oka a betegség szokatlan súlyosságának és a kialakuló halálos tüdőgyulladásnak, illetve akut légzési distressznek. Az említett fehérjék szerepe alapvető az immunválasz szabályozásában és összehangolásában, ha ez az egyensúly felborul, a gyulladás szabályozatlanul kiterjedhet, és ez vezethet a súlyos, sokszor halálos tüdőgyulladáshoz.



KITEKINTŐ

Kövesi Ervin kitüntetése

Kövesi Ervin, az Egészségügyi Gazdasági Szemle főszerkesztője a bécsi tartományi kormány arany érdemrendje kitüntetést kapta. A díjat a bécsi szenátus ülésében ünnepélyes körülmények között adták át, amelyen ismertették életpályáját, és méltatták az osztrák-magyar egészségügyi kapcsolatok fejlesztésében végzett több évtizedes munkáját. Szerkesztőségünk ezúton gratulál Kövesi Ervinnek, aki egyben lapunk nemzetközi rovatát is gondozza.

Fotó: Wienpress



Kórházi vizsgálatok előjegyzéssel

Általában egy-két hetes előjegyzéssel kell számolnunk a kórházi vizsgálatoknál és a tervezhető műtéteknél. Golub Iván a Magyar Kórházszövetség elnöke szerint az orvosi létszám, illetve a munkaszervezés nagyban befolyásolja a lehetőségeket. A túlórákra vonatkozó korlátozások betartása eleve szűkíti az elvégezhető beavatkozások számát – mondja Golub Iván, aki szerint idővel hozzá kell szoknia a magyar társadalomnak is a Nyugat-Európában megszokott gyakorlathoz. A sorban állás sajátos oka az is, hogy a szükségesnél sokkal gyakrabban járunk orvoshoz. Magyarországon ötször több a beteg-orvos találkozás, mint például Svédországban.

A Nyíró Gyula kórházé a bevétel

A kórház fogyatékkal élők ellátását segítő programjára ajánlja fel a Lions Klubok Nemzetközi Szövetségének magyarországi szervezete a 2006. ja-

Novemberben Székesfehérváron is rendeltek a bohócdoctorok, a megyei kórház gyermekosztályán kezdik el a nevetésterápiát a MOL Rt. támogatásával.

Az orvosok elégedettek a gyermekorvosok egészségügyi átalakítását szorgalmazó programmal, szerintük az javítani fogja a hazai gyermekellátást.

Megegyezett a pástói önkormányzat az ügyeletet korábban megtagadó orvosokkal.

Decembertől minden patikában gyűjtik a lejárt szavatosságú gyógyszereket.

Az EU tavalyi csatlakozásunk után hozott döntése szerint a tavaly belépett országok még tíz évig nem készíthetnek generikumokat. Az új tagországok, köztük Magyarország is azt szeretnék elérni, hogy utólag még jó ideig kivételt kapjanak a szabályozás alól.



A színek tükrében

A mindennapi működés során alkalmazott intuitív döntési technikák, bár többnyire hatásosak, mégis ritkán hatékonyak, illetve optimálisak stratégiai döntési helyzetekben. Márpedig a kórház, a kórházi osztály jövője szempontjából korántsem mellékes, hogy milyen technológiákat, eljárásokat alkalmaznak és fognak alkalmazni a jövőben, milyen továbbképzéseken vesznek részt alkalmazottaik, kik is egyáltalán az alkalmazottak és kik vezetik őket.

Döntési szituáció

A vezető életének része a felelősségteljes döntéshozás. Különösen hangsúlyos a felelősség a jövőt döntően befolyásoló kérdésekben (annak ellenére, hogy nem biztos, a vezető megéli az adott pozícióban döntése gyümölcsét). Mégis ritka az átgondolt, stratégiai döntéseket segítő technikák alkalmazása a hazai kórházak gyakorlatában, miközben a legtöbb iparágban jelentős fejlődésről számolhatunk be e tekintetben az elmúlt dekádra visszatekintve.

A lehetőségek kiválasztása

Gyakran az is gondot jelenthet, hogy milyen lehetőségek jöhetnek számításba, amikor döntenünk kell. Az alternatív megoldások kiválasztása a döntéselőkészítés egy korábbi fázisát jelenti, a következőkben részletesen bemutatott módszer célja kifejezetten a lehetőségek közötti választás megkönnyítése.

A szemléltetés kedvéért tekintsük a következő helyzetet: vezető orvosi pozí-

cióra öt potenciális jelölt, Mark GREENE, Doug ROSS, Peter BENTON, John CARTER és Kerry WEAVER közül kell választanunk.

A szempontok tisztázása

A választáshoz elengedhetetlen a döntési szempontok előzetes tisztázása. Egyrészt fontos a döntés során minél több szempontot figyelembe venni, másrészt törekedni kell a fontos kritériumok kiválasztására.

A gyakorlatban 5-7 jól kiválasztott szempont ideális helyzetet teremt; egyserre biztosított a döntés kellő megalapozottsága és a döntési folyamat kezelhetősége. A példánkban ilyen szempontok lehetnek a jelölt képzettsége, szakmai gyakorlata és elismertsége, személyisége, kapcsolatai, fizetéssel szemben támasztott igénye.

Mátrix kialakítása

A lehetőségek és a szempontok ismeretében kialakítható egy 5x5-ös táblázat, melynek oszlopait a lehetőségek, míg sorait a szempontok alkotják (vagy tesszés szerint fordítva). A kérdés már csak az, hogy mire használjuk a kialakított cellákat.

Megjegyzendő, hogy a mátrix oszlopai közé csak azok a lehetőségek kerülnek be, amelyek kivitelezhetőségével szemben nincsenek elvi akadályok, mint például a munkakör betöltéséhez minimálisan szükséges szakmai képesítések hiánya vagy súlyos összeférhetlenség.

Skála meghatározása

Túlzottan ragaszkodunk a számokhoz. Felejtjük el őket! Kevés dolgot tudunk pontosan számszerűsíteni, illetve a számszerűsítés következtében az agyunk rögtön különböző jelentéstartalmakat is hozzárendel a számokhoz (például összeadhatóság, abszolút nagyság...).

Használjunk színskálát. Érdekes egy szín árnyalatait használni (jelen esetben a lila), például úgy, hogy a negatív dolgokhoz világosabb színeket, míg az egyre pozitívabbnak ítélt tényezőkhöz egyre sötétebb árnyalatot rendelünk. A döntési szituációk többségében az 5-ös skála a legjobb választás, de elképzelhető ettől eltérő számú színárnyalatot (vagy színt) tartalmazó skála használata is.

Színezzünk!

Kész a mátrix, kész a skála, nincs más dolgunk, mint kiszínezni a cellákat. Két stratégia ajánlott; vagy haladjunk oszloponként, vagy soronként. Figyelembe véve a kényelmi és időszempontokat, mi szempontokként (soronként) haladva javasoljuk az összevetést.

A képzettség tekintetében Doug ROSS és Kerry WEAVER végzettsége kimagasló, Mark GREENE-é és a sebész Peter BENTON-é átlagon felüli, míg John CARTER lelkes újonc. Hasonló a helyzet a gyakorlat és az elismertség tekintetében is, azzal a megjegyzéssel, hogy BENTON és WEAVER elismertsége alacsonyabb szakmai végzettségüknél. A színezést a többi szempont szerint is végrehajtva elének tárul a „színes jövő”.

Szép, szép, de melyiket válasszam?

Az optimális megoldás a legsötétebb kiegyensúlyozott lehetőség. Az első kritérium (legsötétebb) azt jelenti számunkra, hogy a legtöbb szempontból átlagon felüli választást jelent, míg a második kritérium (kiegyensúlyozott) arra vonatkozik, hogy a lehetőségnek minimális a buktatója.

ROSS és WEAVER ugyan rendkívül tehetséges orvosok, azonban mindkettejük esetében a kinevezés rejtett buktatót rejt (fehér területek). ROSS esetében a mun-

	Mark GREENE	Doug ROSS	Peter BENTON	John CARTER	Kerry WEAVER
Képzettség	Dark Purple	Black	Dark Purple	Light Purple	Black
Gyakorlat, elismertség	Dark Purple	Black	Dark Purple	Light Purple	Dark Purple
Személyiség	Dark Purple	Dark Purple	Dark Purple	Dark Purple	Light Purple
Kapcsolatok	Dark Purple	Light Purple	Dark Purple	Dark Purple	Light Purple
Fizetés	Dark Purple	Light Purple	Dark Purple	Black	Dark Purple
Színskála	+	++	0	-	--

A döntést segítő mátrix



KITEKINTŐ

Kórházi menedzsment Dániában

Évekkel ezelőtt szokásos volt, hogy a központi kórházmenedzsmentet egyetlen személyre bízzák, aki orvosi háttérrel rendelkezett. A mai költségtudatos társadalomban azonban a kórházigazgatótól alapvetően megkövetelik, hogy üzemgazdasági, és ne orvosi végzettséggel rendelkezzen. Ennek megfelelően a nyolcvanas évek óta kísérletileg a legtöbb kórházban a kórházmenedzsmentet több személyre osztották fel, akik pénzügyi és orvosi ismeretekkel rendelkeznek. Gyakori példa a hármas menedzsmentmodell, amely egy gazdasági, egy orvos- és egy ápolási igazgatót tartalmaz. Mivel a felelőségek nem teljesen elkülönítettek, ez a döntésben problémákhoz vezethet, és megegyezés híján csökken a menedzsment hatékonysága. Ezenkívül más menedzsmentmodelleket is kipróbálnak. Kisebb régiókban több kis kórház egy menedzsment alatt fuzionált, a nagyobb kórházakban pedig az ún. elnökségi modellel kísérleteznek. Eszerint a kórház felső menedzsmentje a főigazgató egyszemélyes felelőssége alatt áll, akit egy igazgatási grémium támogat, amely nemcsak egy orvost és egy ápolási vezetőt foglal magában, hanem pénzügyi kontrollert, személyzeti menedzsert, mérnök vezetőt, fejlesztési vezetőt is. A jövőbeni kórházmenedzsment valószínűleg továbbra is sokrétű lesz, nem utolsósorban a kórházak különböző mérete és feladatai miatt. A szervezetet azonban előreláthatólag az az általános kívánság fogja befolyásolni, hogy a költségvetési felelősséget lefelé decentralizálják. Az elv a következő: a tényleges menedzsmentszintnek kell viselnie a felelősséget a tevékenységekért, és a decentralizálásnak fokoznia kell a dolgozók motivációját, emelnie a jó közérzetüket és a fokozott produktivitás lehetőségét.

Hospital

kahelyi partnerkapcsolatok (annak ellenére, hogy szakmai kapcsolatai erősek!) és a túlzott fizetésigénye, míg WEAVER esetében az emberi-munkahelyi kapcsolatok rossz kezelése tartogat rejtett konfliktust.

BENTON és CARTER szerencsétlenségére GREENE a páros összevetésekben jobb náluk. Az ő oszlopa a legsötétebb és egyben a legegységesebb. Tehát, mint az ábrából is szó szerint „látszik”, GREENE az optimális jelölt a vezető orvosi beosztásra a potenciális jelöltek közül.

Variációk

A módszer szofisztikálására több lehetőség is nyitva áll. Például a módszer finomítása, ha azt is figyelembe vesszük, hogy az egyes szempontok nem egyformán súlyosak a döntésünkben. Ez vizuálisan úgy oldható meg, ha az egyes szempontokhoz tarozó soroknak eltérő a magasságuk, és annnyival magasabb az egyik sor a másikkal, amennyivel fontosabb az a szempont a döntésünk meghozatalában.

Egy másik lehetőség a döntés megbízhatóságának javítására, ha a kialakított

mátrixot több „szakértővel”; akár magukkal a jelöltekkel, akár más kollégákkal is kitöltetjük, és a következtetéseket összevetjük.

Zárásként nem is kívánhatunk mást, mint színes jövőt (nemcsak) a kórházba!

HORTOVÁNYI LILLA ÉS SZABÓ ZSOLT ROLAND

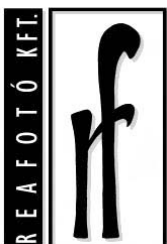
Budapesti Corvinus Egyetem,
Vezetéstudományi Intézet,
Stratégiai és Nemzetközi
Menedzsment Kutatóközpont



KONICA MINOLTA

A minőségi digitális képalkotásért!

Kellemes ünnepeket és még sikeresebb új évet kívánunk a magyar kórházaknak!



REAFOTÓ KFT.

1106 Budapest, Gitár u. 34-36.

Tel/fax: 1 261-9558, 1 260-6634

web: www.leafoto.hu

e-mail: leafoto@hu.inter.net





A szaktárca jogszabály tervezetei

A szaktárca egyes egészségügyi tárgyú jogszabályok módosítását kezdeményezi. A törvényjavaslatok általános vitája lapzáránk idején kezdődött.

A Kormány „100 lépés” programjának 21 lépés az egészségügyért részének fontos célkitűzése a biztosítási elv erősítése. Ennek végrehajtása jelen törvényjavaslaton kívül több törvény összehangolt módosítása révén valósul meg.

Az egészségbiztosítási rendszer új elemei

A legjelentősebb változás, hogy jövő év elejétől valamennyi belföldi személy jogosult lesz a természetbeni ellátásokat (azaz az egészségügyi szolgáltatásokat) az Egészségbiztosítási Alap terhére az Ebtv. jelenleg is hatályos szabályainak megfelelően térítésmentesen, illetőleg részleges térítési díj ellenében igénybe venni. A „100 lépés” programot megelőzően létezett a társadalomnak egy olyan csoportja, akik csak akkor váltak jogosulttá egészségügyi szolgáltatásnak az egészségbiztosítási rendszer keretében történő igénybevitelére, ha erre megállapodást kötöttek az egészségbiztosítóval. Az új szabályok értelmében ezen személyek egy részének jogosultságát (például mezőgazdasági őstermelők) az alapozza meg, hogy a központi költségvetés járulékot fizet utánuk, másik része pedig azért, hogy megállapodás-kötés nélkül járulékfizetésre kötelezté váltak.

Gyógyászati segédeszközök – nem egészségügyi szolgáltatótól

Az elmúlt két évben az egészségügy területén végzett jogalkotói munka egyik prioritásként kezelt területe a gyógyászati segédeszközökre vonatkozó szabályok megalkotása volt. Ennek végéhez közeledve szükséges az Ebtv. vonatkozó rendelkezéseinek jelen törvényjavaslattal történő módosításával megteremteni annak lehetőségét, hogy bizonyos gyógyászati segédeszközök esetében nem egészségügyi

szolgáltatóval is lehessen szerződést kötni az adott gyógyászati segédeszközhöz kapcsolódó társadalombiztosítási támogatás elszámolására. Jelenleg ugyanis a gyógyászati segédeszközök árához, kölcsönzési díjához nyújtott támogatás elszámolására a megyei egészségbiztosítási pénztárak az egészségbiztosítási törvény alapján csak működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatókkal köthetnek szerződést.

Az OEP és a MEP-ek ellenőrzési jogköre

A törvényjavaslat pontosítja az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, illetve a megyei egészségbiztosítási szervek ellenőrzési jogkörére vonatkozó szabályokat is. A megyei egészségbiztosítási pénztárak az Ebtv. alapján ugyanis atipikusnak minősíthető polgári jogi szerződéseket kötnek az egészségügyi szolgáltatókkal a finanszírozott egészségügyi ellátások nyújtására, a forgalmazókkal, a gyógyászati ellátást nyújtó szolgáltatókkal a biztosítottak részére kiszolgáltatott gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve nyújtott gyógyászati ellátás után járó ártámogatás elszámolására, valamint a nem finanszírozott egészségügyi szolgáltató orvosával gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére.

Pszichiátriai betegek gyógykezelése

A pszichiátriai betegek gyógykezeléséről és gondozásáról szóló fejezet módosítása szakmai szempontok mellett feloldja az ellentmondásokat, pótolja a fogalmi hiányosságokat. A módosítás elsősorban a napi gyakorlatban jelentkező problémák megoldására tesz javaslatot.

Betegjogok

Az egészségügyi törvény betegjogi fejezetének módosításai Gyermekjogi Közalapítvány javaslatainak, vagyis a betegjogi képviselők tapasztalatainak, konkrét betegpanaszokon alapulnak. A módosítás a betegek jogait bővíti azzal, hogy a beteg az általa megjelölt személyek részére megtilthatja, hogy őt ezen személyek a kórházi

tartózkodása alatt meglátogassák. A módosítás szerint a beteg panaszainak, illetve a betegjogi képviselő észrevételeinek kivizsgálására szánt idő meghosszabbodik, azzal a céllal, hogy alaposabb ügyintézésre, további egyeztetésekre, szakértők bevonására hosszabb idő álljon rendelkezésre.

Szervek, szövetek átültetése

Az egészségügyi törvény és a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény módosítását egyaránt igényli a szerv- és szövetátültetésre várók várólistájára való felkerülésre jogosult személyi kör megváltoztatása. A jelenlegi jogszabályok szerint ugyanis arra a Magyar Köztársaság területén tartózkodó személyek közül bárki felkerülhet, ha az orvosiilag indokolt, függetlenül attól, hogy az adott személy életvitelszerűen Magyarországon tartózkodik-e, vagy sem. Tekintettel azonban arra, hogy a transzplantációs várólistákon 2004-ben összesen 1021 beteg szerepelt és ehhez képest – a rendelkezésre álló szervek alacsony száma miatt – 296 átültetésre kerülhetett sor, szükséges a várólistára való felkerülésre jogosultak körét átgondolni és – a nemzetközi és Európai Unió kötelezettségeinket szem előtt tartva – a rendelkezéseket módosítani.

A dohányzás visszaszorítása

A Magyar Köztársaságnak a dohányzás visszaszorítására irányuló nemzetközi kötelezettségvállalásaira tekintettel, figyelemmel a nemzeti népegészségügyi program vállalásaira, a dohánytermékek fogyasztására vonatkozó szabályozás fokozatos továbbfejlesztése szükséges. Ennek jegyében a törvény jelen módosítása a magyarországi dohányzásellenes küzdelem fontos állomása. A javaslat a nemdohányzók védelméről szóló törvény módosításával lehetőséget nyújt arra, hogy a jogalkotó – a népegészségügyi célokkal összhangban a dohányzás visszaszorításával lépéseket tegyen annak érdekében, hogy a mindennapi élet számos fontos színterén megvédje az embereket a dohányzás egészségére káros hatásaitól.

EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM

Metilprednizolon-Human

Por alakú liofilizált hormonkészítmény injekcióhoz és infúzióhoz.
40mg, 125mg, 500mg, 1g

www.teva.hu



Metilprednizolon-Human. Széles hatásspektrumú por alakú liofilizált hormonkészítmény injekcióhoz és infúzióhoz.

Terápiás javaslatok (területek):

- endokrin zavarok
- reumás megbetegedések
- kollagén betegségek
- bőrbetegségek
- allergiás körképek
- szemészeti körképek
- gyomor és bélbetegségek
- légzőszervi megbetegedések
- hematológia
- daganatos megbetegedések
- ödémás állapotok
- idegrendszeri elváltozások
- kardiovaszkuláris körképek
- szervtranszplantáció

Metilprednizolon-Human.

Négyféle hatáserősségben versenyképes áron a Teva-tól.

Forgalmazza: Humantrade Kft. 2100 Gödöllő, Repülőtéri út 5.

TEVA
Magyarország



Ismét 13. havi illetmény

A Magyar Köztársaság 2004. évi költségvetéséről és az államháztartás három éves keretei végrehajtásáról szóló 2005. évi CXVIII. törvény 34. §-a rendelkezett a közalkalmazottak tizenharmadik havi juttatásáról. Ezzel az egyhavi külön juttatásról szóló korábbi szabályok hatályon kívül kerültek, és helyébe ismételten a tizenharmadik havi illetmény lépett.

A teljes tizenharmadik havi illetmény feltétele, hogy legalább tizenkét hónap közalkalmazotti jogviszonnal rendelkezzen a tárgyévben a közalkalmazott, a jogalkotó azonban szabályozta az arányosított 13 havi illetmény feltételeit is. Ezt a szabályt a 2005. évre vonatkozó tizenharmadik havi illetményenél nem lehet alkalmazni, az arányosítás szabálya majd csak a 2006. évhez kapcsolódó 13 havi illetményenél vehető igénybe. A rendes szabadság és a szülési szabadság jogszerző időtartamnak minősül, illetőleg felsorol a jogszabály néhány olyan jogcímen való távollétet, amelyeknek ha az együttes időtartama a tárgyévben a hat hónapot nem haladja meg, akkor figyelembevételre kerül.

Változatlanul érvényes, hogy a tizenharmadik havi illetmény megegyezik a közalkalmazott adott tárgyév december havi illetményének összegével. A tizenharmadik havi illetmény kifizetésére január 16-án kerül sor.

2006. január 1-je után, ha a közalkalmazottnak év közben a jogviszonya megszűnik, akkor az utolsó munkában töltött napon részére – kérésére – a tizenharmadik havi illetményt ki kell fizetni. Ebben az esetben azonban a jogviszony megszűnésekor irányadó illetményösszeg alapján kell a tizenharmadik havi illetményt kiszámolni.

Átmeneti rendelkezések

A 2005. évben a közalkalmazotti törvény módosulása folytán bizonyos közalkalmazotti kör nem kapott egyhavi külön juttatást, illetve akinek 2004. december 31-ig megszűnt a közalkalmazotti jogviszonya, az sem kapott a 2004. évre juttatást. Ezt a kérdéskört

kívánja rendezni a 2005. évi CXVIII. törvény 38. §-a. Három átmeneti szabály született.

2005. január 1-je után létesített közalkalmazotti jogviszony esetén fizetendő egyhavi külön juttatás

Aki 2005. január 1-jét követően létesített közalkalmazotti jogviszonyt, és azért nem kapott egyhavi külön juttatást, mert nem állt fenn a törvény által előírt január 1-jei közalkalmazotti jogviszonya, az elmaradt közalkalmazotti egyhavi külön juttatást 2006. január 16-án kell megkapnia.

Az egyhavi külön juttatásból kizárt dolgozók külön juttatása

Ha a dolgozó azért nem kapta meg az egyhavi külön juttatását, mert a Kjt. 38. §-a alapján, a korábbi szabályok szerint, 30 napot meghaladó fizetés nélküli szabadság miatt szünetelt a jogviszonya, vagy gyermekgondozási segélyben, gyermekgondozási díjban részesült, a törvény szerint ez a közalkalmazott is megkapja 2006. január 16-án az egyhavi külön juttatását. A juttatás mértéke megegyezik a jogviszony kezdetekor fennálló illetménnyel, illetőleg a gyés, gyed folyósításának megkezdését vagy a fizetés nélküli szabadságot megelőző utolsó munkában töltött teljes napjainak hónapra kifizetett illetményével. Ha azonban 2005. év folyamán visszatér valaki a fizetés nélküli szabadságról, gyésről, gyedről, akkor a visszatéréskor megállapított illetménnyel egyezik meg az egyhavi külön juttatás. Például ha egy dolgozó fizetés nélküli szabadságon volt 2004. decemberétől 2006. január 1-jéig, és 2005. januárban egyhavi külön juttatást nem kapott, akkor 2006. január 16-án a 2004. novemberi illetménynek megfelelő összeget fogja megkapni. Ha azonban a fizetés nélküli szabadságon lévő dolgozó például már áprilisban visszajön dolgozni – és emelkedik az illetménye –, akkor a visszajövetelkor megállapított illetménynek megfelelő egyhavi külön juttatási összeget kell kifizetni számára.

Külön juttatás azon közalkalmazottnak, akiknek 2004. december 31. előtt megszűnt a jogviszonya

Ha valakinek 2004. február 1-je és 2004. december 31. között szűnt meg a jogviszonya, és legkésőbb 2006. március 31-ig a munkáltatónál írásban kérelmezi az illetmény kifizetését, akkor legkorábban 2006. január 16-án, egyébként a kérelem benyújtásától számított 30 napon belül megkapja az egyhavi illetményt vagy annak időarányos részét. A kifizetés irányadó összege a jogviszony megszűnésekor fennálló összeg. Az egyhavi illetmény utólagos kifizetésénél azoknál a közalkalmazottnak, akiknek jogviszonya 2004. február 1. és 2004. december 31. között megszűnt, a tizenharmadik havi illetményre vonatkozó szabályokat kell alkalmazni, szemben az egyhavi külön juttatásra vonatkozó szabályokkal, amikor is nem a jelenlegi tizenharmadik havi illetményre, hanem az akkor hatályban lévő egyhavi külön juttatásra vonatkozó Kjt. szabályokat kell figyelembe venni (kivéve természetesen azokat, amelyeket az Alkotmánybíróság megsemmisített).

Visszamenőleges fizetést kizáró rendelkezések

Az a közalkalmazott, akinek jogviszonya 2004. február 1. és 2004. december 31. között megszűnt, nem jogosult az egyhavi illetményre vagy annak időarányos részére, ha 2005. január 1-jén jogosult volt egyhavi külön juttatásra vagy részére 2004. évben az egyhavi juttatás 1/12-ed részénél nagyobb összegű juttatást fizettek ki. Ezért nagyon fontos, hogy a dolgozó nyilatkozzon arról, hogy megfelel a jogszabály által meghatározott feltételeknek, vagyis nem kapott 2005. január 1-jén egyhavi külön juttatást és 2004. évben az egyhavi illetmény 1/12-ed részénél nagyobb egyhavi külön juttatást sem fizettek ki számára. Ezzel a rendelkezéssel a jogalkotó kizárja azt, hogy kétszeres jogcímen kapjon valaki egyhavi külön juttatást, egyhavi tizenharmadik havi illetményt vagy annak arányos részét.

DR. KŐSZEGFALVI EDIT

jogtanácsos, biztosítási szakjogász, jogi osztályvezető

EGY NON-PROFIT MEGOLDÁS JOGSZABÁLYI HÁTTERE

Biztosan biztosítóegyesület?

Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosításával kapcsolatban két nagy probléma merült fel az elmúlt öt-hét évben. Az egyik a biztosítás tartalma, tehát a biztosító által nyújtott szolgáltatásnak az egészségügyi szolgáltatókra hátrányos jellemzői, amit talán a korábban már többször és részletesen elemeztünk, a biztosítás minimumfeltételeiről szóló jogszabály megoldhat. A másik kérdés, hogy a módosított, a szolgáltatókra nézve kedvezőbb biztosítást milyen típusú biztosító működteti majd. Itt merült fel, hogy a biztosítást állami alapnak, felosztó-kirovó rendszerű egyesületnek, biztosítóegyesületnek, esetlegesen biztosítószövetkezetnek kellene működtetnie a gazdasági társaság helyett.

A non-profit megoldások közül a legelterjedtebb és legismertebb a biztosítóegyesület. Ilyen egyesületek működéséről szóló tanulmányok jelentek meg az Egészségügyi Gazdasági Szemle legutóbbi számaiban, ahol az USA és Kanada szakmai felelősségbiztosítói gyakorlatát mutatták be azzal, hogy ezekben az országokban domináns a biztosítóegyesületi szerepvállalás. Európában Hollandiában működik a Medirisk non-profit biztosítószövetség (egyesület), amelyhez az ország szolgáltatóinak többsége tartozik. Magyarországon 1997 óta többször felmerült, hogy biztosítóegyesületet kellene létrehozni az egészségügyi szolgáltatók számára, mint ahogy a kötelező gépjármű-felelősségbiztosításban több ilyen egyesület is működik. A gyakorlati megvalósítás azonban még várat magára, bár napjainkban egyre többet hallani az egészségügy különböző szakmai szövetségei által is támogatott Magyar Egészségügyi Dolgozók és Szolgáltatók Biztosítóegyesületének tervezett megalakulásáról; ezért is tartottam célszerűnek, hogy az olvasókat megismertessem a biztosítóegyesület létrejöttének és működésének hazai jogszabályi hátterével.

A biztosítóegyesület megalapítása

A biztosítóegyesület alapjait két törvény, az egyesülési jogról szóló 1989. évi II. törvény (továbbiakban Etv.), illetve a biztosítókról és a biztosítási tevékenységről szóló 2003. évi LX. törvény (továbbiakban Bit.) szabályozza. Az általános szabályokat az Etv., míg a speciális szabályokat a Bit. határozza meg.

A biztosítóegyesület fogalmáról

A Bit. 19.§-a szerint a biztosítóegyesület „olyan önkéntesen létrehozott kölcsönösségi alapon működő szervezet, amely kizárólag tagjai részére, nyereségérdekeltség nélkül, tagsági hozzájárulás ellenében a biztosítási feltételekben meghatározott biztosítási események esetén, biztosítástechnikai elvek alapján előre meghatározott szolgáltatást nyújt.”

A fenti meghatározás elemeiből elsőként kiemelendő az önkéntesség és a kölcsönösség. Jogszabály tehát nem kötelezheti az egészségügyi szolgáltatókat a biztosítóegyesület létrehozására, sőt, ha az már létrejött, akkor sem lehet kötelezővé tenni a tagságot. Az egyesület megalapításához az Etv. 3.§.(4) bekezdése alapján szükséges, hogy legalább tíz alapító tag, tehát jelen esetben tíz egészségügyi szolgáltató, a szervezet (egyesület) megalakítását kimondja és alapszabályt fogadjon el, illetőleg megválassza az egyesület ügyintézőjét és képviselői szerveit.

Az alapszabály kötelező elemeit – egyesület neve, székhelye, célja, tevékenységi köre, tagsági viszony keletkezésének és megszűnésének módja, egyesület szervezete, induló tőke mértéke és annak befizetési módja, tagsági hozzájárulás kialakításának elvei, mértéke, fizetésének módja, az eredményfelhasználás elvei, a veszteség rendezésének módja, szükségessé váló pótbefizetési kötelezettség előírásának lehetősége, megszűnés esetén a vagyon felosztása, biztosítási kötelezettségek

WOCHNA | medical





elkülönített rendezése – a Bit. 22.§.(1) bekezdés írja elő.

A második lényeges meghatározási elem, hogy az egyesület kizárólag a tagjai részére nyújt szolgáltatást, ami azt jelenti, hogy nem létezhet olyan biztosítottja az egyesületnek, aki nem lett az egyesület tagja. Egy gazdasági társaság nem kizárólag a tulajdonosainak nyújt szolgáltatást, hanem számos szerződött biztosítottnak is, ez azonban egyesület esetén nem létezik, ebben az esetben minden tulajdonos (tag) egyben biztosított is, de csak az lehet biztosított, aki vagy ami tagja az egyesületnek, tehát tulajdonos is.

Fontos meghatározási elem, hogy az egyesület a szolgáltatásait tagsági hozzájárulás ellenében nyújtja. Ilyen tagsági hozzájárulás az egyesületbe történő belépéskor fizetendő egyszeri hozzájárulás, a rendszeresen fizetendő tagdíj és a biztosítási díj. Ezt a három tagsági hozzájárulási formát az alapszabály tartalmazza. A tagdíjat és a biztosítási díjat az egyesület döntéshozó testülete, természetesen az alapszabályban leírtak szerint, módosíthatja az egyesület működése során. Az Etv. a 18.§.-ában megfogalmazottak alapján az egyesület a tartozásaiért a saját vagyonával felel. A tagok a fenti tagsági hozzájárulásokon kívül az egyesület tartozásaiért saját vagyonukkal nem felelnek. A Bit. 24.§.(1) bekezdése alapján azonban az egyesület legfelső szerve, ha azt az alapszabály lehetővé teszi, jogosult a tagok részére pótlólagos befizetési kötelezettség előírására, ha az egyesület más forrásai nem elégségesek az adott évben jelentkező kötelezettségek teljesítésére. Ez utóbbi befizetés mértéke évente maximum a tag által az adott évben befizetett tagsági hozzájárulás összegének 100%-a lehet.

Az egyesület az alapszabályban, valamint az általa megalkotott termékekről szóló általános szerződési feltételekben meghatározott biztosítási események esetére az ott meghatározott szolgáltatást nyújtja biztosítástechnikai elvek alapján, tehát működése mindenben megegyezik a gazdasági társasági formában működő biztosítókkal, egyedüli sajátossága, hogy ezt a biztosítási tevékenységet nyereségérdekeltség nélkül teszi. Nyilván ez utóbbi különbség miatt az egyes termékek biztosítási díjának alacsonyabb összegűnek kell lennie, mint a nyereségérdekeltségű biztosítóknál. Ez utóbbi okból, illetve a nyilván kisebb költségekből történő működés

miatt ez a biztosítói forma az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosításának megoldására kedvező lehetne, ennek ellenére mégsem jött még létre ilyen biztosítóegyesület, aminek oka az alapításhoz szükséges vagyon mértéke körül keresendő.

A biztosítóegyesület induló tőkéjéről

A Bit. 66.§.(1) bekezdése szerint a biztosítóegyesületnek a tevékenység megkezdésekor legalább akkora induló tőkével kell rendelkeznie, ami elegendő a működéséhez szükséges személyi és tárgyi feltételek biztosításához (organizációs tőke), illetve a tevékenység megkezdésekor felvállalt kockázatokból adódó kötelezettségek teljesítéséhez (minimális biztonsági tőke). Az induló vagyonnak tehát két feltételt kell megvalósítani, nevezetesen, hogy az egyesület működni tudjon, illetve, hogy a biztosítási eseményekkor szolgáltatni tudja a biztosítási összegeket.

Az organizációs tőkét minimum egymillió forintban, míg a minimális biztonsági tőkét – figyelemmel arra, hogy a szakmai felelősségbiztosítással foglalkozó biztosítóegyesület a Bit. 126.§.(1) bekezdés b. pontja alá tartozna – a hivatkozott §.(2) bekezdése alapján 750 millió forint 75%-ában, azaz 562 500 000 Ft-ban írja elő a Bit.

Ezeknek az összegeknek a tevékenység megkezdésekor rendelkezésre kell állniuk, mivel a felelősségbiztosítással foglalkozó biztosítóegyesületre nem lehet alkalmazni a Bit. 126.§.(4) bekezdésének a és b. pontjai alatti kivételeket, amelyek különböző éves árbevételekhez az előzőleg említettél jelentősen alacsonyabb minimális biztonsági tőkét határoznak meg. Szintén nem alkalmazható a felelősségbiztosítással foglalkozó biztosítóegyesületre a Bit. 126.§.(5) bekezdése szerinti kedvezmény, tehát nincs lehetőség arra, hogy felügyeleti engedéllyel a mindenkori biztonsági tőke 80 százalékos mértékéig lehetősége legyen az egyesületnek a viszontbiztosítás beszámítására. Ez utóbbi azt jelenti, hogy egy biztosítóegyesület – amely a működéséhez nagy valószínűséggel köt viszontbiztosítást egy másik biztosítóval, ez természetesen gazdasági társaság is lehet, és amely biztosító az egyesület helyett fog fizetni az egyesület biztosítottjának, természetesen a biztosított által fizetett biztosítási díj jelentős részét is a vi-

szontbiztosító kapja majd meg – a minimális biztonsági tőkéjét nem fedezheti legalább 80%-ban a viszontbiztosító szolgáltatásával, hanem attól függetlenül rendelkeznie kell a már ismertetett mértékű induló tőkével.

Egyedüli kedvezmény, hogy az induló tőke 70%-ának kell pénzbeli hozzájárulásnak lennie, a fennmaradó rész lehet nem pénzbeli hozzájárulás, a biztosítási tevékenység viszont csak akkor kezdhető meg, ha a pénzbeli hozzájárulási részt teljes egészében befizették az alapító tagok.

Az együttes induló tőke összege tehát jelenleg 563 500 000 Ft, azzal, hogy a Bit. szerint a minimális biztonsági tőkerész mértéke a pénzügyminiszter rendeletében meghatározott értékkevetési index-szel növekedhet a későbbiek során. Ilyen rendelet azonban 2005-ben nem jelent meg, ami nem jelenti azt, hogy a következő években nem fognak el ilyen jogszabályt.

Az induló tőke jelentős mértéke lehet valószínűleg az alapvető oka annak, hogy nem jött még létre biztosítóegyesület, hiszen – ha az alapítók között egészségügyi szolgáltatók szerepelnek, és ismerve a szolgáltatók jelenlegi helyzetét – nem várható, hogy ekkora összeget el tudjanak érni a célra különíteni. Természetesen lehetőség lenne arra, hogy a biztosítóegyesület költségvetési támogatást kapjon (2001-ben a mezőgazdasági biztosítóegyesületek kaptak ilyen támogatást), de ahhoz ezt a támogatási formát és mértékét jogszabályba kellene foglalni.

Az induló tőke 2004. május 1-je, tehát a Bit. hatályba lépése előtt csak 226 millió forint (1 millió forint organizációs tőke és 225 millió forint minimális biztonsági tőke) lett volna a korábbi biztosítási törvény – az 1995. évi XCVI. törvény – alapján. Ez a törvény lehetővé tette volna a felelősségbiztosítással foglalkozó biztosítóegyesület számára is, hogy a mindenkori minimális biztonsági tőke 80%-os mértékéig beszámítsa a viszontbiztosítás arányát.

Sajnálatosan az egészségügy nem élt a korábbi biztosítási törvény kedvező lehetőségével, így jelenleg, ha biztosítóegyesületet kíván létrehozni, azt jelentős anyagi tehervállalással teheti csak meg.

A biztosítóegyesület működéséről

A Bit. 57-67.§-ai részletesen meghatározzák, hogy milyen feltételek teljesítése és mellékletek csatolása esetén kap-

hat a biztosító, így a biztosítóegyesület is a Pénzügyi Szervezetek Állami Felügyeletétől (továbbiakban Felügyelet) először alapítási, majd az alapítást engedélyező határozat kézhezvételétől számított 90 napon belül benyújtott kérelem alapján a tevékenység megkezdésére engedélyt.

A Felügyelet az engedélyt biztosítási áganként és azon belül a biztosító által művelhető ágazatonként adja. A jelen cikkben érintett biztosítóegyesület a nem életbiztosítási ágban és az általános felelősség ágazatban kaphatna engedélyt, ami alapján kizárólag szakmai felelősségbiztosítással foglalkozna.

A biztosítóegyesület a Bit. 83-90.§-aiban meghatározott vezető állású személyek – ügyvezető, vezető biztosításmatematikus, vezető jogtanácsos, számviteli rendért felelős vezető, belső ellenőrzési vezető – megválasztása mellett működhetne, mivel ha az éves árbevétel nem éri el a 300 millió forintot, nem tudja hatékonyan ellátni a szakmai felelősségbiztosítási feladatát, és a Bit. az előzőleg említett éves árbevételt el nem érő biztosítóegyesületre állapít meg a vezetéssel kapcsolatos kedvező kivételeket.

A Bit. részletesen előírja, hogy a biztosítónak, így a biztosítóegyesületnek is milyen tartálokokat kell képeznie, illetve aprólékosan szabályozza a befektetési lehetőségeket is azzal, hogy a Felügyelet különböző formájú ellenőrzéseinek is alá kell magát vetnie az egyesületnek. Az egyesület működése lényegében nem tér el a gazdasági társasági formában létrejött biztosítók működésétől.

A Bit. a 25.§-ában meghatározza, hogy a biztosítóegyesület az általa vállalt kockázatot nem adhatja teljes egészében viszontbiztosításba, de a Felügyelet az egyesület biztonságos működése érdekében 90%-os viszontbiztosításba adási kötelezettséget írhat elő. A biztosítóegyesület működésének segítése érdekében köthet tehát viszontbiztosítási szerződést, aminek lényegét már korábban elemeztem, de a teljes kockázatot nem adhatja át, tehát annak egy részét az egyesületnek kell vállalnia a saját erejéből, viszontbiztosítás nélkül. Elképzelhető, hogy ez a saját erő csak 10%, hiszen a Felügyelet kötelezheti a biztosítót a viszontbiztosítási szerződés megkötésére, aminek mértéke 90%-os is lehet, és ami az egyesületnek nehézséget, de a biztosítottaknak, a viszontbiztosító jelentősebb teljesítőképessége miatt, könnyebbséget jelenthet.

A biztosítóegyesület a szakmai felelősség miatti biztosítási összeg fizetési szolgáltatását kiegészítheti egy jogvédelmi szolgáltatással is. Ez az egészségügyi szolgáltatóknak egy jelentős könnyebbséget jelenthet, hiszen a biztosítóegyesület, noha ez is jelentős költségbe kerül, létrehozhatja a saját jogász- és szakértő csoportját, akik minden ügyben, vagy csak a szerződési feltételekben meghatározott kiemelt ügyekben teljes körűen elláthatják a szolgáltatók képviselőjét. Természetesen ezt a szolgáltatást a nyereségérdekeltektől is megvalósíthatják, a rendelkezésükre álló anyagi eszközök mellett talán még egyszerűbben is, mint az egyesület, csak a jelenlegi helytállási feltételek mellett ez még nem érdekük.

A szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló jogszabály, ha megjelenne, természetesen a biztosítóegyesületre is vonatkozna, tehát az egyesület létrejöttének és működésének csak akkor lenne értelme, ha az egyesület által kínált biztosítási termék jelentős részben kedvező feltételeket tartalmazna, akár helytállási limitben, akár önrész hiányában, akár a kizárások korlátozásában a szolgáltatók részére, sőt igazán akkor lenne értelme az egyesületnek, ha még a jogszabályi minimumnál is kedvezőbb feltételeket nyújtana.

Biztos, hogy biztosítóegyesület?

Korábban több cikkemben is kitértem arra, hogy a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeiről szóló jogszabály mellett mennyire üdvözítő lenne egy biztosítóegyesület létrejötte. Az elmúlt években azonban világossá vált számomra, hogy az egyesület létrehozásához akkora összegre van szükség, amit, úgy tűnik, az egészségügyi szolgáltatók nem tudnak előteremteni, és azt gondolom, reális lehetősége a komoly összegű állami támogatásnak sincs.

A Kórház szaklap korábbi számában ismertettem azokat az okokat, amelyek végett nem kell attól tartani, hogy a gazdasági társasági formában működő biztosítók elhagyják az egészségügyi szolgáltatók piacát. Ismertettem azt is, hogy véleményem szerint milyen formában kellene a szakmai felelősségbiztosítás minimumfeltételeit meghatározni. Ilyen feltételek mellett álláspontom szerint elsődlegesen nem a biztosítói formák reformjára, hanem a már több-

WOCHNA | Medical





ször hangsúlyozott jogszabály megalkotására van elsődlegesen szükség, és az így kialakult körülmények melletti biztosítás működtetése megoldható gazdasági társasági formában működő biztosítóval.

Abban az esetben, ha valamilyen viszontbiztosító támogatásával vagy bármilyen más segítséggel mégis előteremthető a biztosítóegyesület létrejöttéhez és működéséhez szükséges tőke, és lehetőség van arra, hogy az egészség-

ügyi szolgáltatók jelentős része (magán és közszolgáltatók együtt) egy egyesület alá szerveződjön (hiszen több egyesület esetén többször kellene a magas induló tőkét előteremteni), az számukra is a legkedvezőbb megoldás lenne, hiszen olyan biztosítóegyesületen keresztül látnák el a szakmai felelősségbiztosítást, amelyik kizárólag egészségügyi szakmai felelősségbiztosítással foglalkozik. Ilyen ideális állapot létrejött esetén értelemszerűen a biztosítási

egyesület létrehozása és működtetése biztosan biztos és hatékony megoldás lenne, de kérdés, hogy bizakodásunk mellett létezik-e, illetve teremthető-e ideális állapot az egészségügyi szolgáltatók 1997-1998 óta szabályozatlan és rendezetlen szakmai felelősségbiztosítására nézve?

DR. SIMON TAMÁS

ügyvéd, biztosítási szakjogász,
Budapesti 384. Ügyvédi Iroda

MULTIDISZCIPLINÁRIS TEAMMUNKA

Rehabilitációs szolgáltatások

A hazai rehabilitációs szükségleteket elsősorban a fekvőbeteg-ellátás keretében elégítik ki, pedig a járóbeteg-ellátásban is eredményes és hatékony rehabilitációs szolgáltatás végezhető.

A hazai rehabilitációs ellátó struktúra

Magyarországon – az OEP adatai szerint – 2004-ben 12 377 rehabilitációs ágy finanszírozása történt. Ez a teljes fekvőbeteg-ellátás ágyszámának mintegy 15%-át adja. A rehabilitáció ágyszámnövekedése nem volt folyamatos. Az ágyszámok bővüléséhez főként egészségpolitikai döntések és finanszí-



Rehabilitáció – az önellátás és lelki egyensúly visszaszerzéséért

2071 nem szakorvosi órát finanszírozott az OEP. A fenti két számadatból a két óraszám aránya közötti nagyon kis eltérés érdemel kiemelés. A rehabilitáció multidiszciplináris csapatok által megvalósítandó tevékenység. Ha tehát nem elsősorban diagnosztikus, hanem valódi rehabilitációs-terápiás tevékenység történik a járóbeteg-ellátásban, akkor a nem szakorvosi óraszámoknak az orvosi óraszám többszörösének kellene lennie. Úgy, mint ahogyan az például az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet Baleseti Rehabilitációs osztályán is van, ahol a szakorvosi – nem szakorvosi óraszám aránya 1:6.

Közösségi rehabilitációs programok

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az 1980-as évek elejétől kezdte szervezni az ún. lakóközösségi rehabilitációs programokat. Ezek elsősorban az alapellátáshoz kötődő programokat jelentettek a fejlődő országokban, a fejlettebb egészségügyi ellátórendszerrel rendelkező országokban inkább a szakellátáshoz kötött programok jöttek létre. A WHO kidolgozta e programok technológiáját, elterjedésüket kiadványokkal támogatta.

Magyarországon is a 80-as évek első felében kezdtük szorgalmazni a lakóközösségi rehabilitációs szolgáltatások indítását. Képzéseket, tanfolyamokat szervez-

rozási változások vezettek (1. táblázat). Ez a szakaszos változás azzal is együtt járt, hogy a hirtelen növekedést követően nem állt rendelkezésre megfelelően képzett személyzet az intézmények működtetésére. A helyzetet tovább színezi, hogy egyes rehabilitációs szakterületeken még furcsább, még nehezebben magyarázható változások következtek be. Sajnálattal állapítjuk meg, hogy a szakmai érveknek, ha voltak egyáltalán, csak elenyésző hatásuk volt az ellátó struktúra alakulására.

Ugyancsak 2004-ben heti 1700 rehabilitációs járóbeteg-szakorvosi órát és

1. táblázat: A rehabilitációs ágyszám alakulása Magyarországon 1994 és 2003 között.

Év	Rehabilitációs ágyak száma	Ágyszám az előző évi százalékában
1994	3393	
1995	8454	249
1996	9013	107
1997	8845	98
1998	9365	106
1999	10706	114
2000	11370	106
2001	11466	101
2002	11944	104
2003	12213	102

tünk, cikkeket és magyarra fordított WHO kiadványokat publikáltunk. A kapott egészségügyi minisztériumi és más pályázati támogatások ellenére is csak szerény eredményeket sikerült elérnünk. Hasonlóan szerény eredményt mutatott a 90-es évek közepén az Egészségügyi és Szociális Minisztérium, valamint a United States Agency for International Development, az Agency for Health Care Policy and Research és United States Department of Health and Human Services által közösen támogatott járóbeteg-kardiológiai rehabilitációs demonstrációs program is.

A járóbeteg-rehabilitáció eredményessége és hatékonysága

A külföldi szakirodalomban felfigyelünk a járóbeteg-ellátásban nyújtott rehabilitációs szolgáltatások eredményességét vizsgáló közleményekre. Ezért a 2001-2004. évi orvosi adatbázisokból tervezett irodalomkutatást végeztünk. 101 közleményt találtunk, amelyeket szelektáltunk. Végül így is 27 releváns, többségében magas szintű bizonyítékokat tartalmazó közlemény adatait tudtuk elemezni. Ezek 17, különböző egészségi probléma miatt nyújtott rehabilitációs szolgáltatásra vonatkoznak, a legtöbb – négy – a kardiológiai rehabilitáció területére. Az eredmények az alábbiakban foglalhatók össze (2. táblázat).

Az eredményesség fogalma az elvárt eredmény elérésének mértékét fejezi ki az egészségügyi ellátás szokásos körülményei között. Ezt 22 közlemény vizsgálta. Így értelmezve, mindig eredményesnek bizonyult a járóbeteg-ellátásban végzett rehabilitáció az intervenciómentes kontrollcsoportokkal szemben. A fekvőbeteg-ellátás folytatásaként végzett rehabilitáció egyetlen tanulmány kivételével szintén eredményes volt. Ez az egy tanulmány a legsúlyosabb fogyatékossgal járó állapotok közé tartozó koponyaagy-sérültekre vonatkozott.

Egy másik tanulmány azonban ilyen esetben is a fekvőbeteg-ellátást követő eredményes további rehabilitációról számol be.

Természetesen a rehabilitációs szolgáltatások költségtöbbletet jelentenek az intervenció nélküli csoporttal szemben. A közlemények hangsúlyozzák, hogy a járóbeteg-ellátásban is a teljes multidiszciplináris team munkájára van szükség az eredményesség elérése érdekében. A programokat az érintett ember funkcionális állapotának felmérésére alapozva, egyénre szabottan kell megtervezni és kivitelezni.

A hatékonyság a felhasznált erőforrásokra (munka, pénz, idő) vonatkoztatott eredményességet jelenti. Ezt öt tanulmány vizsgálta. Többségük a fekvőbeteg-rehabilitáció helyett végzett járóbeteg-rehabilitációs szolgáltatások hatékonyságát, illetve szekunder prevenciók hatásait igazolta. Egy közlemény azt bizonyította, hogy a szolgáltatás nemcsak eredményes, hatékony is a fekvőbeteg-rehabilitáció után végezve.

Megjegyezzük, hogy a fekvőbeteg-rehabilitáció kiváltására két esetben nappali kórházi rehabilitáció történt. Ez az ellátási forma külföldön egyre népszerűbb. Magyarországon eddig a pszichiátriai és a mozgásszervi rehabilitáció területén alkalmazták, mindkét területen eredményes működésről számoltak be. Hatékonyságra vonatkozó hazai vizsgálatot nem ismerünk.

A hatékonyság vizsgálatának egyik módja a szekunder prevenciók hatás mérése. Általában azt vizsgálják, hogy a rehabilitáció után, kontrollcsoporttal szemben mennyivel kevesebb későbbi egészségügyi ráfordítás szükségeltetik. A hatékonyságot ilyen értelemben, pl. a járóbeteg-kardiológiai rehabilitációban annyira bizonyítottnak tekintik, hogy ma már azt is kutatják, miért maradnak ki egyes lakossági csoportok, pl. nők, idős emberek, kisebbségi (etnikai) csoportok a rehabilitációból, és hogyan lehetne őket jobban bevonni az ilyen programokba.

2. táblázat: Külföldi vizsgálatok adatai a járóbeteg-ellátásban végzett rehabilitáció eredményességéről, illetve hatékonyságáról

Eredményesség, hatékonyság	Közlemények száma
Eredményes intervenciómentes kontrollcsoporttal szemben	16
Eredményes fekvőbeteg-rehabilitációt követően (további javulás)	4
Kérdéses eredményesség	1
Hatékony (fekvőbeteg-rehabilitáció helyett, illetve szekunder prevenciók hatása miatt)	4
Hatékony fekvőbeteg-rehabilitáció után	1

WOCHNA | medical

Kellemes
Ünnepeket
és Boldog Újévet
kívánunk
kórházainknak!





A másik vizsgált terület a foglalkoztatásba való visszatérés kérdése: lerövidül-e a munkába állásig tartó idő, illetve csökken-e a táppénzben töltött napok száma? Az utóbbi vizsgálatokban módszertani problémák fordulhatnak elő, hiszen a munkába állást az egyén érdekeltisége (vö. munkanélküliség), illetve munkahelyi tényezők (pl. vezetői hozzáállás, a munkaadaptáció lehetősége) is jelentősen befolyásolhatják. A személyes tényezők jelentős szerepe miatt a szerzők szorgalmazzák az érintettek bevonását a programokba, illetve azok tervezésébe.

Egészséggazdaságtani és szervezési tényezők a jövőben kikényszeríthetik a hazai szolgáltatási struktúra átalakítását.

A fekvőbeteg-ellátás helyett a járóbeteg-ellátásban nyújtott rehabilitáció megtakarításokat eredményezhet, esetenként csak hosszú távon, szekunder preventív hatása révén. Kizárólag a „hotelköltségek” takaríthatók meg, a multidiszciplináris team tagjainak alkalmazására szükség van. Az eddig rehabilitációhoz nem jutó lakosok esetében a szolgáltatások kiterjesztése többletráfordítást is feltételez.

Következtetések

1. A hazai rehabilitációs szükségleteket elsősorban a fekvőbeteg-ellátás keretében elégítik ki. A járóbeteg-ellátás-

ban nyújtható rehabilitációs szolgáltatások népszerűsítése eddig kevés eredményt hozott.

2. Bizonyítékok támasztják alá, hogy a járóbeteg-ellátás keretében eredményes és hatékony rehabilitációs szolgáltatás végezhető – súlyosabb állapotokban a fekvőbeteg-ellátás folytatásaként.

3. Az eredményesség alapvető feltétele a rehabilitációs járóbeteg-ellátásban is a multidiszciplináris team munka.

DR. KULLMANN LAJOS

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

NAPPALI KÓRHÁZI KÖRÜLMÉNYEK KÖZÖTT

Mozgásszervi betegek rehabilitációja

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben 1986 óta működik Nappali kórház. Mérsékelt fogyatékossgal járó, krónikus mozgásszervi betegségben szenvedő, a napi rendszeres bejárást vállaló betegeknek nyújtunk orvosi rehabilitációs szolgáltatásokat. Célunk a lehetséges mozgáskészség, az önellátás és a lelki egyensúly elérésével az optimális életminőség kialakítása.

Orvosi indikáció alapján, szoros ellenőrzés mellett, terhelhetőségtől függően folynak a betegek egyéniségéhez adaptált kezelések, melyek az egészségügyi ismeretek bővítése érdekében felvilágosító előadásokkal, életmódra vonatkozó tanácsokkal egészülnek ki.

A program kitölti a törvény által előírt napi 6 órás időtartamot.

Az egészségügyi struktúra átalakítása során a fekvőbeteg-gyógyintézetek ágyszámának csökkenésével a költségkímélőbb fekvőbeteg-ellátási tevékenységet kiváltó ellátások iránti igény fokozódik.

Ennek egyik formája a nappali kórházi ellátás, mely kórházi forma a járóbeteg-szolgáltatások és a fekvőbeteg-ellátás között helyezkedik el, lehe-

tőséget adva orvosi rehabilitációs szolgáltatások nyújtására olyan emberek számára, akiket mozgásszervi károsodás, fogyatékossg vagy rokkantság jellemez.

Míg a járóbeteg-szakrendelők naponkénti felkeresése során csak egy-egy szolgáltatás igénybevételére van lehetőség, addig nappali kórházi ellátásban, 6 órában komplex orvosi rehabilitációban részesülnek a rászorulóknak.

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben 1986 óta működő osztályon olyan krónikus mozgásszervi betegek rehabilitációját végezzük, akiknek enyhe vagy mérsékelt, az FNO (Funkcióképesség Fogyatékossg és Egészség Nemzetközi Osztályozása) szerint kevés számú, maximum 3-5 fogyatékossga van, és funkciókárosodásuk mértéke az osztály naponkénti megközelítését lehetővé teszi, vagy családjuk gondoskodik behozatalukról és hazaszállításukról.

A nappali kórházi rehabilitációs szolgáltatás célja: a fizikai terhelés fokozatos emelésével, a lehetséges mozgáskészség, önellátás és lelki egyensúly elérésével, aktivitásra sarkalló betegvezetéssel a rehabilitálandó embert a mindennapi élet funkcióira újra alkalmassá tenni, vagy abban megtartani.

Nappali kórházi körülmények között a következő betegségek esetén végzünk rehabilitációt

- Nagyízületi vagy sokízületi idült gyulladásos vagy degeneratív betegségben szenvedők esetén a heveny állapotromlást kivéve.
- A gerinc statikai, gyulladásos vagy degeneratív betegségeiben szenvedőknél.
- Nagyízületi endoprotesis vagy egyéb rekonstrukciós műtéten, porcporong-sérv vagy egyéb gerincműtéten átesettek esetén.
- Neurológiai vagy vascularis megbetegedés következtében kialakult állapotokban.
- Posttraumás állapotokban.

Ellenjavallatok

- A betegség akut stádiuma, mely aktív kórházi ellátást igényel.
- Olyan kísérőbetegség, mely a rehabilitációban való aktív részvételt akadályozza.
- Bármely betegség következtében együttműködésre képtelenné vált beteg.
- Olyan mértékű funkciókárosodás, mely az osztály naponkénti megközelítését akadályozza.



Hiszek az ötleteimben!

Az OTP Bank pedig hisz bennem, és segít abban, hogy az ötleteimet meg is valósítsam.

Napi pénzügyeimmel és hitelterveimmel is bizalommal fordulhatok az OTP Bankhoz. Megértik az igényeimet, és használható megoldásokat ajánlanak. Az OTP Bank mindenben segít.

www.otpbank.hu

OTP VÁLLALKOZÓI SZOLGÁLTATÁSOK





Beutalás

A 113/2005. sz. kormányrendelet a kötelező egészségbiztosítási ellátásról úgy rendelkezik, hogy:

„A biztosítottat rehabilitációs ellátásra kizárólag a rehabilitációt megalapozó megbetegedés gyógykezeléséhez szükséges szakorvosi képesítéssel rendelkező orvos és e megbetegedéshez kapcsolódó esetleges szövődmények tekintetében illetékes szakorvos, illetve a rehabilitáció vagy fizioterápia szakorvosa utalhatja be.”

A kezelést osztályunkra szakorvos kezdeményezi, a beteget beutalóval ellátja. Előzetes ambuláns vizsgálatot követően, a rehabilitálhatóság megítélése után történik a felvétel. Az átlagos ápolási idő: 13-15 munkanap.

A betegek diagnózisok szerinti megoszlása

Az ápolást indokló fő diagnózis 65%-ban gerincbetegség: discopathia, spondylosis, lysis, listhesis, discus hernia, postlaminectomiás syndroma, scoliosis, DISH, SPA. 35%-ban arthrosis, osteoporosis, endoprotesis műtétek utáni állapot, posttraumás állapotok (alkar-, lábszár-, combnyaktörés utáni állapot), hemilegia, enyhe paraplegia, reumatoid arthritis.

A betegek kor szerinti megoszlása változott. Míg tíz éve négyszer több volt a 60 évesnél fiatalabb páciensek száma, az utóbbi három évben ez az arány kétszeresére módosult. Feltehetően egyre kevésbé mernek távol maradni munkahelyükről az emberek.

A nemek szerinti megoszlás folyamatosan női túlsúlyt mutat, több mint kétszeres a női betegek száma.

Az éves, átlagosan 280 fő körüli betegforgalom az utóbbi 3 évben 10%-os emelkedést mutat.

A 43/1999. (III. 3.) kormányrendelet 36.§ (1) értelmében nappali kórházi ellátás akkor finanszírozható, ha legalább 6 órán keresztül tartózkodik az intézményben a biztosított.

Szolgáltatásaink

- Naponta közös ülő vizit, melyen a rehabilitációs team tagjai is részt vesznek. A felőrás együttlét alkalmas a betegek aktuális állapotának megbeszélésére, betegtájékoztató és egészségnevelő előadások, a gerincművelő életmódra, ízületivédelemre vonatkozó tanácsok átadására, lélekápolásra;

- betegségre és funkcionális állapotra szabott egyéni és csoportos gyógytorna;
- gyógymasszázs;
- elektroterápiás kezelések;
- gyógyszeres pakolások;
- ergoterápia;
- hidroterápia;
- sportterápia (spiroergometriás felmérést követően);

Egy betegre egy nap maximum 3 óra 15 perc, minimum 2 óra kezelési időt fordítunk.

A 60/2003. (X. 20) ESZCSM-rendelet nappali kórházban végzett mozgásszervi rehabilitációs tevékenységek végzéséhez szükséges személyi és tárgyi feltételekről az alábbiak szerint rendelkezik:

Személyi feltételek: rehabilitációs szakorvos, gyógytornász, fizioterapeuta, masszőr, szakápoló.

Tárgyi feltételek: akadálymentes építési környezet, felszerelt tornaterem, közösségi helység (társalgó, betegtartózkodási hely), EKG-készülék, vérnyomásmérő, fonendoszkóp, reflexkalapács.

Diagnosztikus háttér: laboratórium, röntgen, UH.

Gép- és műszerellátottság szakmai minimumfeltételei: UH-terápiás készülék, szelektív ingeráram-készülék, diadinamikus áramkészülék.

Elérhetőségi szinten szükséges: foglalkoztató terapeuta, pszichológus, ortopéd műszerész, hydroterapeuta, belgyógyász szakorvos, neurológus szakorvos.

Finanszírozás

Az egészségügyi szolgáltatások egészségbiztosítási alapról történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) kormányrendelet szerint nappali kórházi ellátás az osztályos háttér ágyszám szerint ellátható betegszám 50 százalékáig jelenthető, a teljesítmény 0.7-es szorzóval számolható el.

Rehabilitációt végző nappali kórházban az egy ápolási napra jutó aktuális krónikus napidíj 70%-a rehabilitációs feladat aktuális (jelenleg 1.6) szorzójával megemelkedik.

Ezen ellátási forma magasabb finanszírozással rentábilissá válhat, jelenleg még nem az.

Gyógyszerigény

A betegek családorvosuk által felírt gyógyszereiket (reggeli és esti adagot) otthonukban veszik be, a déli dózis

bevételéről saját készletükből maguk gondoskodnak.

Bentlétük alatt csak az aktuálisan szükségessé váló medikamentumot (pl. fájdalomcsillapító, vérnyomáscsökkentő, enyhe nyugtató, lokális injekció), valamint a terápia részét képező magisztrális gyógyszeres pakolásokat biztosítja az osztály saját gyógyszerkészletéből.

A betegek elégedettek a nappali kórházi ellátással, ezt tíz éve havonta látjuk megerősítve az elégedettségüket vizsgáló kérdőívek elolvasásakor. Olyannyira értékelik ezt az ellátási formát, hogy a munkaképes korúak 20-22%-a rendszeresen szabadsága terhére vesz részt a kezelésen. Főként értelmiségi foglalkozásúak, orvos kollégák, jogászok, iskolai szünetben tanárok.

Végül, miért jó a nappali kórházi ellátási forma? A betegek életszerű helyzetben élhetik az életüket, megmarad számukra az otthoni környezet, a rehabilitáció során tanultakat a mindennapi életükben hasznosítani tudják.

Széles körben elfogadott az a vélemény, hogy mozgásszervi betegségben szenvedők között igen sok a depressziós tünetektől szenvedő ember. A Beck-féle depresszió önértékelő kérdőívvel megvizsgáltuk, hogy vajon milyen arányban fordulnak elő a beutaltak között depressziós személyek, depressziójuk milyen mértékű, és mutatkozik-e változás hangulati életükben antidepresszívumok alkalmazása nélkül.

Azt találtuk, hogy a fizikai aktivitás fokozásával, az egészséges életszemlélet kialakításával, az egymást elfogadó légkörrel, megfelelő pszichés vezetéssel is javulást értünk el. Ez időigényes feladat – mely a finanszírozásban sajnos nem jelenik meg –, de enyhe depresszióban érdemes „első választandó szerként” alkalmazni.

A progresszív ellátási szint szerinti besorolás alapján nappali kórházi ellátási forma városi és megyei kórházban egyaránt kialakítható.

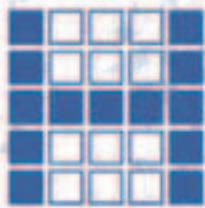
Kialakítása olyan helyen is megfontolásra érdemes, ahol megfelelő infrastruktúra, elérhető konziliáriusi, laboratóriumi és radiológiai háttér biztosítható.

A nappali ellátás nem igényel egyetemi klinika vagy országos intézeti szintű háttérrel.

DR. LENGYEL ÉVA

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

Évértékelés 2005



Kórház melléklet



DR. RÁCZ JENŐ FOGLALTA ÖSSZE AZ EGÉSZSÉGÜGY IDEI ESEMÉNYEIT

Miniszteri mérleg

Ismét elérkezett a szokásos év végi számvetés ideje. Az egészségügyi minisztert arra kértük, hogy a KÓRHÁZ szaklap olvasói számára vonjon mérleget a szaktárca idei tevékenységéről. – Nyugodtan kijelenthetem, hogy tevékenységünket globálisan tekintve mindent teljesítettünk, amit vállaltunk. Ez persze nem feltételezi azt, hogy minden problémát sikerült is megoldanunk – jelentette ki lapunknak Rác Jenő, a szaktárca vezetője.

H *Tavaly az ágazat szereplőiben nagy volt a várakozás az egészségügyi reform elindítása miatt.*

– Úgy véltük, hogy az ellátásszervezésről szóló reformirány nem jó, azt le kell zárni. Az egészségügyben egyébként nehezen értelmezhető a „reform” fogalma, azzal viszont egyetértettünk, hogy változásokra, lépések sorozatára van szükség. Elsőként meghoztunk egy alapvető döntést: nem állami, hanem biztosításelvű egészségügyi rendszert szeretnénk működtetni. Melékvágánynak tartom a vitát, hogy egy vagy több egészségbiztosító léte lenne ideális; először alakítsunk ki egy valódi – egységes, szolidáris, társadalombiztosítási elven működő – biztosítót, utána ezen a kérdésen is gondolkodhatunk.

H *Arra viszont már most ügyelni kell, hogy egyetlen állampolgár se maradjon el látatlan.*

– A társadalom mindazon személlyel szolidáris, aki maga is vállalja a szolidaritást

a társadalommal, illetve önhibáján kívül került olyan helyzetbe, hogy magáról nem képes gondoskodni. Utóbbi embertársaink részére a kassa – az adók és járulékokról szóló törvény alapján – 303 milliárd forint feltöltést kapott. Legyinthetnénk, hogy az állam ezt az összeget egyik zsebéből a másikba teszi, ezáltal azonban előzetesen, és nem utólag tette ezt, ezért tervezhetünk vele. Emellett olyan dokumentációs rendszert kell működtetnünk, amely a tényleges biztosítottakat képes igazolni. Ez ügyben félreértések történtek, mert mindössze „piroszöld jelzésű” ellenőrzésre lesz szükség: csak azt vizsgáljuk, megvan-e a jogosultság, és nem azt, hogy mekkora összeg található az illető számláján. Ehhez meg kell teremtenünk a központi nyilvántartó rendszert és az igazolás rendszerét is – természetesen biztosítva, hogy ebbe minden egészségügyi szolgáltató is betekintessen. Sürgősségi ellátás esetén deklaráljuk, hogy a biztosítási jogviszonyt nem lehet az ellátás előtt vizsgálni, hiszen a beteg ellátása prioritást élvez. Természetesen utólag minden biztosító igyekszik a költségeit visszaszerezni, ha a teherviselőt sikerül azonosítania.

H *Az egészségügyi ellátórendszerben számos terület átalakításra szorul. Mi alapján választották a kormányprogramban kiemelték fejlesztését?*

– Ha nem választunk prioritásokat, akkor érdemben nem történik semmi. Ezért céltudatosan választottuk ki azokat a terüle-

teket, amelyek a lakosság szempontjából a legfontosabbak, és ahol a leggyorsabb lépésekre van szükség. Vitathatatlan, hogy ezek egyike a sürgősségi ellátás, és amennyiben megvalósulnak terveink, akkor azok alapvető változásokat fognak létrehozni az ellátórendszer struktúrájában. Az intézményeknek a sürgősségi ellátáshoz koncentrálniuk kell anyagi, technikai és humán erőforrásait, és amely kórházak nem tudják ezen feltételeket biztosítani, azoknak más feladatokat kell választaniuk; olyan jellegűeket például, ahol nem szükséges az év 365 napján, a nap 24 órájában, éjszaka és ügyeletben ugyanazon szolgáltatásokat fenntartani. Rögtön hozzátesszem: az elmondottakból nem következik, hogy kórházakat kell megszüntetni! Olyan kisvárosi kórház, ahol nincs éjszaka sebészdoktor, aneszteziológiai team és/vagy műtőszemélyzet, nem működtethet sebészeti ellátást. Pontosabban nem végezhet folyamatos tervezett műtéteket, azonban egynapos sebészeti ellátásokra alkalmas lehet. Az orvostudomány egyik fő alapelve, hogy kizárólag ott végezzenek bármilyen beavatkozást, ahol a szövődmények elhárítására is folyamatosan megvannak a feltételek.

H *Milyen források állnak a kórházak rendelkezésre a korszerű sürgősségi ellátás kialakításához?*

– A sürgősségi ellátás kialakítására elkülönített négy milliárd forint közvetlenül beépül majd a rendszerbe. A műszerbeszerzés és az SBO-kialakítás (valamint az

alapellátás fejlesztése) területén az intézmények mintegy fele nagyon jó pályázatot készített, jelenleg ezek értékelése zajlik. Ezzel a folyamat még nem zárult le, mert ágazatunk elérte, hogy jövőre hétmilliárd forint ingatlanhasznosítást is e célra fordíthasson. Csak megjegyzem, ezt a lehetőséget más ágazatok nem kapták meg. Az altatógépek, lélegeztetőgépek, monitorok beszerzése esetén igyekeztünk limitálni a pályázókat, mert 2006. első negyedévének végéig a szerződéseket szeretnénk megkötni. A kórházvezetők pontosan ismerik, hogy a folyamatokat a közbeszerzési eljárás mennyire lassítja. Ha a jövő évi költségvetést tanulmányozva úgy gondoljuk, a sarokszámok lehetnének kedvezőbbek is, figyelembe kell vennünk, hogy nem csak az egészségüghöz rendelt sorokat kell néznünk. Például az aneszteziológiai eszközpark cseréje, illetve a légi mentés fejlesztése, valamint az uniós források nem szerepelnek a sorok között. Új dimenziók nyíltak, miközben a régiek átalakultak. Ezt is figyelembe kell venni a tervezéskor.

H Bizonyára érdekli a kórházvezetőket, hogyan értékeli Miniszter Úr a fekvőbeteg-ellátó intézmények pénzügyi-gazdasági helyzetének alakulását?

– A kórházkonszolidációs program folytatását nem sikerült továbbvinnünk, nem tudtunk forrást biztosítani azon intézmények számára, akik egyébként nem szorultak adósságsapdába, struktúrájukat viszont meg tudták volna változtatni. Viszont az eredeti költségvetési előirányzathoz képest százalékban nyújtott szállítói tartozás nem éri el még mindig a négy évvel ezelőtti értéket. A konszolidációs program sikeres volt, az ebben részt vevő kórházak kétharmada stabilizálni tudta helyzetét, igaz, nagyon fájdalmas körülmények között. Hiszen nekik gyorsított ütemben kellett végrehajtani azt, amit korábban a többi intézmény spontán elvégzett. Tudomásul kell vennünk, hogy ezt a nagyságrendű fekvőbeteg-ellátó intézményrendszerrel ebben a struktúrában, változatlan finanszírozási feltételek mellett, képtelenség fenntartani.

H Hogyan alakul a szakellátó-intézmények finanszírozása az év végére?



Dr. Rácz Jenő

– Nagy eredménynek tartom, hogy nem kellett megkurtítani az utolsó hónap kifizetéseit, vagyis a decemberi utaláskor 1,34 forinton történik a finanszírozás a járóbeteg-, 134 ezer Ft-on pedig a fekvőbeteg-ellátásban. Ugyanis engedélyt kaptam arra, hogy kétféle milliárd forintot átcsoportosíthatunk más kasszákból. Ellenkező esetben csak 126 ezer forint került volna kifizetésre, tekintettel arra, hogy a kifizetés alapjául szolgáló képlet: az összmaradvány osztva a teljesítménnyel.

H Ismét napirendre került az önkormányzatok ellátási kötelezettsége...

– Említettem, hogy szolidáris, társadalombiztosítás-elvű egészségügyi rendszert építünk, amely kiterjed a teljes lakosságra. Az állam egészségügyi ellátásra vonatkozó alkotmányos kötelezettségét nem az önkormányzati szinten tett kötelező ellátási feltétellel tudja biztosítani, hanem a szolidaritás elvű társadalombiztosítás révén. Újra kell gondolni az önkormányzati törvény ide vonatkozó passzusait, amely jogszabály ugyan kétharmados, de úgy tűnik, a módosításra az ellenzéki oldalon is fogadókészség mutatkozik. Amennyiben megszüntetjük az önkormányzatok ellátási kötelezettségét – amelyre erkölcsi parancsunk is van, hiszen a testületek e feladatkörre normatívát nem kapnak –, akkor megszűnik a szerződéskötési kötelezettség az OEP-pel, s ennek következtében valós szolgáltatói verseny alakulhat

ki. Az egészségbiztosító azzal a szolgáltatóval köt szerződést, aki a standard feltételeket megfelelő minőségben, a korábbinál hatékonyabban tudja nyújtani. Mivel az egészségbiztosító nem fog automatikusan mindenkivel szerződni, ezért vélhetően ez a lépés is alakítja a jelenleg fennálló struktúrát, az OEP ellátási felelőssége pedig markánsabbá válik.

H Miniszter Úr, véleménye szerint az EU struktúrafejlesztési politikája találkozhat-e a magyar kormányzat rendszer korszerűsítési elképzeléseivel?


– Az átalakítás egyik pillérét pontosan az európai uniós fejlesztési programok alkotják. Sikertelenül elérnünk, hogy a nagy projekteken – mind a Nemzeti Fejlesztési Tervben, mind az Egészségügyi Fejlesztési Konceptióban, valamint az RFT-n belül – egyaránt szerepel az egészségügy. Ágazatunk az ESA-típusú források kö-

zött is megtalálható, bár nem törekedünk arra, hogy önálló operatív programban vegyünk részt, hiszen az alapvető strukturális fejlesztéseket nem e program keretein belül lehet végrehajtani. Az oktatási és a szociális tárcával közösen végrehajtandó humán erőforrás-képzési program teremt meg az egészségügy munkaerő-piaci pillérét. Az egészségügyi-szociális ágazat nagyon jó munkaerő-piaci felvevő képességekkel rendelkezik, ezért a társadalmi kohézió szempontjából is kiemelten fontos, hogy éljen munkahelyteremtő lehetőségeivel. Rendkívül fontos, hogy céltudatosan olyan munkaerőt képezzünk, amely iránt kereslet mutatkozik, és ne a diplomás munkanélküliek számát szaporítsuk, mert erre sajnos az egészségügyben is számos példát találunk. Minél több felsőfokú, ún. non doctor képesítésű személyt szükséges képeznünk az adekvát piaci igénynek megfelelően, hiszen számos területen élesen meghúzóhatók a kompetenciahatárok. Az orvoshiány, a doktorok leterheltsége, sőt egyre drágább munkaideje miatt bizonyos hagyományos orvosi feladatokat át kell adniuk, nekünk pedig megfelelő – például főiskolai diplomás – szakembereket szükséges képeznünk. Ehhez minél több ERFA-típusú forrást kívánunk bevonni, éppen ezért az elkészült komplex programokban az egészségügy biztosan benne lesz. Ide sorolhatjuk az ágazat struktúraátalakítását, az egészségügy turizmust, valamint az

Több mint 250%-kal megnövelt térbeli felbontás

biograph HI-REZ többszeletes CT-vel sokkal többet nyújt Önnek



 Kézelfogható eredmények a nukleáris medicinában.

A Siemens biograph™ családja a PET/CT berendezések teljesen új generációját testesíti meg. Többet nyújt mindabból, ami fontos Önnek: kiváló képminőség, részletgazdag felbontás, rövidebb felvételi idő és teljes rendszerbe integrálhatóság – ezek segítik Önt abban, hogy betegeiért valóban többet

tehessen. Válassza az igényeihez legjobban illeszkedő konfigurációt, egyben biztos lehet: a biograph a piacon ma elérhető legkorszerűbb és leghatékonyabb PET/CT berendezés. További információ: Siemens Rt. Tel: 471 1901



oktatási, a versenyképesség-javító, és az egészségipari vonatkozásokat egyaránt. Örömmre szolgál, hogy más területek szakemberei is felismerték és elfogadták, hogy az egészségipar az ország versenyképességét jelentős mértékben képes fokozni. Fő célkitűzéseink között szerepel, hogy Európa első számú turisztikai központjává szeretnénk válni, és az elkövetkezendő tizenöt évben Magyarország Európa harmadik legnagyobb gyógyszer-gyártójává kíván fejlődni.

H Ezek igen merész tervek... Németország és Svájc után a harmadik legjelentősebb gyógyszer-előállító lesziünk?

– Nem, Svájcot is meg kívánjuk előzni, Anglia és Franciaország a jelenlegi két elővas. Ez nem légből kapott elképzelés, hiszen miniszterelnök úrral közösen tárgyaltunk a hazai gyógyszerpiac meghatározó szereplőivel, akik a fejlesztési beruházásaikról szóló konkrét terveiket ismertették.

H A hazai kórháziügy figyeli az európai uniós felzárkózási lehetőségeket. Jelentős sikerként könyvelhető el, hogy az előkészületekben idehaza is megjelent a beruházás-fejlesztési (ERFA) típusú támogatás lehetősége. Amennyiben ez már megjelenik a 2007. évi költségvetésben, és ezt az EU is elfogadja, Miniszter Úr tevékenységében ez történelmi jelentőségű lesz. A kiegyezés utáni minisztereknek adatott meg az a szerencse, hogy ilyen hatalmas fejlesztésekre adódott módjuk.

– Egyelőre még vitás kérdés, hogy ha az említett fejlesztési források elfogadtnak és megérkeznek, miként hasznosítjuk azokat a leghatékonyabban. Két szisztéma képzelhető el: az elnyert forrásokat a teljes ellátórendszeren szétterítjük, vagy pedig ún. tudás- vagy egészségközpontokat alakítunk ki, amelyekhez a forrásokat rendeljük, s a húzó hatás majd tovább sugárzik a szellemi centrumok környezetére. Magam az utóbbi mellett vagyok, hiszen az EU az első variánsra nem is adna pénzt, ráadásul ha a teljes rendszerre csak egy vékony rétegben jutna a pénzforrásokból, akkor attól teljesen felesleges gyors, látványos fejlődést várni. A debreceni Augusztina komplex program bizonyítja be először, hogy – bár a projekt az egyetemre koncentrálódik – a fejlődés az egész térségre kihat. Egyetemünk elhelyezkedése ebből a szempontból optimális (a főváros mellett Szeged, Debrecen, Pécs lehetnek a központok), egyedül az észak-dunántúli gócpont hiányzik meg, de ennek is körvonalazódik a helye.

A Nemzeti Fejlesztési Tervből érkező források olyan nagyságrendű változásokat hozhatnak, amelyről jelen pillanatban még álmodni is nehéz.

H Az év során néhány akut probléma is adódott, ezek egyike a magánorvosok receptfelírási joga körül kialakult parázis vita.

– Egyetlenegy társadalombiztosító sem működik úgy, hogy olyan személyeknek ad utalványozási jogot, akiknél nincs ellenőrzési lehetősége. A receptírási szerződés, amelyet a biztosító a magánorvosokkal is megkötött, nem ad lehetőséget arra, hogy a dokumentációba széles körben be lehessen tekinteni, illetve nem teszi lehetővé – nem megfelelő felírás esetén – a szankcionálás jogkörét sem. A miniszterelnök úrral és a MOK elnökével lezajlott egyeztetésen nem abban állapodtunk meg, hogy visszaállítjuk a régi gyakorlatot, hanem abban, hogy létrehozuk azt a rendszert, amelyben biztosítható a dokumentum ellenőrzési lehetősége. Megte-remtjük tehát a biztosítóval szerződött magánorvos jogi státusát, előírjuk a megfelelő dokumentációt és a jelentési kötelezettséget, és ettől kezdve – az új szerződés alapján – tovább folyhat az érintettek utalványozása.

H Az orvosok ügyeleti-készenléti rendszere továbbra is nyitott kérdés.

– Ameddig az Európai Unióban nem jelenik meg az ide vonatkozó új irányelv, addig semmilyen bíróság nem alakíthat ki más véleményt, mint amelyen döntést korábban az Európai Bíróság hozott. Azonban arra felhívnom a figyelmet, hogy eddig a bíróságok kizárólag azt állapították meg, hogy az ügyelet teljes egészében munkaidőnek számít, de hogy azért milyen térítési díj jár, azt nem fogalmaz(hat)ták meg. Idehaza mégis időről időre felröppennek konkrét összegekről szóló híresztelések arról, hogy éppen ki, hány milliárd forinttal tartozik az orvosoknak. Az Európai Unióban sem született még e kérdésben megoldás, ezért ahány ország, annyiféleképpen próbálja kezelni a helyzetet. Azzal mindenki tisztában van, hogy a jelenleg érvényben lévő feltételeket nem csak pénzzel, hanem munkaerővel, struktúrával sem lehet teljesíteni. Tudjuk jól, hogy az új szabályok értelmében például 16 órás ügyeletet egyetlen orvos sem láthatna el, hiszen egy húzamban 12 óránál többet nem szabad dolgoznia. Sőt, a teljes ügyeleti struktúrát meg kell változtatni, mert a jogszabály a ledolgozott 8 óra munkaidő után maxi-

mum 4 órát engedi a doktort ügyelni. Miniszterelnök úrtól arra kaptunk megbízást, hogy a szakmai szervezetekkel és Lenkovics Barnabás ombudsmannal a közös javaslatunkat három hónapon belül alakítsuk ki. Azt azért tudatosítani szeretném, hogy az ügyelet kérdésének megoldása elsősorban nem pénz-, hanem szervezési kérdés. Az intézményi menedzsment felelőssége óriási, és én a szaktárca részéről maximálisan támogatom a kórházakat – például a szolnokit is –, amelynek elsődleges feladata a lakosság egészségügyi ellátásának biztosítása. Nem pontosak azok a híresztelések, hogy e problémát a világon mindenütt megoldották már, csak hazánkban nem sikerült még. Ehhez hasonló feszültségek ugyanis Európa más országaiban is fennállnak: sztrájkok Németországban, komoly ellátásszervezési problémák Angliában – nem véletlenül járnak ki kollégáink ügyelni –, de említhetem Franciaországot vagy akár a skandináv államokat is. A szomszédos Ausztriában éppen egy évvel ezelőtt alakult ki komoly nézeteltérés abból, hogy Bécsben az orvosszövetség az utolsó pillanatig nem kötötte meg a szerződést az egészségbiztosítási pénztárral, hasonló gondok miatt.

H Miniszter Úr, köszönjük a beszélgetést, és kellemes ünnepeket kívánunk a szerkesztőség nevében!

– Én pedig ez úton is szeretném megköszönni az intézmények együttműködését, mert a változtatásokat nem akadályozták, hanem inkább a közös gondolkodásra törekedtek. Külön kiemelném a Magyar Kórházszövetség és az EGVE vezetőinek munkáját, akikkel számos olyan fórumon vettünk részt közösen, ahol kiálltak a szükséges átalakulásokért, azt is tudomásul véve, hogy ezek közül néhány bizony fájdalommal járhat. Természetesnek tartom, hogy mindkét szervezet felemeli a szavát annak érdekében, hogy több forrás érkezzon a rendszerbe, ezzel jobb feltételeket teremtve az egészségügyi intézmények számára. Nem felejtettem el, hogy magam is gyakran ültem a tárgyalóasztal másik oldalán. Valamennyi egészségügyi intézménynek azt kívánom, hogy az a fejlődési pálya, amelyet elindítottunk, rövid távon is éreztesse hatását.

SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő



Egyszerű Megbízható Hatékony



Az iratkapocs ismerős formája az egyszerűség és hatékonyság csodája. Csakúgy, mint a standard 0,3 ml dózisú Fraxiparine, amely az egyetlen, UFH-nál szignifikánsan hatékonyabb LMWH (kis molekulású frakcionált heparin) a tünetmentes thromboemboliák megelőzésében. Mindezt 5 LMWH metaanalízise igazolja általános sebészetben.¹

Fraxiparine készítménnyel – 1986-os bevezetése óta – Európában több, mint 20 millió, különböző rizikótényezőjű beteget kezeltek hatékonyan.² A Fraxiparine pozícióját azóta számos LMWH követelte, de ahogyan az egyszerű és zseniális iratkapcsot, a Fraxiparine-t sem győzte le egyikük sem.

1. Mousavizadeh S, Laporte S, Damron J-Y et al. *Br J Surg* 2001; 88: 913-920.

2. Fraxiparine Adatlapja (2014): 0011 ENL SZAM: 1760056/2014

FRAXIPARINE 1900 NE/0,2 ml [OGYI-T: -6773/01], 2850 NE/0,3 ml [OGYI-T: -6773/01-02], 3800 NE/0,4 ml [OGYI-T: -6773/01], 5700 NE/0,6 ml [OGYI-T: -6773/01-02], 7600 NE/0,8 ml [OGYI-T: -6774/01-02], 9500 NE/1,0 ml [OGYI-T: -6775/01] injekció FRAXIPARINE MULTI 47500 NE/5 ml [OGYI-T: -7536/01], 142500 NE/15 ml [OGYI-T: -7537/01] többdózisú injekció ATC kód: B01A B06

Hatóanyag: INJEKCIÓK: 1900 AXa NE nadroparin (0,2 ml) ill. 2850 AXa NE (0,3 ml) ill. 3800 AXa NE (0,4 ml) ill. 5700 AXa NE (0,6 ml) ill. 7600 AXa NE (0,8 ml) ill. 9500 AXa NE (1,0 ml) calciumot formájában heparinoként. TÖBBDÖZISŰ INJEKCIÓK: 47500 AXa NE (5 ml) ill. 142500 AXa NE (15 ml) calciumot formájában üvegeként.

Javallatok: Thromboembólia megelőzésének megelőzése, kezelése. Hemoaflyzin alatt az alvadás képződés megelőzése. Instabil angina és non-Q myocardialis infarctus kezelése kis dózissal acicilsalicilsav egyidejű adása mellett.

Ellenjavallatok: Fraxiparine túlzott érzékenység. Fraxiparine kezelés mellett kialakult thrombocytopenia, haemostasis zavarával összefüggő aktív vérzés (kivéve a heparinnal nem kapcsolatos DIC). Vérzése hajlamosító szerkezetű betegek. Akut infarktus endocardialis (kivéve mechanikus műbillentyű). Akut agyi vérzés kialakult. 3 éves kor alatti gyermekeknek és lehetségesen nem alkalmazhatók a Fraxiparine Multi többdózisú injekciók, mivel beavatkoztatott tartalmuk. Relatív ellenjavallat: súlyos vesefüggelenség, súlyos artériás hipertónia.

Adagolás. PREVENCIÓ: Általános sebészet: 3-4 órával a beavatkozás előtt, majd napi 1x0,3 ml sz., min. 7 napig. Ortopéd sebészet: a beteg testtömege alapján műtét előtt és után 12 órával ill. azt követően 3 napig 1x0,8 ml (0,2-0,4 ml) sz., majd napi 1x0,7 ml (0,2-0,6 ml) sz. A kezelés időtartama legalább 10 nap. Thromboembólia megelőzésének leállítása: a beteg testtömege alapján 0,5 ml (0,4-1,0 ml) sz. naponta kétszer. Idős betegeknél és veseelégtelenség esetén az adag csökkenteni kell. **INSTABIL ANGINA ÉS NON-Q MYOCARDIALIS INFARCTUS:** a Fraxiparine-t sz. naponta 2x (12 órákánként) napi 75-125 mg per os atitit acicilsalicilsavval együtt kell alkalmazni. A kezdő adag le. általában 0,6 ml (0,6 ml) sz. Fraxiparine injekció követ. Az átlagos kezelési idő 6 nap. A dózist a testtömeghez kell illeszteni.

Mellékhatás: Vérzés, thrombocytopenia, szulfuro vagy hematoma (előfordulása inkább, mint heparin alkalmazása esetén), a beadás helyén bőrpír, viszketés, túlzott érzékenység reakciók, Se-tartalmú készítmények emelkedés, pruritus, hipotenzívózió, esetleg anafilaxiás reakciók (kezelés idején a kezelés megkezdése előtt).

Figyelmeztetés: In. nem adható. Thrombocytopenia előfordulhat – a kezelés előtt, az első hónapban hetente 2 alkalommal, majd ezt követően hetente 1 alkalommal. Ezen kívül alvadási paraméterek ellenőrzésére nincs szükség. Műtét előtt, vesefüggelenség, artériás hipertónia, a chorio-retina vasculatúra rendellenességei, az anamnézisében szereplő peptikus ulcus, vagy egyéb, vérzésre hajlamosító szerkezetű állapotok esetén a kezelés megkezdése előtt a plazma K⁺-szintet nagy rizikójú betegeknél monitorozni kell. Terhesség: heparin-készítmény megelőzése. Szoptatás alatt adása nem javasolt.

OGYI ENL SZAM: 1760056/2014

Tájékoztató információival kizárólag a link segítségével.

A Fraxiparine® kiszerezésenkénti térítési díj: • Fraxiparine® 2850 NE 0,3 ml (10x) injekció 1014 Ft
Fraxiparine® 3800 NE 0,4 ml (10x) injekció 1251 Ft • Fraxiparine® 5700 NE 0,6 ml (10x) injekció 1800 Ft



Fraxiparine®

nadroparin

1986 óta a vénás thromboembolia megelőzésében

Magyar vérkészítmények

HUMAGLOBIN
HUMAN ALBUMIN
5%, 20%
TETIG 500
HUMAFACOR 8-9

www.teva.hu



HUMAGLOBIN
HUMAN ALBUMIN 5%, 20%
TETIG 500
HUMAFACOR 8-9

Magyar önkéntes és térítésmentes véradók donációjából származó (a Nemzeti vérekészlet részét képező) plazmából előállított vérkészítmények. A plazmát az OVSZ szigorú vizsgálatait követően HCV-re NAT vizsgálattal ellenőrizzük. Vírusinaktivációra hőkezelést alkalmazunk, mely az európai előírásoknak maximálisan megfelel.

**Magyar vérkészítmény:
alacsony ár – magas minőség!**

Információ: 2100 Gödöllő, Táncsics M. u. 82.
Tel: (28) 532-126, E-mail: Hmarketing@teva.hu

TEVA
Gyógyszergyár

Boldog új év?

A Magyar Kórházzövetség „háza táján” 2005-ben annyi minden történt – hagyományos tavaszi kongresszusukon Év Kórháza díjat osztottak, székhelyet váltottak, képviseltették magukat az Európai Kórházzövetségben, és közben a hazai kórházügy kihívására sem késlekedtek a válaszával.

H Elnök úr, a finanszírozás a kórházügy egyik sarkalatos kérdése. Hogyan alakult idén a szervezet tagintézményeinek gazdasági helyzete?

– A Magyar Kórházzövetség márciusi kongresszusán előre jeleztük, hogy a finanszírozási struktúra az idei költségvetési kilátásokat tekintve mintegy 25-30 milliárd forint – ez a nagyságrend az összes intézmény egyhavi finanszírozását közelíti – reálérték-vesztést jelent. Ennek összetevői elsősorban a HBCS-növekmény elmaradása, a működési költségek növekedése, a beígért béremelés hiányzó fedezete volt. Úgy gondoljuk, hogy a márciusi aggályaink és az ezt követő áprilisi állásfoglalásunk, valamint az első negyedéves – a minisztérium megbízásából készített – gazdálkodási értékeléseink sajnos igazolták a trendet, hogy az adósságállománnyal rendelkezők, a tartalékaikat felélők, az eladósodás küszöbéhez érkezők, illetve a már eladósodott intézmények köre növekedett. Az ágazat alulfinanszírozottságát tükröző intézményi ellehetetlenülés tehát bizonyítható, és a jelenlegi finanszírozási struktúra, a kasszavédelem érdekében bevezetett teljesítményvolumen-korlát (TVK) a kórházak oldaláról semmiféle biztosítékot nem jelent a további hanyatlás megakadályozása, a működési zavarok megelőzése és a finanszírozási válság kiterjedése ellen. Ezért úgy gondoljuk, hogy a teljesítményvolumen-korlát ebben a formában tovább nem tartható meg. Ennek két alapvető okát az MKSZ Finanszírozási Bizottsága is megállapította (lásd a KÓRHÁZ novemberi lapszámában – a szerk.): egyrészt az indításkor hiányzott a szektorsemlegesség, másrészt a bevezetéskor meglévő aránytalanságok kor-

rekciója nem történt meg, sőt tovább torzították az időközben végrehajtott visszanyomások és korrekciók.

H Az érvényes finanszírozási technika a kormányzat szerint sikeres megoldás annak érdekében, hogy a kassza védhető maradjon.

– Mi viszont ennek veszteséként úgy ítéljük meg, hogy ellátottjaink és munkatársaink elégedettsége, a kórházi ellátás színvonala egyre inkább romlik. A jövő évi költségvetésben sem látom a rövid távú kitörési pontokat, mert a helyesen megjelölt célok csak hosszú távon tudnak struktúraváltást eredmé-



Dr. Golub Iván

nyezni. Az SBO-k, a mentés, a krónikus ellátás szerepének növelése, a szociális szféra mentesítése elsődleges investíciót és pluszforrásokat igényel, de amelyre – meglátásunk szerint – a 2006. évi költségvetés nem biztosít kellő fedezetet. Bár összevonták az OEP járó- és fekvőbeteg-kasszáját, és ezzel egységes ellátókassza keletkezett, de eközben ugyanitt mintegy 28 milliárd forint nominál értékvesztés történt. A 2005. évi reálértéken számított fekvőbeteg-ellátás költségnövekedése és az

OEP kasszanövekményének becsült különbsége optimista számítások szerint is több százalékos bevételecsökkenést jelentett az intézmények kárára. Ha ehhez azt is hozzászámítom, hogy számos kórház a törvénynek megfelelően biztosította a dolgozói béremelést, de nem tudta az aktuális bérbeállást mindenkinél a meghirdetett mértékben megemelni, akkor a kasszanövekmény és a költségvetés mindössze plusz egy-két százalékot biztosított a díjtételelemeléssel. Ebben azonban még nincsenek feltüntetve az intézmények azon kiadásai, amelyek a klasszikus költségelemeneken kívül jelentek meg: a perköltségek; a különböző működési kiadások új elemei; az informatikai és a minőségirányítási rendszer fejlesztései; a veszített perköltségek; a kegyeleti helyiség kialakításának, a betegazonosító csuklópántok beszerzésének, illetve a betegtájékoztató költségei; az illetménypótlék stb., összesen legalább húsz tétel. A szállítói tartozások idén szintén folyamatosan emelkedtek.

H A fekvőbeteg-ellátásban lényeges szerepet játszik az ügyelet-készenlét szervezése. Idén minden kórház árgus szemekkel figyelte a hazai és európai bírói testületek döntéseit.

– A Magyar Kórházzövetség a partnerszervezetekkel együtt a legitím, tisztes és tárgyalásokon alapuló megoldások híve, ahol nem lehet partikuláris érdekekért feláldozni az ágazatban dolgozó összes többi munkatárs helyzetét. Bizonyos részterületek, például a házi-orvosi érdekek hangsúlyozása és a magánvállalkozó orvosok érdekeit a végletekig hangsúlyozó kiállás mellett az ellátórendszer többi szereplője viszonylag hátrányba kerül. Összetett az érdekképviselőnk, ebből adódóan a felelősségünk is, ezért nem szeretnénk a kórházak szereplőinek egyetlen rétegét sem szembeállítani a másikkal. Az MKSZ négy szakmai szervezettel együtt több mint fél éve levélben kereste meg a miniszterelnök urat, és tárgyalásos megoldást kezdeményezett. Két – miniszteri szintű – egyeztetésen vagyunk túl, amelyekkel elfogadtattuk a kormányzattal,



hogyan a probléma nem kizárólag egészségügyi, hanem foglalkoztatási kérdés is. Javasoltuk többek között, hogy az „opt-out”-ot – a működőképesség fenntartása érdekében – mindenképpen az európai szint maximumáig kell felemelni, és semmilyen áron nem szabad egzisztenciális hátrányba hozni doktorainkat például azzal, hogy az ügyeleten néhány százalékkal nagyobb jövedelmet kapnak, ugyanakkor azért, mert műszakban kell dolgozniuk, eddigi javadalmazásuk nagyobb százalékát elvesztik. Keressük azt az eurokonform, konstruktív és egyben teljesíthető megoldást, amely az összes érintett szereplő számára kvázi veszteség nélküli megoldást hozhat. Az intézményvezetők soha nem térhetnek el az érvényben lévő jogszabályoktól, mert a munkáltatói felelősség első számú kritériuma a törvényesség. Az aktuálisan alkalmazható – néha vitathatatlanul ellentmondó – jogszabályokat hazánkban nem az Európai Bíróság konkrét ítéletei diktálják, hanem a magyar jogrend, melyet tiszteletben kell tartanunk.

H *Az ágazat középtávú fejlesztési tervét idén ismerhettük meg.*

– A kijelölt irányokkal egyetértünk, és reméljük, hogy a célok végrehajtásához a szükséges forrás, a jogi háttér, a kormányzati szándék és az érdekképviselői akarat is meglesz. Nagy kérdés viszont, hogy az ellátórendszer a jelenlegi válságjelek dacára kitart-e addig, amíg a remélt eredmények bekövetkeznek? Elsődleges gondunk a jelenlegi helyzet és a jövőkép közötti megoldási és technológiai racionalitásokból adódik, amelyek döntően finanszírozási és humán erőforrás-kérdések. Nincs bajunk a 21 lépéssel – sőt, azonnal hozzá tudnánk tenni még 79-et –, a megoldás anyagi forrásával, kivitelezhetőségével és időtartamával, valamint a súlyozásával vannak problémáink. A kiemelt szakterületek ugyanis – a humán erőforrás szempontjából – éppen a legkritikusabbak: a sürgősségi és az onkoradiológiai ellátás, a mentés, illetve a rehabilitáció terén hiányoznak az átalakulás emberierőforrás-képzési és -szakképzési feltételei, valamint az infrastrukturális, a gazdasági-műszaki háttér, ezért meglátásunk szerint a rövid távú végrehajthatóság legalábbis kérdéses.

H *Az egészségügyi szolgáltatók szakmai felelősségbiztosítása újabb lendületet kapott.*

– Sajnos ebben az évben sem sikerült lényegesen közelebb kerülni a helyzet végleges megoldásához. A Kórházszövetség korábban azt a véleményt képviselte, hogy a tripod- vagy a tetrapod-szereplős rendszerben megoszlaná a felelősségvállalás. Jelenleg egyre inkább az angol modell elfogadtatásán dolgozunk. E szerint a kórházak önkéntesen biztosítói egyesületbe tömörülnének, amely mellett jogászokból, igazságügyi szakértőkből, közgazdászokból álló szakértői testület működne az angol Medical Defence Union mintájára. A háttérben pedig viszontbiztosító nyújtana fedezetet a perekkel szemben. Az elmúlt hetekben változás történt, hiszen egy most elfogadott jogszabály szerint már nem kötelező a felelősségbiztosítás megkötése az intézményi működési engedély megszerzéséhez. Igaz viszont, hogy egy másik érvényben lévő rendelet alapján ez még előfeltétele az ÁNTSZ-engedély kiadásának.

H *Idén is számos kórház élén történt személyi változás.*

– Az MKSZ szerint aggasztó az a fluktuáció, ami az intézményvezetői körben zajlott, és minden eddigi mértéket felülmúlt. Köztudomású, hogy kormányváltások idején sajnos nem voltak szavatolhatók a politikamentes személycserék. Szövetségünk abban látja a fő okot, és a gyakorlat is általában azt mutatja, hogy a gazdasági válságba került kórházak esetében a válsághelyzet kialakulásáért az egyszemélyi felelős vezetőt vagy a teljes menedzsmentet tartják felelősnek. Mi úgy gondoljuk, hogy az esetek döntő többségében ez nem megalapozott, mert a rendszer, a helyzet és a környezet együttesen határozzák meg a – többnyire pénzügyi-gazdálkodási – válság okait. A legegyszerűbb (látszat)megoldás a vezetői bizalom megvonása, amellyel a bajok kezelése még nem oldódik meg. Soha nem értettünk azzal egyet, hogy a tulajdonosi testületek nem a szakmai, hanem egyéb szempontok alapján minősítik, értékelik vagy befolyásolják az intézmények vezetését.

H *Úgy tudom, jelenleg is zajlik a szolgáltatói szerződés módosítása.*

– Számos intézmény jelezte, hogy a szerződés bizonyos pontjai, illetve a mellékleteket érintő változtatások nem elfogadhatóak számukra. Intézményi hatáskörbe tették át az állományukba tartozó orvosok gyógyszerfelírási hibáinak vagy esetleges anomáliáinak szank-

cionálását, ami olyan intézményi mechanizmust feltételez, amelyre a kórházak nincsenek felkészülve, ráadásul – véleményünk szerint – nem is teljesen jogszerű ez az eljárás. Azt is nehezményezzük, hogy a jogszabály-tervezet az orvos hibázása esetén a jegybanki alapkamat kétszeresét helyezi kilátásba a felírt tb-támogatási értéket sújtva. Gondunk továbbá az is, hogy miután megszűnik egy orvos munkaviszonya, mi már nem tudjuk ellenőrizni, vagy ha mégis, akkor az komoly apparátust feltételez. Miután bejelentjük, hogy a kollega már nem a munkatársunk, akkor az ezután kiadott vények ellenőrzését ne ránk hárítsák, hanem az legyen az OEP feladata, aki a doktorral a szerződést kötötte.

H *Hogyan alakultak az MKSZ nemzetközi kapcsolatai?*

– A HOPE szervezete átalakult Európai Kórházszövetséggé, amelyben ez évben is képviseltettük magunkat, és erről a KÓRHÁZ hasábjain rendszeresen be is számolunk. Minden kórházügyet érintő jelentős nemzetközi fórumon részt veszünk, gyakran a minisztériummal vagy a partnerszervezetekkel (EGVE) közösen.

H *Márciusban először került kiosztásra az Év Kórháza díj, mindjárt három kategóriában.*

– A szaktárca vezetőjétől éppen a napokban kaptam megerősítést arra vonatkozóan, hogy jövőre is szeretné folytatni a díjak kiosztását. Mi is hasznosnak ítéljük a pályázatást, és jó érzéssel osztottuk ki az elismeréseket. Szeretnénk, ha a minisztériummal közösen hagyományt teremtenénk.

H *Köszönöm az interjút, és szerkesztőségünk további sikeres esztendőt kíván a Magyar Kórházszövetség munkájához!*

– Minden elnökségi és vezetőségi tagunknak, a bizottságokban, a Szövetség irodájában és a KÓRHÁZ szerkesztőségében dolgozó munkatársamnak köszönöm egész évi aktivitását, amelyet szervezetünk, a hazai intézményrendszer és végső soron a minél jobb betegellátás érdekében végeztek. A kedves olvasóknak kellemes karácsonyi ünnepeket és boldog új esztendőt kívánok!

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő



Köszönjük a magyar kórházak orvosainak és vezetőinek, hogy 2005 folyamán szorosán együttműködtek az Országos Vérellátó Szolgálattal.

Köszönjük, hogy érdemi partnereink voltak.

Kellemes karácsonyi ünnepeket és sikerekben gazdag boldog új évet kívánunk!

Országos Vérellátó Szolgálat





Mi lesz öt év múlva?

„Nincs ember, aki meg tudná mondani, hogy öt év múlva mi lesz” – fogalmazza meg a jövővel kapcsolatban dr. Palkó András, a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara Radiológiai Klinikájának tanszékvezető egyetemi tanára, a Radiológiai Szakmai Kollégium elnöke.

Az összetett év

H *Professzor úr, milyen év volt 2005?*

– Összetett. Az értékelés során persze érdemes szétválasztani a szakmai és a technológiai fejlődést. Egy-egy új esemény, berendezés, megoldás kapcsán azt gondoljuk, hogy ennél tovább, ilyen tempóban nem lehet haladni, ennek ellenére a képalkotó diagnosztikában a fejlődési tempó megegyezik az informatika fejlődési sebességével. Valószínűleg azért, mert nagyon szoros az összefüggés. Az egyes modalitások keretein belül nagyon komoly technikai fejlődés zajlik, és szinte nyomon követhetően gyorsan jönnek az új megoldások.

H *Hogyan gyorsult fel ennyire a fejlődés?*

– Az elmúlt évek legfontosabb fejleménye, hogy megjelentek a molekuláris képalkotás első elemei, a nanotechnológia, a szerv- és szövetspecifikus kontrasztanyagok, a funkcionális képalkotás, a digitális képalkotás nyújtotta lehetőségek, a teleradiológia, a PACS, és lehetővé vált a különböző anyagcsere folyamatok képi megjelenítése. Megint tettünk egy olyan lépést, amellyel felzárkóztunk a klinikai fejlődés élvonalához, és partnerévé, sok esetben az egészségügy húzóágazatává váltunk.

H *Hasonló az előrelépés Magyarországon is?*

– Magyarországon is van egy csomó pozitív fejlemény. Ugyan könnyesre zokogjuk egymás vállát, mert nincs pénz a magyar egészségügyben, de a szakmai kollégium asztalán fél méter magasan állnak az új készülékekre, modalitásokra, tevékenységekre vonatkozó befogadási kérelmek. Folyamatosan érkeznek új gépek, elsősorban nagy berendezések, CT, MR, an-

giográfiai laborok telepítése érdekében, és úgy tűnik, az új technológia beszerzésére és működtetésére sok helyen, elsősorban az önkormányzati fenntartású intézményekben és a magánszolgáltatóknál, meg is van a megfelelő fedezet.

H *Ilyen komoly a fejlődés?*

– Az idei év a jobbak közé tartozik. Jelentős technikai előrelépés tapasztalható. Persze, nem érjük el a bécsi AKH, a grazi kórház, vagy a rochesteri Mayo Klinika színvonalát, de nem is biztos, hogy azt kell megcéloznunk. Jobb, ha a realitások talaján maradunk.

H *Milyen sikereket tudtak elérni a szakmában?*

– Eredményes kommunikációt sikerült kialakítanunk a Szakmai Kollégium, az OEP Képalkotó Bizottság, a finanszírozó OEP, az Egészségügyi Minisztérium és a Pénzügyminisztérium között. Aktív, sőt, időnként értelmes kommunikáció zajlik közöttünk, még bizonyos eredmények is születnek. A CT és MR finanszírozás terén hároméves munka végére értünk, és – a zárt kassza megszüntetése révén – elfogadható eredmény született. Ez azt mutatja, hogy ha a szakma el akar érni valamit, és összefogunk, sikeresek lehetünk. Persze, nagyon sok van még hátra.

Szakmai kihívások

H *Milyen problémákkal kell szembenézni?*

– Sokan említik a negatívumok között a szakember-ellátottság problémáit. Hajlamosak vagyunk azt mondani, hogy azért okoz gondot az ellátás, mert kevés a radiológus. Ez ebben a formában nem teljesen igaz. Ha megszámláljuk az itthoni radiológusokat, nincs kevesebb, mint Ausztriában, sőt, lakosságszámra vetítve sokkal több van, mint Angliában vagy Norvégiában. A háttérben két nagy probléma áll: az egyik a geográfiai megoszlás, szakembereknél és berendezéseknél egyaránt. Vannak kitűnően felszerelt központok, adott esetben kettő egymás mellett, és vannak teljesen ellátatlan területek az országban. Ugyanez vonatkozik az orvosokra is. Erről nem a szakma tehet, sokkal inkább a betegellátó kapacitás torz eloszlása

és szerkezete. Túl sok az ellátóhely. Kis túlzással, a helyi „politikuskok” minden faluban kórházat szeretnének nyitni.

H *Mi a másik probléma?*

– A radiológus szakorvosok korfája. Az ellátás nagyon jelentős részét nyugdíjas, vagy nyugdíj közeli emberek nyújtják, akikről lehet tudni, hogy néhány év múlva elhagyják a szakmát, miközben nem jön az utánpótlás. Azt biztosan lehet tudni, hogy 10-15 év múlva abszolút számban is kevesebben leszünk, mint ma. És akkor még nem is beszéltünk a külföldi munkavállalásról, amit én nem látok diabolikus csapásnak, mert azt gyanítom, hogy a külföldre menők egyszer majd visszajönnek. Jó külföldön dolgozni, jó pénzt lehet keresni, de nem jó ott élni. Ezért a külföldön dolgozó radiológusok



Dr. Palkó András

többsége haza fog jönni, valószínűleg jobb kvalitásokkal, mint amit itthon megszerezhetnének, de amíg az egyensúly helyreáll, még sok problémával kell megküzdenünk.

H *Nem kellene változtatni az ellátási szerkezeten?*

– A tudatos egészségügyi politika, vagy egyszerűen az élet fogja kikényszeríteni a perifériákon lévő, orvossal ellátott radiológiai munkahelyek megszűnését. Nem biztos, hogy maga a diagnosztikai egység megszűnik, de sok egység kényszerűségeiből fogja igénybe venni a teleradiológiai lehetőségeket, a távleletezést, távkonzul-

tációt és távarchiválást. Ez természetesen kikényszeríti a megfelelő standardok, jogszabályok, adatvédelmi szabályok kidolgozását és alkalmazását. A másik megoldási irány a szakdolgozók olyan szintű felsőfokú képzése, amely lehetővé teszi, hogy bizonyos tevékenységeket ne orvosok, hanem szakdolgozók végezzenek el, az eddiginél jelentősebb mértékben. A főiskolai, egyetemi szintű képző diagnosztikai asszisztensek a vizsgálatok kivitelezésének nagyobb hányadát tudják majd átvállalni.

H *Itt persze elérünk egy lélektani és filozófiai határhoz.*

– Nekünk nagyon határozottan az az álláspontunk, hogy leletet, véleményt csak orvos adhat. De a világon mindenhol közeledünk egy olyan ponthoz, ahol ez a határ kezd elmozdulni. Bizonyos helyeken, bizonyos típusú vizsgálatok esetében az előzetes vélemény kialakításának jogát átadják a felsőfokú végzettségű, nem orvos szakembereknek. Nagyon nehéz eldönteni, hogy hol legyen a határ, de szükségünk van rá. Amíg kevés az orvos, a munka pedig sok, elébe kell menni, és a területet úgy kell szabályozni, hogy senki ne eshessen hanyatt.

H *Ezek inkább kihívásnak tekintendők, mint katasztrófának.*

– Hasonlóan komoly kihívás a szakmák között folytatott harc és a radiológia egysége. A technológia fejlődése bizonyos területeket hozzáférhetővé tesz a nem radiológus képzettségű szakemberek számára is. Korábban a kép előállítására nagy technikai szaktudást igényelt, speciálisan képzett emberre volt szükség, aki mellelleg véleményt is mondott a képről. A fejlődés eredményeként ma sok gépet szállítanak egyetlen, mindentudó gombbal, vagy olyan beépített programmal, amellyel egy jó operátor is üzemeltetheti a gépeket. A kardiológusok és neurológusok komoly késztetést érezhetnek arra, hogy radiológus igénybevétele nélkül, a nagyon jó minőségű, könnyen érhető, elemezhető képekről saját maguk alkossanak véleményt. Erre ráerősít a radiológushány, hiszen a klinikus rákényszerül a leletezésre, ha nincs ott a radiológus kolléga.

H *Miért okozhat ez gondot?*

– Az egyes, szűk szakterületek egyre jobban elválnak egymástól, így veszélybe kerülhet a radiológus szakma egysége. A specializáció olyan szintet ért el, hogy nehezen tud szót érteni a neuroradiológus a gasztroenterológus radiológussal. Sajnos

ritkán vagyunk hajlandóak átnézni egymás szakterületére, ami saját területünkön kiváló, minőségi munkát tesz lehetővé, viszont rontja a szakember-ellátottságot, mert a szakintézményekben általános radiológusokra lenne szükség.

Szerves fejlődés

H *Mit vár szakmai területen 2006-tól?*

– Alapvetően a fejlődés fő iránya megmarad. Az orvoslás, a radiológia művészetből szakmává válik. Most már aztán végképp nem ússzuk meg a fordulatot. Meg kell teremtenünk egy olyan szabályrendszert, amely pontosan leírja, és előírja, hogy bizonyos klinikai szituációban bizonyos tevékenységeket, diagnosztikai és terápiás tevékenységeket milyen módon kell elvégezni. Kiteljesedik az irányelvek és protokollok rendszere, és szabályozottabbá válik a működésünk. Ez bizonyos esetekben nehézségeket okozhat, de könnyebbé is lehet, mert remélhetőleg egységes ellátási színvonalat tudunk generálni, és megszabadulunk egy csomó felesleges tevékenységtől.

H *Hogyan befolyásolhatja ez a változás a finanszírozást?*

– Megfordíthatja annak irányát. Most az egészségügy abban a csapdában él, hogy egy teljesítmény-finanszírozott rendszer közalkalmazotti struktúrában működik. Az egyik oldalon a közalkalmazott javadalmazása semmilyen összefüggésben sincs a teljesítményével, a másik oldalon az intézmény javadalmazása abszolút mértékben összefügg a teljesítménnyel. Amennyiben létrejön az a szakmai szabályrendszer, amely megfelelően definiálja, hogy kinek, mikor, milyen ellátásra van szüksége, ehhez lehet hozzá kapcsolni a finanszírozást. Ha ez megvalósul, pozitív hatása lesz a szakmára. Egyrészt javul a létszámhelyzet, másrészt ésszerűbbé válik a munka megosztása és mennyisége.

H *Hogyan kapcsolódnak ehhez az új eljárások?*

– Bizonyos tevékenységeket feleslegessé tesznek, és kikényszerítik, hogy az újfajta tevékenységek bekerüljenek az ellátási rendszerbe. Azt viszont nekünk kell megmondanunk, hogy egy új eljárás mit tesz feleslegessé. Végig kell gondolnunk, hogy milyen legyen a szolgáltatási paletta. Most mindenki a PET/CT-vel foglalkozik, ami kétségtelenül nagy előrelépés, de ezen kívül az MR és CT technológiában is van számtalan új elem, amelyek kezdik átalakítani a tevékenységi rendszert.

A központi idegrendszeri, szív, érrendszeri, onkológiai diagnosztikai területen teljesen átalakul a gondolkodásmódunk.

H *Milyen fejlődés várható a technológiában?*

– Folytatódik a szerves fejlődés. Az MR-ben is kiteljesedik a funkcionális képalkotás. Az új technológiák révén közelebb kerülünk az anyagcsere folyamatok megértéséhez, a szövettani szintű diagnózishoz, működéshez, nem csak a központi idegrendszerben, hanem a test más részeiben. A 3 Teslás és annál nagyobb berendezések betegellátó rutinban való elterjedése gyorsabbá, jobb felbontásúvá teszi ezt a módszert, és az indikációs kör még tovább szélesedik. A CT területen érdekes, új lehetőség a flat panel technológia megjelenése, amely nem szeletenként valószínűsíti meg a volumetrikus képalkotást, mint a többszeletes CT, hanem egyetlen körülfordulással egy teljes volumenképét állít elő. Lehetővé válik a háromdimenziós CT átvilágítás. Az ultrahang területén nagyon érdekes kezdeményezés a transzmissziós ultrahang computer tomográfia, amely a testen átbocsátott ultrahang érzékelésén alapul. Ez lehetővé teszi az ultrahang diagnosztika operátor-függőségének csökkenését.

H *Mire számít öt év múlva?*

– Nincs ember, aki meg tudná mondani, hogy mi lesz öt év múlva. Irtózatossá fejlődik a sejtszintű, molekuláris képalkotás, ami egyelőre nagyrészt alapkutatás, de egyre több eleme kerül be a napi rutinba. Fontos fejlemény, hogy egy-két éven belül a CAD, azaz a számítógéppel támogatott detektálás elterjedése várható a mellkasi diagnosztikában, a CT-vel végzett tüdőszűrés terén, a mammográfiában és a virtuális colonoscopiában. Már léteznek működő rendszerek, amelyek ugyan még drágák és nem is elég jók, de miután informatikáról van szó, ha nem jövőre, akkor két év múlva belép ez a technológia is az életünkbe. Teleradiológiai területen elterjed a valós idejű kommunikáció, és a nagyon gyorsan elérhető közös archívumok. Hamarosan a mennyiségi fejlődés minőségi változásba megy át, összeérnek a digitális rendszerek, és óhatatlanul kommunikálni kezdenek egymással. Magyarországon is rohamosan halad előre a konvencionális röntgendiagnosztika digitálissá való átalakítása.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



Tíz év TEVA

A TEVA a világ vezető generikus gyógyszergyára, tavalyi árbevétele csaknem ötmilliárd dollárt ért el. Hazánkban 1993-ban kezdte működését a Teva Pharma Kft., amely az anyacég által gyártott gyógyszerek forgalmazását végezte. 2005-ben a TEVA Csoport konszolidált árbevétele Magyarországon 180 milliárd forint lesz, amelyből az export 68 milliárd forintot tesz ki.

H Vezérigazgató Úr, mi volt a TEVA-csoport évtizedes magyarországi jelenlétének előzménye?

–A történet még 1983-84-ben kezdődik. A magyar gazdaság akkor nagyon rossz helyzetben volt, ezért a kormány valamennyi állami vállalat nyereségét és fejlesztési pénzét elvonta, és még arra is alig volt pénz, hogy a legszükségesebb fenntartó munkálatokat el tudjuk végezni. Ebben a helyzetben jelentkezett a Világbank, hogy hajlandó Magyarországnak meghatározott feltételek mellett kölcsönt nyújtani. A kölcsönre a teljes magyar gazdaság ki volt éhezve, de kevés olyan szektor volt, amely alkalmas volt arra, hogy a világbanki feltételeknek megfeleljen. A gyógyszeripar e szektorok közé tartozott, a gyárak felvették a hiteleket, a nyolcvanas évek végére pedig elkészültek az új beruházások. 1988-tól kezdődően lassan vissza kellett fizetni az adósságot, de nem volt miből.

H Hogyan kapcsolódik Ön ehhez a történethez?

– 1985-89 között Japánban éltem, a Medimpex kiküldöttjeként megalapítottam a Medimpex Japant. A gyógyszermarketing fejlettebb módszereivel először ott találkoztam. Évekig abból éltem Magyarországon, amit ott megtanultam. 1989 végén, amikor már a Biogal vezérigazgató-helyettese voltam, a vezérigazgató összehívta a vállalati tanácsot, mind a hét vezérigazgató-helyettest, és azt az utasítást adta, hogy gyorsan alakítsuk át a vállalatot részvénytársasággá, mert hamarosan megalakul az Állami Vagyonügynökség, és gyorsan el kell végezni a privatizációt. Nekem már akkor is az

volt az ötletem, hogy sokkal hasznosabb, ha egy közepes méretű nemzetközi gyógyszerceég vásárolja meg a Biogalt, mint ha egy óriás, amelyben csupán kerekítési hiba a Biogal árbevétele.

H 1991-ben hosszú állami pályát, vezérigazgató-helyettesi pozíciót hagyott ott, hogy egy kis képviselői cégben kezdjen el dolgozni. Hogyan élte át az elmúlt 15 évet? Sok harccal?

– Furcsa volt felállni a vezetői székbe, de amikor elbúcsúztam partnereimtől, egyikük, a CIBA-GEIGY tanácsadói munkakört ajánlott. A cég Portugáliából átirányított Magyarországra egy brazil származású úriembert, Andreas Strakost, és ketten kezdtünk el dolgozni a cégben. Nem volt titkárnőm, saját magam telefonáltam, én írtam a leveleimet. Két év alatt a CIBA-GEIGY gyógyszermarketing vállalata befutott Magyarországon, sikeres lett, és én új kihívásokat kerestem. 1993 nyarán alapítottam meg a TEVA Pharma Kft.-t, ami egyszemélyes cékként indult. (Most 2400 főt foglalkoztatunk.) Még az év folyamán elkezdtünk törzskönyveztetni a legtöbb gyógyszert, és 1994 közepétől megkezdtük a forgalmazást. 1995 közepére már két területen piacvezetők voltunk, az egyik egy állatgyógyászati termék volt, a másik az osteoporosis területén az Alfa D3, amely berobbant a magyar piacra, és megállíthatatlanul tört előre.

H Hogyan vásárolták meg a Biogalt?

– A TEVA már 1992-ben meg akarta venni a Biogalt, de nem sikerült, az utolsó pillanatban az ÁVÜ visszalépett. Végül 1995-ben megvásároltuk a részvények 77 százalékát. Akkor a TEVA már gyakorlatilag visszalépett az üzlettől, de végül meggyőztem az elnököt, és beadtuk a pályázatot. Két másik cég érdeklődött, de visszaléptek, mert a Biogal technikailag csődben volt. Az 5000 Ft-nál nagyobb számlákat csak vezérigazgatói engedéllyel lehetett kifizetni. A TEVA magyarországi üzlete a Biogal palettájával kiegészülve nagyon gyors fejlődésnek indult. A TEVA-nak volt egy nagyon jó amerikai partnere, a Baxter, amelyik Magyaror-

szágon be akarta vezetni infúzióit a HUMAN-on keresztül, de a HUMAN felépítette saját infúziós gyárát, és ezért 1998-ban elhozta hozzánk a termékskálát. Akkor alapítottuk meg a kórházi üzletágunkat, attól kezdve intenzíven forgalmaztuk a kórházakban az infúziót, az onkológiai termékeket és az antibiotikumokat, amelyben a Biogal erősnek számított.

H Magyarországi történetüket végigkísérik a folyamatos felvásárlások.

– 2000-ben a TEVA megvette a teljes kanadai Novopharmot, amely többségi tulajdonosa volt a HUMAN-nak, és a Humantrade-nek Magyarországon. Ezzel nagymértékben kibővült a tevékenységi körünk. 2005-ben a TEVA megvásárolta az USA negyedik legnagyobb generikus gyógyszergyárát, az IVAX-et. Az IVAX-szel történő egyesüléssel a világ legnagyobb generikus vállalatává fejlődöttünk, és mára Argentínától Szingapúrig, Svájc-tól Mexikón át Kanadáig, már 24 országban rendelkezünk saját céggel. Jelenleg a TEVA-csoport magyarországi üzleti központja a TEVA Magyarország Rt., a gyártói tevékenység a TEVA Gyógyszer-gyár Rt. keretein belül folyik.

H Mekkora fejlődési utat járt be a TEVA Magyarországon?

Amikor 1995-ben a TEVA megvásárolta a Biogal-részvényeket, Israel Makov – akkor még alelnök, az üzletfejlesztési terület igazgatója –, merész kijelentést tett, miszerint a TEVA tíz év alatt megtízszerezi a Biogal forgalmát, ahogyan az anyacég is 1985 és 1995 között a tízszeresére növekedett. Ez sikerült, forgalma alapján a TEVA lett az egyik legnagyobb magyarországi gyógyszergyártó. Nagykereskedelmi tevékenységét illetően a Humantrade a harmadik legnagyobb nagykereskedelmi vállalat. Az összes magyarországi exportáló vállalat között a TEVA kiemelkedő helyen áll, várható konszolidált árbevétele 2005-ben Magyarországon 180 milliárd forint lesz, amelyből az export 68 milliárd forintot tesz ki.

H Hány ember dolgozik jelenleg a TEVA magyarországi érdekltségéinél, és

ezen belül milyen kutatás-fejlesztési feladatokat végeznek itt?

– A TEVA által Magyarországon foglalkoztatottak száma 2400 fő. Indirekt módon azonban jóval több embernek biztosítunk megélhetést, mivel a disztribúció, a karbantartás és a beruházás már korábban kiszervezésre került, továbbá számos magyar beszállító céggel működünk együtt.

H Milyen erőforrásokat üzemeltetnek a kutatás-fejlesztési területen?

– Folyamatosan együttműködünk az egyetemekkel, kutatóintézetekkel, például a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Farmakológiai Intézetével, amellyel együtt egy regionális innovációs klaszter létrehozásával szeretnénk a gyógyszerfejlesztésbe és kutatásba összevonni a magán- és a közszféra kapacitásait. Elkötelezettségünket bizonyítja, hogy az elmúlt években a TEVA Magyarországon évente közel 3,5 milliárd forintot költött kutatásra. Az IVAX-egyesülés hatására, a Gyógyszerkutató Intézet révén Magyarország lesz a TEVA harmadik legnagyobb kutatási központja, az Egyesült Államok és Izrael után.

H Milyen tervei vannak az anyavállalatnak a TEVA magyarországi jelenlétének további erősítését illetően?

– 2003-2005 között beruházásaink összértéke meghaladta a 80 milliárd forintot, a kutatás-fejlesztési ráfordítások elérték a kilencmilliárd forintot. Ennek eredményeként jött létre a sajátbányai telephely is, amely az elmaradott borsodi térségben hozott létre jelentős termelő kapacitást. Jövőre új logisztikai központot is avatunk, egy high-tech, automatizált logisztikai rendszerrel. A 2006. évi várható árbevétel a cégcsoporton belül meghaladja a 200 milliárd forintot. A cégcsoport folyamatos befektetésekkel és fejlesztésekkel továbbra is erősíteni kívánja magyarországi jelenlétét.

H Hogyan látja a magyar egészségügy fejlődési helyzetét?

– Valamilyen számomra érthetetlen okból a kormányzatok húzzák-halogatják az egészségbiztosítás korszerűsítését. Egészen pontosan a kiegészítő egészségbiztosítás beindítását, amihez csak azt kellene meglépni, hogy adómentessé teszék a vállalatok ilyen irányú befizetését. A magyar egészségügy egyik legnagyobb problémája a hihetetlen alultőkésítés. A másik a szervezetlenség. Ez

az egyetlen lépés mindkét problémakört megoldaná.

H Privatizálni kellene az állami társadalombiztosítást?

– Nem, azt inkább rendbe kellene tenni, hogy feladata a szolidaritás alapján nyújtott szolgáltatás legyen, és erre az alapra épüljenek rá a kiegészítő biztosítók. Ez kiegyenlítené a rendszerben jelenleg is tapasztalható igazságtalanságot. Egyre többet hallani orvosi műhibákról, betegcserékről. Ezek olyan szimptomák, amelyek azt mutatják, hogy a magyar egészségügy a mai formájában haldoklik. Persze, mindig lehet annyi pénzt nyomni bele, hogy az orrát a víz felett tartsa, de nem tudni, mikor jön a robbanás. Vala-



Rózsa András

melyik kormányzatnak el kell szánnia magát a biztosítási piac ilyen irányú megnyitására. Ebben az esetben viharos gyorsaságú javulás megy majd végbe, színvonalban, követelményekben és szervezetségben, rendezettségben egyaránt. A gyógyító kapacitások logikusabban, a szükségleteknek jobban megfelelővé válhatnak.

H Milyen a kapcsolatuk a magyar kórházakkal?

– A TEVA Magyarország a világ legnagyobb generikus csoportjának egyik legmegbecsültebb tagja. A magyar kórházak legnagyobb gyógyszergyártói vagyunk, a legmagasabb piaci részesedéssel. Ez kiváló kapcsolatok nélkül nem lenne így. Az elmúlt években a kórházakkal nagyon jó kapcsolatunk alakult ki. Úgy érezzük, a kórházak bíznak bennünk, és ezért mi is bízunk bennük. Próbáljuk minden területen segíteni őket, például mi vagyunk a magyar kórházak legnagyobb hitelezői. Ha az intézményeknek anyagi nehézségeik van-

nak, mi megpróbáljuk őket átsegíteni ezen. A következő években várható, hogy jelentős változások következnek be a magyar kórházak életében. Szeretnénk, ha ez a már kialakult jó kapcsolat feljogosítana bennünket arra, hogy a továbbiakban is közösen oldjuk meg a problémákat, és aktív részesei legyünk a magyar kórházi életnek.

H Jelentős támogatásokat is nyújtanak a kórházaknak.

– Amikor ilyen igénnyel keresnek meg bennünket, megpróbálunk hozzájárulni a fejlesztésekhez, gépbeszerzéshez. Jótékonyági rendezvényeket szponzorálunk, és részt veszünk az orvosi továbbképzés finanszírozásában is. Minél nagyobb egy cég, annál több kötelezettsége van a társadalommal szemben. Természetesen nagyon jó érzés adni, különösen jó célokra adni, de a társadalmi szerepvállalás üzleti érdek is. Alapvető érdekünk, hogy az élet színvonal nőjön, az országban elviselhető legyen az élet, és hozzájárulunk a közösségi célokhoz. Az elmúlt évtizedben annyi néven voltunk már jelen Magyarországon, hogy tavaly eldöntöttük: egyetlen néven, TEVA-ként jelenünk meg a jövőben. Mivel a TEVA név még nem igazán ismert, költenünk kell arra, hogy az emberek megismerjék. Így találkozott a sport iránti elkötelezettségünk és üzleti céljaink, amikor a Vasas vízilabdacsapatával megállapodtunk, hogy TEVA-Vasas néven játszanak a jövőben. Mi nagyon büszkék vagyunk erre a kapcsolatra, a vállalat és a csapattagok közötti együttműködésre.

H A KÓRHÁZ szerkesztősége nevében köszöntjük a jubiláló vállalatot. Köszönjük, hogy az elsők között vállalta újraindított lapunk támogatását. A vállalatnak további üzleti sikereket, vezetőinek és dolgozóinak kellemes ünnepeket és boldog újesztendőt kívánunk. Mit kíván Ön olvasóinknak, a magyar kórházügy döntéshozóinak?

– Elsősorban jó egészséget és boldog új évet kívánok mindenkinek.

SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

Köszönet

Köszönet illeti szaklapunk idei szerzőit és interjúalanyait, amiért hozzájárultak a kórházügyi kommunikáció fejlesztéséhez:

Dr. Arányi Péter kutatás-fejlesztési igazgató sanofi-aventis	Dr. Csiba Gábor főigazgató főorvos B.A.Z. Megyei Kórház	Dr. Golub Iván elnök Magyar Kórházszövetség	Kalocsai Attila vezérigazgató CIB Faktor Rt.	Dr. Melles Márta főigazgató Országos Epidemiológiai Központ	Regöci István ügyvezető igazgató ISH Kft.	Tanács Zoltán vezető tanácsadó IFUA Horváth&Partners Kft.
Dr. Ari Lajos elnök EGVE	Dr. Csídei Irén főigazgató Zala Megyei Kórház	Gombos Gábor ügyvezető igazgató Pozitron Diagnosztika Kft.	Prof. Dr. Káslér Miklós főigazgató Országos Onkológiai Intézet	Dr. Miskovits Eszter főigazgató Országos Vérellátó Szolgálat	Prof. Dr. Repa Imre centrum elnök Kaposvári Egyetem Egészségtudományi Centrum	Tápai Katalin OVSZ Szegedi Regionális Vérellátó Központ
Ágoston Lajos főtitkár ISPO Hungary	Dr. Csonka Csaba sebész főorvos Ajkai Kórház	Győri András ügyvezető igazgató Mölnycke Health Care	Kató Gábor ügyvezető igazgató Kató és Társa Kft.	Mramurác Éva műszertani osztályvezető Országos Gyermek-Egészségügyi Intézet	Révész Éva kutató Budapesti Corvinus Egyetem	Temesfői Zsolt vezérigazgató GlobeNet Rt.
Dr. B. Kovács Attila klinikai kutatási igazgató sanofi-aventis	Dézsi Betti koordinátor Rehabilitációs Vándorgyűlés	Gyurcsány Ferenc miniszterelnök Magyar Köztársaság Kormányára	Dr. Kiss József főigazgató OEP	Dr. Nagy Gábor radiológus főorvos Egyesített Egészségügy Intézmények, Pécs	Rózsá András vezérigazgató TEVA Magyarország Rt.	Theo Quick fejlesztési igazgató Compass Group
Bakallár Sándor ügyvezető igazgató Bsoft Informatikai Kft.	Dr. Egyed Katalin onkológiai ágazatvezető sanofi-aventis	Gzim Ademaj regionális menedzser GE Healthcare	Kiss Norbert kutató Budapesti Corvinus Egyetem	Dr. Nagy Péter informatikai osztályvezető Uzsoki utcai Kórház	Sándor Marianna vezérigazgató Euromedic Pharma	Toárniczky Andrea tanársegéd Budapesti Corvinus Egyetem
Dr. Bakonya Mária igazgató főorvos Szigetszentmiklósi Szakorvosi Rendelőintézet	Dr. Elek Attila igazgató főorvos Nagykőrösi Városi Kórház- Rendelőintézet	Dr. Harmat György főigazgató Madarász utcai Kórház	Dr. Koleszár Lajos főigazgató Semmelweis Kórház	Nagy Viktor ügyvezető igazgató ICDS Colussi Hungary	Sára Zoltán ügyvezető igazgató Innotica Kft.	Tóth Judit minőségügyi koordinátor Semmelweis Kórház
Balla Zoltán igazgató Dr. MEDIÁTOR 2005 Kft.	Erdeiné Töröcsik Katalin orvosi könyvtár vezető Hajdú-Bihar M. Önk. Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet	Harsányi Imre főigazgató Felső-Szabolcsi Kórház, Kiszvárd	Komornik Vera egészségügyi szakújságíró	Nemes János vezérigazgató Euromedic International Hungary	Sidló Ferenc elnök Promobil Rt.	Prof. Dr. Turi Sándor egyetemi tanár SZTE ÁOK Gyermekklinika
Dr. Baranyai Tibor főigazgató Soproni Erzsébet Kórház	Erdős Sándor gazdasági igazgató UVEK Kft.	Dr. Harsányi Zsolt főigazgató Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház	Koternics Klára mb. humán-erő-gazdálkodási igazgató Semmelweis Kórház	Németh Sándor osztályvezető Baranya Megyei Kórház	Dr. Simon Tamás igényvéd	Dr. Tulassay Tivadar rektor Semmelweis Egyetem
Barta Iván szakértő GE Healthcare	Dr. Eröss György igazgató Philips Medical Systems	Dr. Hodosi György cégvezető AGFA Hungária Kft.	Dr. habil Kovács Árpád elnök Állami Számvevőszék	Nógrádi Tamás vezérigazgató Euromedic Trading	Dr. Súlyom Enikő vezető főorvos B.A.Z. Megyei Kórház Gyermek- egészségügyi Központ	Dr. Újhelyi János vezetői tag Házi Gyermekorvosok Egyesülete
Prof. Bernard Nemitz alelnök SAMU-központ	Fábián Kálmán kereskedelmi igazgató ISH Kft.	Dr. Hoffer Izabella Országos Vérellátó Szolgálat	Dr. Kovács Árpád szakorvos Kaposvári Egyetem Egészségtudományi Centrum	Nyerges János ügyvezető igazgató Eurest Kft.	Prof. Dr. Strausz János főigazgató Országos Korányi Tbc- és Pulmonológiai Intézet	Dr. Vajda János igazgató főorvos Egyesített Egészségügy Intézmények, Pécs
Bartis Eszter kutató Budapesti Corvinus Egyetem	Dr. Falus Ferenc főigazgató Nyíró Gyula Kórház	Horváth László informatikai vezető Zala Megyei Kórház	Dr. Kovács Árpád szakorvos Kaposvári Egyetem Egészségtudományi Centrum	Nyíri Péter ügyvezető igazgató Gerontex Kft.	Dr. Szabados Péter osztályvezető Volksbank Medical Banking	Dr. Varga Ferenc főigazgató Siofoki Kórház
Berkes Attila vezető Siemens Medical Solutions Hungary	Dr. Farkas Viktor tudományos főmunkatárs SE I. sz. Gyermekklinika	Inger Rydin régioigazgató Mölnycke Health Care	Kovács Géza kereskedelmi vezető GlobeNet Rt.	Dr. Palkó András tanszékvezető egyetemi tanár SZTE ÁOK Radiológiai Klinika	Dr. Szabó Erzsébet orvosigazgató Semmelweis Kórház	Varga János szerkesztő IT Business
Dr. habil Blaskó György orvosigazgató sanofi-aventis	Fekete Tibor rovatvezető	Imrei Józsefné energiaigazdálkodási igazgató szakértő	Kozsik Szilvia oktatásszervező Semmelweis Kórház	Dr. Papp László főigazgató Bajcsy-Zsilinszky Kórház	Dr. Szabó Terézia főigazgató Réthy Pál Kórház	Dr. Varga Péter Pál igazgató főorvos ÖGYK Gerincgyógyászati Központ
Bodnár Viktória partner IFUA Horváth&Partners Kft.	Dr. Fésűs László rektor Debreceni Orvostudományi Egyetem	Ivan Poprocky egészségügyi közgazdász Sanigest International	Dr. Kőszegfalvi Edit jogi osztályvezető Bács-Kiskun Megyei Kórház	Dr. Pávics László egyetemi tanár SZTE ÁOK Nukleáris Medicina Intézet	Szabó Tünde egészségügyi közgazdász Sanigest International	Dr. Vekerdy Zsuzsa osztályvezető főorvos Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
Dr. Bordás István informatikai vezető OTH	Dr. Forrai Gábor osztályvezető főorvos Országos Gyógyintézeti Központ	Prof. Dr. Jolesz Ferenc igazgató Brigham&Women's Hospital MR Képzőközpont Részleg	Dr. Kullmann Lajos főigazgató Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet	Pendli Józsefné kontrolling-vezető Zala Megyei Kórház	Szigeti Ildikó egészségügyi szakújságíró	Dr. Vezendi Klára rovatvezető
Dr. Böröcz Karolina osztályvezető Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ	Frédéric Ollier vezérigazgató sanofi-aventis	Juhász Attila ügyvezető igazgató Hinterland Mérnöki Iroda	Leitner György ügyvezető igazgató GlaxoSmithKline Kft.	Pere Ibern Regas professzor Pompeu Fabra Egyetem	Szlovákné Bandula Ilona rovatvezető	Dr. Visontai Ildikó főigazgató-helyettes Országos Epidemiológiai Központ
Budaházy Emil főigazgató Péterfy Kórház	Dr. Friss Ágnes Országos Vérellátó Szolgálat	Dr. Juhász Erzsébet HOPE csereprogram- koordinátor Magyar Kórházszövetség	Dr. Lengyel Éva Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet	Dr. Pikó Károly osztályvezető főorvos Jósa András Megyei Kórház	Dr. Szokodi Csaba ügyvezető igazgató Johnson&Johnson	Wochna Tibor ügyvezető igazgató Wochna Medical Kft.
Dr. Bujdosó László országos tisztifőorvos ÁNTSZ	Dr. Fuxreiter Margit tanácsos Debreceni Orvostudományi Egyetem	Jutasi Zoltán vezérigazgató Navigator Informatika Rt.	Dr. Lengyel Zsolt Ph.D. főorvos Pozitron Diagnosztika Kft.	Dr. Prokaj Rudolf jogtanácsos Markhot Ferenc Kórház	Szőke N. István ügyvezető igazgató Béker-Soft International	Zoltán György igazgató Fresenius Medical Care
Dr. Csala Miklós adjunktus SE Orvosi, Vegytani, Molekuláris Biológiai és Patobiokémiai Intézet	Dr. Gerő Gábor főigazgató Dél-Pesti Jahn Ferenc Kórház	Kajó Gábor értékesítő mérnök Siemens Rt.	Lóránth Ida egészségügyi szakújságíró	Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszter Magyar Köztársaság Kormányára	Takács Gézáné Ph.D. elnök Magyar Gyógyszerész Kamara Kórházi Tagozata	Dr. Zombor Gábor főigazgató Bács-Kiskun Megyei Kórház
	Dr. Gilly Gyula ügyvezető igazgató PET-CT Központ		Dr. Máramarosi András vezető tanácsadó TMI Hungary Kft.	Dr. Rajkay Katalin főorvos Ceglédi Tüdőgondozó	Dr. Takács Zoltán főigazgató Országos Mentőszolgálat	Zsombor Erzsébet rendszergazda Egyesített Egészségügyi Intézmények, Pécs

Kellemes Ünnepeket és még sikeresebb, párbeszédben gazdag
2006-ot kívánunk!

Dr. Szepesi András főszerkesztő, Bene Zsolt felelős szerkesztő, Zöldi Péter lapmenedzser

BOLDOG, BÉKÉS KARÁCSONYT, ÉS SIKERES, EREDMÉNYEKBE GAZDAG, BOLDOG ÚJ ÉVET KÍVÁNUNK A MAGYAR KÓRHÁZAK ÖSSZES MUNKATÁRSÁNAK ÉS A MAGYAR KÓRHÁZÜGY ÖSSZES SZEREPLŐJÉNEK!

Dr. Rudner Ervin főigazgató főorvos
MÁV Kórház és Rendelőintézet Szolnok

Dr. Erős András főigazgató
Jávorszky Ödön Kórház Vác

Dr. Gönczi Ágnes
főigazgató
Szabolcs-Szatmár-Beregi Önkormányzat
Jósa András Kórház

Prof. Dr. Naszlady Attila
főigazgató
Budai Irgalmasrendi Kórház

Prof. Dr. Baranyai Tibor
főigazgató főorvos
Sopron MJV Erzsébet Kórház, a DEOEC Oktató Kórháza

Bobál István
főigazgató
Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet

Dr. Eszenyi Géza
főigazgató
Almásfi Balogh Pál Kórház, Ózd

dr. Badacsonyi Szabolcs
ügyvezető igazgató
Budai Gyermekkorház és Rendelőintézet Kht.

Prof. Dr. Nagy Zoltán
főigazgató főorvos
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet

Kanizsai István ügyvezető igazgató
és a Siklósi Kórház Kht. dolgozója.

Dr. Mazur Sándor
főigazgató főorvos
Kemenesaljai Egyesített Kórház, Celldömölk

Dr. Pálos Lajos igazgató főorvos
Tata, Városi Rehabilitációs Szakkórház
és Rendelőintézet

Dr.med.habil. Gervain Mihály
igazgató főorvos
Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza

Dr. Kosztura László, főigazgató főorvos
Dr. Assani Omar, orvosigazgató
Földesné Nagy Anna, gazdasági igazgató
Jakabovits Ferencné, ápolási igazgató
Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet, Hatvan

dr. Harsányi Zsolt főigazgató
Nagykőrös Város Önkormányzat Rehabilitációs
Szakkórháza és Rendelőintézet

Dr. Máté-Kasza László
főigazgató főorvos
Szent Pantaleon Kórház

Prof. Dr. Vályi-Nagy István
főigazgató
Országos Gyógyintézeti Központ

Dr. Budaházy Emil
főigazgató
Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórháza

Dr. László Imre főigazgató
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

Nagyberivői-Boér Áron főigazgató és a tatabányai
Szent Borbála Kórház vezetése

Dr. Szabó Terézia
főigazgató főorvos
Réthy Pál Kórház-Rendelőintézet

dr. Tiba Sándor kórházigazgató
B.A.Z. Megyei Önkormányzat II. Rákóczi Ferenc Kórház

Dr. Ledniczki István főigazgató főorvos és a Marcali
Városi Önkormányzat Kórház-Rendelőintézetének
vezetése

az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
menedzsmenete

Dr. Vincze Árpád igazgató főorvos
Békés Megyei Tüdőkórház

Dr. Lakner László főigazgató főorvos
Vas Megye és Szombathely Megyei Jogú Város
Markusovszky Kórháza

Dr. Kárteszi Márta
főigazgató
Jászberény Erzsébet Kórház

Dr. Szakács Ferenc
főigazgató
Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet

Dr. Békési László, ügyvezető igazgató
Dr. Varsányi Hajnalka, orvosigazgató
Telki Kórház

Dr. Vadász Mária
főigazgató
Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő, Fehérgyarmat-
Vásárosnamény

dr. Ballagi Farkas
igazgató főorvos
Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet, Kapuvár

Dr. Kovács József
főigazgató főorvos
BMKT Pándy Kálmán Kórház, Gyula

Dr. Krizmanich Mária igazgató főorvos
Margit Kórház, Csorna

Prof. dr. Domján Gyula
főigazgató
Szent Rókus Kórház és Intézményei

Dr. Csiba Gábor
főigazgató főorvos
B. A. Z. Megyei Kórház
és Egyetemi Oktató Kórház

Dr. Szatmári György főigazgató főorvos
Állami Szanatórium, Sopron

Dr. Tallós Imre főigazgató
Budai MÁV Kórház

Dr. Zámbo László
mb. főigazgató főorvos
Parádfürdői Állami Kórház

Prof. dr. Repa Imre főigazgató
Kaposi Mór Kórház

EGYÉNI ÜDVÖZLETEK

„Örömmel esatlakozom a karácsonyi jókívánságokhoz, de szeretném a megszólított címzettek kibővíteni a Kórház című újság létrehozásában, szerkesztésében és terjesztésében részt vevő valamennyi kedves közreműködő személyével.”

Dr. Sedvi László főigazgató, Magyar Honvédség Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet

„Boldog, békés karácsonyt és sikeres, eredményekben gazdag, boldog új évet kívánunk a magyar kórházak minden dolgozójának és a magyar kórházügy – fejlődésünket segítő – összes közszereplőjének.”

Dr. Varga Ferenc főigazgató főorvos, Siófoki Kórház

„Boldog, békés karácsonyt és sikeres, eredményekben gazdag, boldog új évet kíván a magyar kórházak összes munkatársának és a magyar kórházügy összes szereplőjének a Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház dolgozóinak nevében

Dr. Gerő Gábor főigazgató”

„A Telki Kórház vezetősége megköszönve az egész éves sikeres együttműködést, boldog karácsonyt és eredményekben gazdag új évet kíván a Budapesti I. sz. Gyermekklinika PIC és a Budapesti II. sz. Nőgyógyászati Klinika munkatársai részére.”

Dr. Békési László, ügyvezető igazgató, Dr. Varsányi Hajnalka, orvosigazgató, Telki Kórház

A sanofi-aventis a kutatásra fogad

Frédéric Ollier, a sanofi-aventis magyarországi elnök-vezérigazgatóját a gyógyszeripar idei eredményeiről, jövőbeli céljairól és lehetőségeiről kérdeztük.

H Valamivel több mint egy éve van Magyarországon. Hogyan érzi magát?

– Vezetőként szemlélve az elmúlt egy évet, 2005-ben kiváló teljesítményt nyújtott a vállalat. Annak ellenére, hogy a Sanofi-Synthelabo és az Aventis számára ez volt az integráció első teljes éve. Természetesen szerénynek kell maradnunk, hiszen egyetlen év nem elegendő a megfelelő integrációhoz, de idei eredményeink nagyon sok bizakodásra adnak okot.

H Az év elején azt ígérte egy interjúban, hogy folytatják a dinamikus beruházási politikát. Be is bizonyították, hiszen májusban Veresegyházáról, októberben Csanyikvölgyből adhattunk hírt új üzemavatóról. Szimpátia illeti azokat a vállalatokat, akik nem csak jó terméket hoznak az országba, hanem termelnek, kenyeret adnak, adót fizetnek, magyar tudósokat és munkásokat alkalmaznak. Elégedett a környezettel?

– E tekintetben történtek ebben az évben pozitív fejlemények, és sajnos vannak olyan tények, amelyek aggodalomra adnak okot. De beszéljünk először a biztató dolgokról, a párbeszédéről. A 2004-ben aláírt megállapodást követően, megvalósult a párbeszéd az ipar és az egészségügyi kormányzat között. Ez óriási eredmény, és következménye, hogy idén szeptemberben újra beszélgethettünk, és megállapodtunk. Gyurcsány Ferenc miniszterelnök is elismerte, hogy a gyógyszeripar Európán belül kivívott szerepét a magyar kormányzat is nagyra értékeli. Biztató, hogy a kormányzat szerint Magyarország a régió vezető gyógyszeripari hatalmává válhat, és az európai gyógyszeripar három legjelentősebb szereplőjévé fejlődhet. Erről egyébként a sanofi-aventis az elmúlt tizenöt évben már meggyőződött, és pontosan ezért hajtottunk végre ilyen komoly beruházásokat Magyarországon.

H Nyugodtan kijelenthetjük, hogy a sanofi-aventis e törekvések egyik legerősebb pillére.

– Remélem, hogy ez így van, hiszen ennek érdekében nagyon sokat tevékenykedünk. Ráadásul éppen ez az oka annak, hogy személyesen is nagyon jól érzem magam az országukban.

H Milyen problémákat lát?

– Vannak olyan területek, ahol még előre kell lépni, és vannak ellenmondások, amelyeket meg kell tanulni kezelni. Az egyik oldalon azt látjuk, hogy az országban felelős emberek beszélnek arról, hogy mennyire fontos a beruházások



Frédéric Ollier

bátorítása, az innováció elősegítése, és a magyar kutatókat vissza kell csábítani Magyarországra. Ezzel szemben, különösen néhány igen fontos szabályozási kérdés területén, óriási nyomás nehezedik az iparra, és olyan állásfoglalások születnek, amelyek ezekkel az erőfeszítésekkel szemben állnak.

H Nem megfelelő a kormányzati szervek hozzáállása?

– Sok kormányzati szervnél és hatóságnál találkozunk nyitott gondolkodásmóddal, a legtöbb esetben értő fülek hallgatnak meg bennünket, mégis néha

érezkelhető a hosszú távú célok és rövid távú cselekedetek közötti ellentmondás. Éppen ezért a kölcsönös nyitottság elérése érdekében tartom fontosnak, hogy bizonyos fokú transzparencia az iparon belül is létrejöjjön.

H Miért?

– Számomra az idejé egyik legnagyobb tapasztalata, hogy ma Magyarországon az orvosok státusza nem megfelelő. A gyógyszeripar orvosokkal való kapcsolatának nagyon nagy fejlődésen kell keresztülnie. Komoly erőfeszítéseket tettünk, és előrehaladást értünk el, annak érdekében, hogy szakmánk még etikusabban működjön. Ezt a kérdést a sanofi-aventis alapvető kérdésnek tekinti. Úgy ítéljük meg, hogy nagyon sok fejlődésre van szükség e területen, és az iparnak nagyon komoly a felelőssége abban, hogy a transzparencia megteremtése terén folyamatos fejlődés valósuljon meg.

H Ezt nagy örömmel halljuk, és egyetértünk vele. Az elmúlt húsz évben veszélyes folyamatokat láttunk, amelyek során a promóció és információ helyére egyéb értékek léptek. A változásnak, a transzparencia megteremtésének előnyös hatásai lehetnek a magyar egészségügyre nézve.

– Azért azt is fontos megérteni, hogy a cél eléréséhez nem csak az iparnak kell erőfeszítéseket tennie, hanem jelentős hangsúlyt kell helyezni a hatóságok ellenőrző szerepének növelésére és a visszaélések szankcionálására. Minden szereplő részéről közös akaratra van szükség, annak érdekében, hogy az orvosok sokkal nemesebb státuszt tudjanak betölteni a jövőben.

H Mi az, ami Önökön múlik?

– A harmonikus fejlődéshez fontos, hogy a gyógyszeriparnak megfelelő legyen az imázsa. Sajnos, ez jelenleg nincsen azon a szinten, amit megérdemelnénk. Tisztán az üzleti imázs kapcsolódik hozzánk, és az a félreértés, hogy a gyógyszerárak emelésében érdekeltek, az OEP büdzsé elszippantói vagyunk. Ez a felfogás teljes mértékben ellentétes azzal, amit mi szakmai területen

nyújtunk az egészségügynek, a páciensek életminőségének növelése érdekében.

H *A tisztánlátáshoz rendbe kellene rakni az OEP imázsát is?*

– Nem kizárt. A magyar társadalom, ha komfortban nem is, orvosi szolgáltatásban, gyógyszerben nagyon jól el van látva. Azt tényleg el kell ismerni, hogy az OEP területén némi fejlesztésre van szükség, de az igazsághoz hozzá tartozik az is, hogy találtunk olyan személyeket az OEP-ben, akikkel a betegek érdekében sikeres és eredményes párbeszédet tudunk folytatni.

H *Elégedett-e a magyarországi leányvállalat gazdasági eredményeivel?*

– Igen, gazdasági szempontból is sikeres, eredményes évet zártunk. Ez azért különösen fontos számunkra, mert mi a nyereséget azzal a céllal termeljük, hogy fejlesszünk, jelentős részét újra befektessük Magyarországon. A fejlesztés azért is előnyös számunkra, mert piaci pozíciónk erősödéséhez és nem az áremelkedéshez kapcsolódik, hiszen áraink döntő többségét nem emeltük meg.

H *Milyen területen fejlesztenek?*

– A Veresegyházán megvalósult csomagolóüzem, a csanyikvölgyi fecskendő-töltő bázis a látványosabb beruházásaink közé tartoznak. Emellett erőteljesen, több tízmillió eurós értékben fejlesztjük újpesti kutatási központunkat, Európában egyedülálló, high-tech beruházásokat megvalósítva, és százas nagyságrendű kutatói munkahelyet teremtve.

H *Ennyire stabil a magyar gazdasági környezet?*

– A befektetések mellett egyre jobban aggódunk a növekvő bizonytalanság miatt. Befektetéseink fejlesztéséhez arra van szükségünk, hogy közép- és hosszútávon bízzunk Magyarországon. Az OEP-finanszírozás kérdése nem csak pénzkérdés, hanem egészség kérdése is. Ezen a területen a kormányzati szándékban sajnos komoly bizonytalanságot érez az ipar.

H *Az Ön bizonytalanság érzése valószínűleg a kormányzati vezetők rögtönzéséből fakad. Amikor egészségügyi szereplőkkel találkozunk, szóba kerülnek az egészségügyi kultúrával kapcsolatos kérdések is?*

– Orvosnak lenni ma Magyarországon rettentően nehéz. E hivatás művelőinek nagyon súlyos problémákkal kell szembenéznük. Az egyik oldalon arra készítik a hatóságok az orvosokat, hogy a drága, hatásosabb szerek helyett olcsóbb gyógyszereket írjanak fel, hogy a beteg pénztárcájához és nem egészségi állapotához igazítsák a gyógyszerfelírást, a másik oldalon olyan alacsony jövedelemmel rendelkeznek, hogy óriási nyomás alatt állnak minden irányból. A magyarországi egészségügy egyik kulcskérdése az orvosok státusza. A gyógyszeripar feladata, hogy küzdjön az orvosokért, az orvosok méltó státuszáért.

H *Ebben az elosztórendszerben ők a legfontosabb, autonóm közvetítők. De mi a véleménye az egészségügyi adminisztrációról? Marad-e ideje a kórházi vezetőkkel, szakemberekkel való kapcsolathoz?*

– Természetesen és szerencsére. Talán ezért is ilyen hosszúak a napjaim. Alapvető fontosságú a kórházi vezetőkkel és szakértőkkel való párbeszéd. Nagyon fontos, hogy tisztában legyünk az elvárásaikkal. Ezért szeretek a klinikusokkal, kórházi dolgozókkal találkozni. Számomra az az igazán felemelő pillanat, ha a kongresszusokon, a kórházakban velük találkozhatok. A párbeszéd azért olyan fontos, mert ők vannak közvetlen kapcsolatban a betegekkel. És természetesen találkozom betegekkel is. Sokszor elfelejtünk beszélni róluk, de nekem először mindig ők jutnak eszembe. Mert a betegekért dolgozunk.

H *Mit hoz a sanofi-aventis mikulása a jövő évre?*

– A sanofi-aventis mikulásának puttonyában egyrészt a széleskörű lehetőségeket felvonultató kutatási tevékenység található. A sanofi-aventis a kutatásra fogad, mert a vállalatcsoporton belül meg vagyunk győződve arról, hogy a kutatás kiemelkedő fontossággal bír. Magyarországon ma komoly vita folyik arról, hogy generikus vagy innovatív gyógyszereket alkalmazzanak. Ez fontos vita, de számunkra a kutatás a gyógyszeripar jövője, ahol igazán megmérettetik a vállalat, ahol kiderül, hogy megvan-e a kapacitásunk és szaktudásunk az új molekulák kifejlesztésére.

H *Mi található a mikulás kutatási puttonyában?*

– 128 molekula, ebből 51 darab Fázis-II és Fázis-III stádiumban lévő, 17 darab

Fázis-III stádiumban lévő molekula. Erőteljesen innovatív termékeink és molekuláink vannak. Nem csak a puttonyban lévő molekulák mennyisége fontos, hanem hosszú távú kutatási tevékenységünk is, melyben a klinikai oldalon részt vesznek a magyar kórházak is, és amelyek eredményeként új, innovatív termékekkel jelenthetünk meg a világpiacon. Azt hiszem, mind a molekulák, mind a gyógyszereink kapcsán elmondhatjuk, hogy a sanofi-aventis boldog vállalat.

H *Mennyire elégedett a cég magyar munkatársaival?*

– A magyar emberekben alapvetően megtalálhatóak azok az értékek, amelyek a sanofi-aventis értékei, és ez nagymértékben megkönnyíti a munkánkat. E beszélgetés során nagyon sok mindentől beszélünk a sanofi-aventis kapcsán, de a Kórház szaklap olvasóinak különösen fontos tudniuk, hogy magyarországi dinamikus fejlődésünk hátterében, sikereink mögött dolgozóink tulajdonságai, szaktudása, minőségi munkája áll.

H *Családja otthonról szemléli, vagy követték Önt Magyarországra?*

– Ők is Magyarországra költöztek, itt laknak Budapesten, a második kerületben. Számomra nagyon fontos, hogy itt legyenek velem, bár a tevékenységem miatt az együttlétnünk inkább a hétvégekre koncentrálódik.

H *Nagy örömmel láttuk: nem adta föl, hogy magyarul tanuljon. Irodájában kis cetlik jelölik a különböző tárgyak magyar nevét. Milyen eredményeket ért el?*

– Bár a magyar nyelv szerintem a legnehezebbek közé tartozik, fontosnak tartom, hogy magyarul is kommunikálni tudjak. Sajnos, a napi tevékenység mellett nem jut elégszer időm a gyakorlásra, de folyamatosan foglalkozik velem egy nyelvtanár. Lassan, de eredményesen haladok előre.

H *Mit üzen a Kórház szaklap olvasóinak – magyarul?*

Boldog karácsonyt és új évet kívánok!

SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



Biztonságra van szükség

Leitner Györggyel, a GlaxoSmithKline ügyvezető igazgatójával beszélgettünk.

H *Ügyvezető igazgató úr, mi a véleménye az idei évről?*

– Ez az év a magyar gyógyszeripar számára érdekes év volt. Amikor az elmúlt tizenkét hónapot értékeljük, 2004 júliusával kell kezdenünk, hiszen ekkor kötött megállapodást az egészségügyi kormányzat és a gyógyszeripar egymással. E megállapodás hatásai erre az évre tolódtak, hiszen akkor nem konkretizáltuk, hogy a kassza kiürülése esetén vállalt befizetések milyen algoritmus szerint történjenek. Ez a kérdés Damoklész karjaként függött felettünk, és veszélyeztette azt a gyógyszerbékét, amelyet a kormányzat és gyógyszeripar kölcsönösen fenn akart tartani. Ezért okozott megkönnyebbülést, amikor ezt a fenyegetettségi állapotot néhány héttel ezelőtt sikerült megoldanunk: megállapodtunk a befizetések nagyságrendjéről és módjáról.

A beszállító

H *Cégük egyre erősebb kórházi beszállítóvá válik. Mennyire tartja bizonytalannak ezt a területet?*

– A GlaxoSmithKline ma Magyarországon a negyedik legnagyobb kórházi gyógyszer szállító. Mivel nagykereskedők is vagyunk, közvetlenül szállítunk a kórházaknak. Tény, hogy a múltban mindig is benne volt a levegőben a késedelmes fizetés, esetleg a fizetésképtelenség, de mostanában kezd ijesztő méreteket öltetni. A saját bőrünkön érezzük azt, hogy egy-egy kórház, amely valamilyen okból eladósodott állapotba kerül, gyakran 6-8 hónapon belül sem képes tartozását kiegyenlíteni. Ez egyértelműen felveti azt a kérdést, hogy tudunk-e ezeknek a kórházaknak szállítani. Ez viszont olyan komoly kérdés, amelyre lehetetlen egyértelmű választ adni, mert az egyenlet végén a beteg áll, és az a legutolsó, amit szeretnénk, hogy a beteg ne jusson hozzá a szükséges gyógyszerhez.

H *Milyen innovációkat tapasztalnak a kórházaknál?*

– Érdekes tendencia a kisebb kórházak összefogása, rendeléseik bizonyos mértékű összehangolása. A más országokban is alkalmazott módszer lényege, hogy a kisebb és közepes méretű intézmények az összefogással nagyobb rendelési volumen érjenek el, ezáltal jobb alkupozícióba kerülve kedvezőbben jussanak hozzá a gyógyszerekhez. Ezt a magunk eszközeivel mi messzemenően támogatjuk, mivel egyszerűsíti a napi üzletmenetet, és mi is jóval előnyösebb ajánlatot tudunk adni,



Leitner György

ha nem kell minden egyes alkalommal, minden egyes kórháznál végigjárni a jelenleg alkalmazott tendereztetési folyamatot.

H *Fárasztóak a közbeszerzési eljárások?*

– Néha értelmetlennek tűnnek, és óriási adminisztratív terhet jelentenek, mind a kiírói, mind a beszállítói oldalon. Néhány dolgot nem értek ezen a területen. Például, miért kell minden egyes kórházi tenderhez a közbeszerzési törvény által megadott irtatlan mennyiségű, naprakész dokumentációt leszállítani? Miért nem elég ezt évente egyszer megtenni, abban a dokumentumkörben, például a bankkivonatok, aláírási címpéldányok, állami igazolások esetében, amelyek éves viszonylatban érdekesek? Miért nem lehet azt mondani,

hogy ezeket a dokumentumokat mi benyújtjuk, például a Magyar Kórházszövetségnek, vagy a Közbeszerzési Tanácsnak, és ha ott ki vannak pipálva, akkor ezt az összes kórházi tenderhez elfogadják? Mi nagyon szívesen megadnánk minden segítséget a változtatáshoz.

H *Említette, hogy a jobb alkupozícióban lévő kórházaknak előnyösebb ajánlatokat tudnak adni. Milyen tényezőknél múlik a kedvezmények mértéke?*

– Sajnos ma a gyógyszeripar eljutott egy olyan szintig, hogy az ingyen adott gyógyszerekkel nem kis mértékben mi finanszírozzuk a kórházak gyógyszervásárlását. Sajnos a rabattok tekintetében hihetetlenül romboló hatású spirál alakult ki. Az összes piaci szereplő közös érdeke, hogy ez a spirál megálljon. Természetesen tisztában vagyok azzal, hogy sok kórház a saját anyagi eszközeiből bizonyos gyógyszereket nem tudna megvásárolni, de a gyógyszeripar mégsem finanszírozhatja a végtelenségig a kórházi gyógyszerelés egy részét, mivel ez mindkét felet kiszolgáltatottá teheti. Saját jövőnk érdekében fontos, hogy közösen harcoljunk a jelenségek ellen.

K+F

H *A GlaxoSmithKline a magyarországi klinikai fejlesztési terület egyik meghatározó szereplője. Elégedettek a magyar gyógyszerintézmények, kórházak, egyetemi klinikák hozzáállásával?*

– Magyarországi méretünkhöz képest sokkal erősebb a helyzetünk az anyacégen belül, annak eredményeként, hogy itt működik a GSK közép-kelet-európai kutatási központja. Ez elsősorban a magyar szakemberek munkájának, és az intézmények pozitív hozzáállásának elismerése. Nem kevés belső lobbieredménye volt, hogy itt hoztuk létre ezt a kutatási központot, és Budapestről irányítjuk a régióban végzett kutatás-fejlesztési tevékenységünk tréningjét, fejlesztését, logisztikáját és módszertanát.

H *Ennyire jók a magyar szakemberek?*

– Ez a tevékenység egyértelműen elismeri a kórházi és klinikai orvosok szakértel-

mét. E vizsgálatok főként a szakmai minőségről szólnak, és nagyon szigorú előírásoknak, akár az FDA auditálási feltételeinek is meg kell felelniük. Emellett döntő tényező a klinikai vizsgálatok sebessége a betegek kiválasztásától a vizsgálat lebonyolításáig, valamint a magas fokú adminisztratív fegyelem, a teljes vizsgálat során.

H *Hány intézményt érintenek a vizsgálatok?*

– Jelenleg közel száz vizsgáló helyen negyven klinikai vizsgálat zajlik, több mint kétszáz vizsgáló szakemberrel, és közel kétezer vizsgálatba bevont beteggel. A magyar kórházaknak, az ország méretéhez, gazdasági erejéhez képest, kiemelkedő szerep jut a globális gyógyszerkutatás-fejlesztési tevékenységben.

Beruházás

H *Az intézményi vezetők körében kevésbé ismert folyamatban lévő beruházásuk.*

– Első lépcsőben, 2002-ben megvásároltuk a Human Rt. oltóanyag-termelő kapacitását a meglévő szakembergárdával és szaktudással együtt. Elhatároztuk, hogy a kapacitást az európai szabványoknak megfelelően újjávarázsoljuk. Gyakorlatilag csak a külső falak maradtak, és a meglévő szakembergárdának egy csúcstechnológiájú, teljesen új üzemeltetést hoztunk létre. A beruházás második lépcsője nagyarányú kapacitásbővítést eredményez. A 80 millió euró összártékű beruházás jövő év közepére készül el teljesen.

H *Milyen előnyök származnak belőle?*

– Az ország számára két dolog miatt érdekes a beruházás. Egyrészt 200 új munkahelyet teremtünk a kormányzat által preferált biotechnológiai szektorban, másrészt az üzem beindítása éves szinten 20-25 milliárd forintos többletexportot fog eredményezni, mivel szinte kizárólag külföldi igényekre gyárt oltóanyagot.

A legjobb munkahely

H *A Hewitt Associates és a Figyelő újság felmérése alapján a nagyvállalatok kategóriájában a GlaxoSmithKline Pharma lett Magyarország Legjobb Munkahelye. Mi áll ennek a hátterében?*

– Ez a felmérés, amely nyolc éve indult az Egyesült Államokban, az év legjobb munkahelyét keresi három dimenzió mentén. Magyarországon ötödik alkalommal rendezték meg a felmérést, idén 120 vállalat 33 ezer munkavállalója töltötte ki az ano-

nim kérdőívet. Az egyik dimenzió az általános dolgozói elkötelezettség-vizsgálat, amelyben a munkatársak elkötelezettsége mellett sok egyebet is vizsgálnak, például a továbbfejlesztési lehetőségeket, karrierutakat, karriertervezést, juttatási rendszert és a cég belső kommunikációját. A második dimenzióban a felsővezetői csapat működését, folyamatait elemzik, és megvizsgálják, hogy mennyire fedi egymást az általános dolgozói és a felsővezetői kép, mekkora az összhang a kettő között. A felmérés harmadik dimenziója egy teljes körű humán erőforrás audit, amelyben a területen lévő összes folyamatot átvizsgálják, és azt is elemzik, hogy a leírt folyamatok a valóságban mennyire működőképesek.

H *Hogyan állapították meg a végeredményt?*

– Az eredmények alapján alakul ki az erőssorrend, és meg lehet ismerni a győztest és az első öt helyezettet. Az elmúlt évben a T-Mobile bizonyult Magyarország Legjobb Munkahelyének, idén a nagyvállalati kategóriában a Magyar Nemzeti Bank, a Szerencsejáték ZRt., a CIB Lízing Csoport, a Magyar Villamosenergia-ipari Rendszerirányító ZRt. és a GSK Pharma lett az ország öt legjobb munkahelye, és mi nyertük el a Magyarország Legjobb Munkahelye díjat.

H *Miért önök végeztek az első helyen?*

– Az elmúlt öt év felméréseinek adataiból érdekes trend látszik kirajzolódni. A felmérés során meghatározzák, hogy mitől elkötelezett egy dolgozó, és azt is mérik, hogy a munkavállalók hány százaléka elkötelezett egy bizonyos cégnél. Mert az a munkatárs teljesít jól, aki elkötelezett. Magyarországon az elkötelezettek aránya folyamatosan csökken. Öt évvel ezelőtt 51 százalék volt, idén a magyar munkavállalók csupán 44 százaléka elkötelezett saját cége iránt. A GSK munkatársainak elkötelezettségi aránya 76 százalék. A felmérésben azt is mérik, hogy mekkora egy cégnél a lélekben felmondottak aránya. Sajnos ez a réteg is folyamatosan nő, országos átlagban a munkavállalók nyolc százaléka tartozik ebbe a kategóriába. Nálunk ez az arány kevesebb mint egy százalék. Talán ezért is lettünk elsők.

H *Mit jelez ez a díj a magyar egészségügyi szereplőknek?*

– A megbízható partnerséget, bizonyos szempontból a vevőorientáltságot. Ha egy cégnél a munkatársak elkötelezettek, elégedettek, jobban képviselik a vállalati filozó-

fiát, képesek együtt mozogni a közösségi célokkal. Az orvos-szakmai szempontokat is figyelembe véve, az egészségügyi intézmények jobb partnerei tudunk lenni, ha jelenlegi 358 munkatársunk elégedett.

Jövő

H *Mire számítanak 2006-ban?*

– Biztonságra. Arra számítunk, hogy a most létrejött gyógyszerbéke a jövő év első felében mindenképpen tovább tart. Én nagyon bízom abban, hogy az új kormányzat be fogja tartani azokat a megállapodásokat, amelyet idén kötöttünk, és 2006 végéig szólnak. Nagyon remélem, hogy sikerül elkerülni azt a helyzetet, ami előző kormányváltásnál történt, amikor egy hároméves megállapodást rúgott fel az új kormány. Elsősorban azért reménykedem, mert mindkét fél, a kormányzat és a gyógyszeripar részéről megvan a szándék, hogy hosszú távú, akár 2010-ig tartó megállapodást kössünk. Ez azt a kiszámíthatóságot, biztonságot és dinamikus fejlődést eredményezné, amely évekig hiányzott a magyar gyógyszeriparból.

H *Kórházi területen milyen fejlődés várható?*

– Nagy valószínűséggel tovább erősödik kórházi jelenlétünk. Tavaly, a Fraxiparine átvételével, sikerült jelentős mértékben fejleszteni kórházi üzletágunkat. A következő években tovább erősödik az onkológiai vonal, hiszen hamarosan itthon is megjelenik egy új, jelenleg melldegánatok és más szolid tumorok ellen orálisan alkalmazott készítmény, ami igazi újdonságnak számít onkológiában. Ha nem is jövőre, de 2007-ben jelenik meg a HPV, a méhnyakrák karcinómát okozó humán papilloma vírus elleni vakcinánk, ez lesz az első, daganatot közvetlenül megelőző védőoltás.

H *Mit üzen a magyar kórházak munkatársainak?*

– A Kórház szaklap megfelelő fórum arra, hogy megköszönjem az összes magyar kórház vezetőjének, vezetésének, főgyógyyszerészenek, gyógyító orvosának és összes munkatársának azt a szoros együttműködést és támogatást, amit ebben az évben kaptunk tőlük. Szeretnék mindenkinek kellemes ünnepeket kívánni, és remélem, 2006 legalább olyan sikeres és eredményes lesz mindannyiunk számára, mint ez az év volt.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



Integrált rendszerek kellenek

Temesfői Zsolt vezérigazgatót a GlobeNet Rt. és az integrált informatikai rendszerek fejlődéséről kérdeztük.

H Vezérigazgató úr, milyen irányba fejlődnek az egészségügyi integrált informatikai rendszerek Európában?

– Abba az irányba, amelyre mi is tartunk. Idén az európai informatika rendszerek fejlődésének irányáról már közvetlen, európai tapasztalataink alapján is be tudunk számolni. 2005-ben megjelentünk a német piacon, megalakult a Frankfurt melletti Bad Homburgban németországi vállalatunk, a GlobeNet AG, amelyet, reményeink szerint, a következő évben a GlobeNet Schweiz fog követni. Európai gyakorlati tapasztalataink azt mutatják, hogy azokat a fejlesztési koncepciókat, amelyeket mi már a magyarországi világbanki projektek során elkezdtünk és megvalósítottunk, a nyugat-európai országokban, így Németországban és Svájcban most kezdik felismerni és elterjeszteni. Pedig a tétel egyszerű: a kórházakban egységes, homogén informatikai rendszerekre van szükség.

H Ezt Németországban nem tudják?

– Több, nagy németországi egészségügyi fórumon is kiderült az, hogy bizonyos intézmények akár 25 különböző rendszert is használnak egyszerre. A menedzsmentnek nincsenek gyorsan rendelkezésre álló, pontos adataik, egységes számlázási információik, és nem képesek átlátni az egész intézetet, legyen szó akár beszerzési, akár egészségügyi ellátási kérdésekről. Nagyon sok helyen óriási mennyiségű, papír alapú dokumentációval dolgoznak, ezek nagy része semmilyen informatikai rendszerbe sem kerül be. A nyugat-európai piac most érkezett el oda, hogy a költséghatékony működést, az integrált kontrollíngot, illetve a beszerzések és kiadások optimális szintű menedzselését hatékony informatikai eszközzel próbálja megoldani. Nyugat-európai megjelenésünket követően megszilárdult az a meggyőződésünk, hogy a jövő az egységes, homogén, integrált rendszereké, amelyeknek mi a

letéteményesei vagyunk, Magyarországon is, hiszen a Lajtától nyugatra is ebbe az irányba zajlik a fejlődés.

H Megelőztük őket?

– Nagyon is. Talán éppen azért, mert Magyarországon később kezdett el megjeleneni az informatika. Sok nyugat-európai kórház mostanra jutott el odáig, hogy a magas komplexitású, meglévő 20-25 rendszerüket egyetlen rendszerbe próbálják integrálni. Ezzel óriási gondok jelentkeznek, hiszen huszonöt gyártó, szállító, ne adj isten huszonöt szerver található a kórházban, és ezeknek kellene együttműködniük az optimális munkafolyamatok érdekében. Ez a legrosszabb esetben azt jelenti, hogy mindegyiknek mindegyikkel kapcsolatban kell lennie, és tökéletesen együtt kell működni az egységes rendszer megvalósítása érdekében. Az ilyen együttműködések során a hiba esélye is sokkal nagyobb, és a nyugat-európai tapasztalatok alapján a problémák aránya is hatványozottan magasabb.

H Milyen irányú fejlődés tapasztalható a magyar piacon?

– Jelenleg a magyar egészségügyi intézmények mintegy kétharmada használ valamilyen, fejlettebbnek tekinthető informatikai megoldást. Ezeknek egy részét még a kilencvenes évek elején helyezték üzembe, így mára a hatékony működés elérése érdekében megérték a frissítésre és cserére. Az tisztán látható a magyar kórházaknál is, hogy rájöttek annak előnyére, hogy ha homogén rendszert használnak, ha egyben tudják áttekinteni a gazdasági, pénzügyi és orvos szakmai adatokat, és összefüggéseiben látják őket, valamint ezek online módon, napra készen bármelyik pillanatban elérhetőek, akkor a menedzsment nagyon gyorsan és pontosan tud dönteni bizonyos dolgokról. Nem kell utólagos adatgyűjtéssel, adatelemzéssel foglalkozni, amely adott esetben akár hetekig is eltarthat, és késedelmes döntéshozalt eredményezhet.

H Hogyan zárják az idei évet?

– Jelen pillanatban, december elején úgy látjuk, hogy meglehetősen sikeresen zártuk ezt az évet. Mind az új piaci pozíciók megszerzésében, mind a hosszú távú stratégiai szerződések megkötésében, mind a cég árbevételének növekedésében sikeresnek mondhatjuk magunkat. Azt az eredményt, amit szerettünk volna, sajnos nem lehetett elérni, annak köszönhetően, hogy az egészségügy, a finanszírozási szempontokat figyelembe véve, roppant nehéz, szinte elviselhetetlen helyzetbe került. Azoknál viszont, akik ebben a roppantul nehéz időszakban elindították integrált informatikai



Temesfői Zsolt

rendszerünk bevezetését, elmondhatjuk, hogy komoly eredményeket sikerült elérni a gazdálkodási területen. Szignifikánsan látható, hogy nehézségeik ellenére, az ő eredményeik még mindig jobbak, mint akiknél nem a mi rendszerünk működik.

H Ennyire jelentős a hatékonyságnövekedés?

– Ma már azt mondják rólunk, hogy a rendszerünk az életben maradáshoz kell. Nélküle nem lehet hatékonyan menedzselni egy kórházat, mert csak így lehet naprakészen áttekinteni a gazdasági, pénzügyi orvos-szakmai dolgokat, és gyorsan reagálni, ha arra szükség van. A mostani finanszírozási helyzet pontosan

azt eredményezi, hogy a kórházaknak a lehető leggyorsabban kell reagálni a folyamatosan változó finanszírozási változásokra, gazdasági és pénzügyi kihívásokra.

H *Milyen sikerekkel büszkélkedhetnek?*

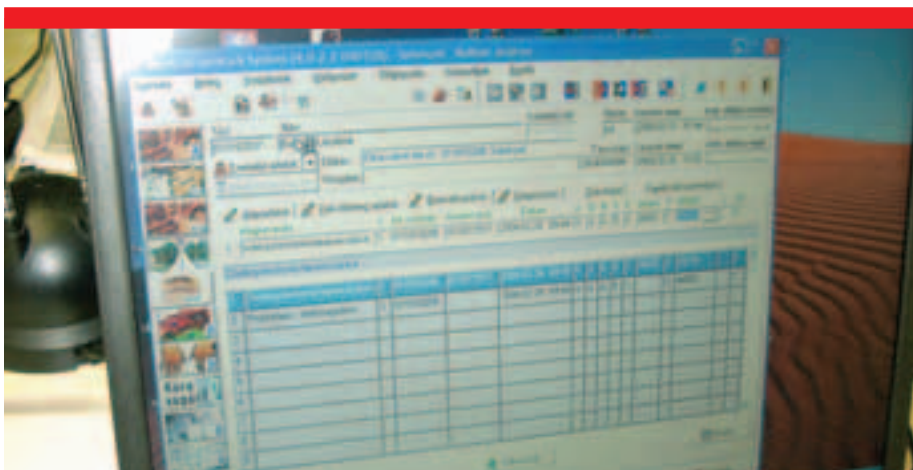
– Sikerként értékeljük, mindenek előtt, hogy mára a piaci-, termék- és ár-értékarányos összehasonlítások a GlobeNetnek kedveznek, illetve jelentenek versenyelőnyt. Így tekintve, sikereink több fronton is érzékelhetők, tágabb értelemben is. Széleskörű marketing kommunikációnk sikeresnek mondható. Fontos eredménynek könyveljük el, hogy jelentős növekedést értünk el az ismertség és az ügyfélkapcsolatok fejlődése terén.

H *Mi áll a sikerek középpontjában?*

– Alapvető sikertényezőnk felhasználóink közismert elégedettsége a MedWorkS rendszer kifinomult szolgáltatásaival és az általunk nyújtott széleskörű támogatással. Sikernek tekintjük, hogy egyre több intézmény és felhasználó értékelt és pozicionál bennünket megkülönböztető módon, összevetve a piacon kínált különböző fejlettségű rendszerekkel szemben. Sikernek tekintjük, amikor fejlett menedzsment igényekkel találkozunk, akik felelősséget éreznek az informatika által nyújtott hatékonyság növelő eszközök használatáért és „elmaradt haszonként” realizálják annak hiányát. Tapasztalataink szerint, különösen a nehéz helyzetben gazdálkodó intézmények létfontosságú támaszként számíthatnak a MedWorkS naprakész döntéstámogató szerepére. Egyre inkább megvalósuló célunk tehát, hogy „tisztá vizet öntsünk a pohárba” – melyik rendszer milyen tényleges használati értéket jelent a felhasználóknak, mivel beszerzéskor nem mindig fordítanak körültekintő figyelmet arra, hogy tüzetesen összehasonlítsák a kínált megoldásokat. Nekünk ez érdekünk. Mindenfajta összehasonlítás a GlobeNet számára hoz előnyt! Ezért van kiemelkedő szerepe annak az erőfeszítésnek, hogy leendő ügyfeleinkhez eljussunk valamilyen módon. A korrekt verseny és a valós értékek alapján született gondos kiválasztásnak köszönhetőek ez évi eredményeink is.

H *Kik a legújabb felhasználóik?*

– Sikeresen és felhasználóink elégedettségével zárultak idén a deszki és a hódmezővásárhelyi pályázatokon elnyert projektjeink. A Pozitron Diagnosztika számára szállított teljes körű megoldásunk, amely a nukleáris anyag gyártás-



A jól kiválasztott informatikai rendszer tényleges használati értéket jelent

tól, a betegelőjegyzésen keresztül a diagnosztikai támogatáson át a gazdasági folyamatokig tart. A Magyar Honvédség Központi Kórházánál futó projektünk, akárcsak az ÁNTSZ megyei labor diagnosztikai projektünk, valamint a Prolabor Kft.-nél történt bevezetésünk is sikerrel zárult. Jelentős mérföldkönek tekintjük, hogy a soproni kórház, amelynek jelentősége regionális és radiológiai orvos-szakmai szerepénél fogva is kiemelkedő, a MedWorkS rendszer használatára mellett döntött. Szintén a GlobeNet mellett döntött a ceglédi kórház, valamint a Fővárosi Szent Imre és a Madarász utcai kórházak is.

H *További fejlődési lehetőségek?*

– Jelenleg is közel húsz intézménnyel vagyunk üzleti tárgyalásban és a hazai egészségügy életének egyik legnagyobb, európai finanszírozást is magába foglaló HEFOP 4.4. pályázatban közel 40 intézménnyel vannak komoly üzleti esélyeink. Egyértelmű, hogy a GlobeNet meghatározó informatikai szállítónak vált a magyar egészségügyben. Életünkben mára megjelent a konkurens termékek felhasználóinak komoly érdeklődése, „átigazolási” szándéka. Azonban ami ennél is fontosabb, hogy nem elégedtünk meg az elért piaci pozícióinkkal. Hosszú távra tervezünk, folyamatos célkitűzésünk, fejlesztési irányunk, hogy ügyfeleink, az egészségügyi intézmények megbízható szolgáltatáshoz és a legfejlettebb technológiához juthassanak, kedvező feltételekkel. Intézményeink sikere számunkra is siker, így a közös sikerek alapján kerül rendszereinkbe újabb és újabb értékes szolgáltatás, amelyek így továbbhasznosulhatnak. A GlobeNetnek folyamatos törekvése, hogy megtartsa és továbbfejlessze technológiai vezető pozícióját. Ezzel va-

gyunk képesek ügyfeleinknek értékes segítséget nyújtani mindenkorai lehetőségeik vagy nehézségeik gyors és hatásos kezelésében.

H *Mit tekint 2005 kudarcának?*

– Ennek az évnek az a legnagyobb kudarca, hogy azon kórházak közül, amelyek az előrelépéshez már idén szerették volna bevezetni a rendszereinket, a nagymértékben megromlott finanszírozási változások miatt többüknek nem volt módja és lehetősége erre. Ezért ugyan mi sem tudtunk olyan mértékben fejlődni, mint terveztük, de ez a fejlemény sok esetben a kórházaknak jelentett sokkal nagyobb kudarcot, hiszen az életben maradás érdekében nem tudták megteremteni a hatékonyabb gazdálkodás egyik alappilléreit.

H *Milyen lehetőségeket lát a fejlődésre a jövő évben?*

– Nyugat-európai piacainkon dinamikus fejlődésre számítok, és tudom, hogy e kihívásnak meg is tudunk felelni. Egyrészt bízunk, másrészt reménykedünk abban, hogy a magyar kórházak finanszírozása jövőre talán lehetővé teszi az intézmények számára, hogy egy komplett, komplex, előremutató informatikai rendszert tudjanak, velünk együtt gondolkodva, a fejlődés és hatékonyságnövekedés érdekében maguknak biztosítani, felhasználva eddigi tapasztalatainkat és szaktudásunkat. Ezért azt kívánom minden magyar kórház menedzsmentjének, hogy pihenjenek sokat a két ünnep között, töltődjenek fel, hogy jövő januártól újult erővel teheszünk együtt minél többet a magyar egészségügyért.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



A fúziós eljárásoké a jövő

Berkes Attilát a piac fejlődéséről, az elmúlt év eredményeiről és a diagnosztika magyarországi jövőjéről kérdeztük.

H *A Siemens Medical Solution Hungary vezetője hogyan látja a globális diagnosztikai piac jövőjét?*

– Szinte robbanásszerű fejlődésnek lehetünk tanúi. A diagnosztikai terület fejlődése egyre fokozódik. A változás elsősorban a munkafolyamatokat érinti, átalakítja azokat, és módosítja a gyógyítási folyamatokat is. A technikai és technológiai fejlődés komplex módon érinti az egészségügyet, hiszen az új diagnosztikai megoldások alapvető fontosságú gazdasági, gazdaságossági változásokat generálnak. Ebben a környezetben a Siemens nagyon komoly elkötelezettséget vállal a molekuláris képalkotás irányába. Ezen a területen még rengeteg kiaknázatlan lehetőség van, és számos technikai csodát tartogat számunkra a jövő. Magyarországon az elmúlt évben nagyon sokan nagyon sokat beszéltek a PET/CT-ről, világszerte egyre népszerűbbek a fúziós eljárások. Jelenleg kutatásaink egyik fontos iránya az MR/PET-technológia.

H *Milyen változások tapasztalhatóak világszerte?*

– A diagnosztika gyorsan és határozottan elmozdult az anatómiai és funkcionális képalkotás irányába. Ezt mutatják a már piacon lévő, sikeres PET/CT és SPECT/CT megoldások, valamint a kutatási fázisban lévő MR/PET. Egyébként világszerte a fejlődés főbb irányai az onkológia és kardiológia, a két fő alkalmazási terület. Elsősorban azért, mert a legnagyobb halálozási arány ezeken a területeken tapasztalható. A diagnosztika dinamikus fejlődésével a kóros elváltozások egyre korábbi stádiumban válnak felismerhetővé, ezzel jelentős mértékben befolyásolják a gyógyítási folyamatot, a későbbi terápiákat. Ezen a területen az egyik fő csapásirány a molekuláris képalkotás, melynek szakmai víziói-

ban már a mikrorobotok is szerepelnek. A stratégiai cél az, hogy a minél kisebb méretű, akár sejtszintű elváltozások is észlelhetőek legyenek, és lokális terápiával kezelhetővé váljanak.

H *Milyen reakciókra készítenek a változások a Siemens-t?*

– Úgy érzem, hogy a Siemens alapvetően proaktív szervezet. Az egyik vezető tech-

lópést tartani a világ élvonalával. Ennek megfelelően a világ élvonalát képező technológiát, megoldásokat szeretnénk alkalmazni a gyógyítás érdekében. Nagyon fontos számunkra, hogy a kitűnő szakmai vezetésű intézmények az új technológiák segítségével bekapcsolódhattak a nemzetközi kutatásokba, és különböző területeken kutatási együttműködést tudtak kötni anyacégünkkel, a Siemens AG-val. Például a Kaposvári Egyetem Diagnosztikai és Onkoradiológiai Központja MR kardiológiai területen csatlakozott anyavállalatunk kutatási programjához, melynek aktív szereplőjévé vált.

H *Miért szereti Magyarországot a Siemens anyavállalata?*

– A kiváló magyar tudományos háttér, az innovációra képes szakemberek, és a legmagasabb színvonalú technológia az eredményes, minőségi nemzetközi kutatási tevékenység együttes biztosítékát jelentik. A hazai szituációt azonban negatív irányba befolyásolhatja, hogy jelenleg átalakulás alatt áll a képalkotó eljárások finanszírozása, amely alapvetően megváltoztathatja az intézmények beszerzési lehetőségeit. Fontosnak tartanánk, hogy a magyarországi egészségpolitika a finanszírozási politikán keresztül valóban támogassa a világszerte tapasztalható trendeknek megfelelő minőségi fejlődést Magyarországon is.

H *Milyen évet zártak 2005-ben?*

– Nálunk az üzleti év október elsejétől szeptember 30-ig tart. Ezért a 2004-2005-ös évünkről tudok konkrétumokat mondani. Sikeres és eredményes évet zártunk. Olyan évet, amely igazi mérföldkőnek számít a Siemens Medical Solution Hungary számára. Megvalósítottuk és átadtuk az ország első, komplett PET/CT diagnosztikai központját, amely a CTI ciklotrontól a Siemens Biograph PET/CT-ig a teljes technológiai láncot tartalmazza. Komoly eredményeket értünk el a magyar onkológia, azon belül a sugárterápiás be rendezések és centrumok korszerűsítésében, bővítésében. Átadtuk a Szegedi Egyetem vadonatúj onkológiai centrumát,



Berkes Attila

nológiai fejlesztő, az egyik leginnovatívabb vállalat ezen a területen. Innovációinkon keresztül igyekszünk elővasárrá lenni a változásoknak. Egy magára valamit adó cégnek állandóan képesnek kell lennie a folyamatos fejlődésre, fejlesztésre. Ránk az a jellemző, hogy bennünket nem a külső környezet készített változásra, hanem önmagunktól, innovációinkkal gerjesztjük a szükséges változásokat, és eléggé aktívan részt is veszünk bennük.

H *Mi a helyzet mindeközben Magyarországon?*

– Nagyon büszkék vagyunk arra, hogy itthon, a mindenki által jól ismert nehéz gazdasági helyzet ellenére, a különböző orvosi szakmák vezetői mind tudományos, mind technikai szinten igyekeznek

két új, korszerű, Siemens lineáris gyorsítóval és többszeletes Siemens CT-szimulátorral. Az Országos Onkológiai Intézetben átadtunk egy modern gyorsítót, és az év végéig telepítésre kerül a CT-szimulátor, valamint egy 16 szeletes CT berendezés is. Fővállalkozóként valósítjuk meg a szombathelyi Markusovszky Kórház onkológiai központjának teljes modernizálását. Ez a projekt is jelzi a Siemens elkötelezettségét a komplex megoldások fővállalkozóként, egy kézből történő megvalósítására. A minőségi szolgáltatás szintén fontos szerepet kap a Siemens üzletpolitikájában, amelynek megfelelően több jelentős, országos intézményben, így az Országos Onkológiai Intézetben, az Országos Baleseti és Sürgősségi Intézetben, valamint a Kaposi Mór Megyei Kórházban, elindítottuk az Integrált Service Management szolgáltatást.

H Nem mondható eredménytelenek ez az év.

– Valóban nem, ráadásul jelentős sikereket értünk el haemodinamikai és DSA laborok megvalósításában is. Ezek közül kiemelném a Péterfy Sándor Utcai Kórházban telepített, az országban legkorszerűbbnek számító, flat panel technológiával rendelkező berendezésünket, illetve a Markusovszky Kórházban üze-

melő, szintén a legkorszerűbb technológiát képviselő kombinált vascularis DSA és haemodinamikai vizsgálatokra is alkalmas berendezésünket. Még a tavalyi év végén átadtuk a világ egyik legkorszerűbb, Siemens által szabadalmaztatott TIM-technológiával működő 1,5 T térerőjű Siemens Avanto MR-berendezését és egy 16 szeletes kardiológiai vizsgálatra is alkalmas CT készüléket a Kaposvári Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézetben. Idén egy korszerű, 16 szeletes CT-t helyeztünk üzembe a Pécsi Diagnosztikai Központban, és Zalaegerszegre a megyei kórházba leszállítottunk – a kaposvári berendezés után az országban másodikként – egy további Siemens Avanto MR-berendezést.

H Milyen növekedést jelent ez a tavalyi évhez képest?

– Az elmúlt öt évben gyakorlatilag megháromszoroztuk árbevételünket. A 2003-2004-es üzleti évhez képest árbevételünk 2004-2005-ben szintén dinamikusan növekedett.

H Hasonló dinamikára számítanak 2006-ban is?

– Bízunk abban, hogy az onkológiai centrumok korszerűsítésének programja tovább folytatódik, és ennek megfele-

lően a Siemens, mint a legnagyobb magyarországi sugárterápiás berendezéseket szállító szakcég, jelentősen hozzá tud járulni a magyar sugárterápiás géppark korszerűsítéséhez. Mi minden szakmai segítséget igyekszünk biztosítani ahhoz, hogy a képalkotó eljárások dinamikus fejlődésével előálló új technológiák Magyarországon is elérhetőek legyenek. Fontosnak tartjuk, hogy a jelenleg zajló és tervbe vett rekonstrukciók során szerepet kaphassunk innovatív technológiák beszállításában, és hogy a Siemens technológiával minél korszerűbb haemodinamikai laborokat tudjunk megvalósítani a kardiológiai centrumokban. A Siemens Medical Solutions célja, hogy olyan komplex, kulcsrakész projekteket valósítsunk meg, amelyek tevékenyen hozzájárulnak a világszínvonalú technikák meghonosításához, és ezen innovatív technológiánkat minél több területen, az eddig felsoroltakon túl az informatikai háttérrendszerek, képtovábbító és archiváló rendszerek területén is, az egészségügyi felhasználók rendelkezésére bocsáthassuk.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

KOMPLEX DIGITÁLIS RADIOLÓGIA

Új stratégiai irányok?

Dr. Hodosi Györgyöt, az AGFA Healthcare cégvezetőjét a diagnosztikai iparág fejlődéséről kérdeztük

H Hogyan lett az AGFA kulcsszereplő a digitális radiológiában?

– A fotótechnikai piac az ezredfordulót követően óriási változáson ment keresztül. Korábban világszerte négy fotóipari gyártó cég volt jelentős pozícióban: az AGFA, a Kodak, a Konica és a Fuji. Mindegyik cégben a fotótechnikai ágazathoz hasonló egészségügyi röntgenfilm és berendezés üzletág működött. A digitális technológia előretörése teljesen megváltoztatta az erőviszonyo-



Dr. Hodosi György

kat. Ráadásul a változás olyan gyors, hogy nem lehet tudni, meddig és milyen irányba tart a fejlődés. Mielőtt a digitális fényképezés technológiája elérné a csúcst, már kezdi kiszorítani a mobiltelefonokba beépített kamera, és nem teljesen világos, merre tart a fejlődés. Ráadásul a fejlődés sebessége akkora, hogy a piaci befektetés komoly stratégiai átgondoltságot igényel.

H Nincs többé fotóipar?

– Az AGFA számára nincs. Az ezredfordulót követően le kellett építenünk a fotóiparunkat ahhoz, hogy túléljük a változásokat. Ma tisztán megjósolható, hogy a fotóiparban csak néhány, a mobiltelefon-gyártókkal szövetséges fotó-



technikai cég marad fenn. Maga a digitális fényképezés csak a profik és a megszállottak kiváltsága lesz, mivel a nagyfelbontású kamerával ellátott telefonok ki fogják szorítani az egyszerűbb digitális fényképezőgépeket. Ugyanez mondható el a röntgentechnikáról is. A klasszikus radiográfiai technológia ugyanilyen átalakuláson megy keresztül, mindenhol elterjed a digitális technika és informatika.

H *Hogyan reagált a változásokra a radiográfiai piac?*

– A multinacionális, jelentős haszonkulccsal dolgozó röntgen- és fotófilmet gyártó vállalatok számára óriási kihívást jelentett az átalakulás, és a technológiai, informatikai piacon való helytállás. Itt a kulcsok teljesen más képpé épülnek fel, mint a fotóiparban, nyitottabb, többszínű piacról van szó, ahol nagyon erős konkurens termékek léteznek, ezért a termékek sokkal inkább megmérettetnek. Ráadásul a piac kitágult, felülről jött a Siemens, a GE és a Philips, amelyek korábban nem nyúltak hozzá ehhez a területhez, és technológiai beszállítóként a digitális detektorok világában megjelent a Toshiba és a Hitachi is. Emellett alulról is számtalan informatikai, illetve a digitális fényképezéssel foglalkozó cég lépett a piacra, például a Canon, amely saját detektorrendszerével jelent meg.

H *Milyen lehetősége volt ebben a környezetben az AGFA-nak?*

– Nagyon komolyan el kellett gondolkodnunk azon, hogy újragomboljuk a kabátot. Költségeinket rendbe raktuk, átgondoltuk, átalakítottuk a stratégiát, és nagyon komoly átalakuláson mentünk keresztül. Emberi szempontból is. Ehhez a tevékenységhez sokkal képzetesebb, szélesebb látókörű, az informatika iránt nyitottabb munkatársakra és laposabb szervezeti struktúrára van szükség, annak érdekében, hogy a csökkenő haszonkulcsot elbírjuk, talpon maradjunk, és nyereségesen tudjunk működni. Ha valaki menedzserként végigjárt egy ilyen folyamatot, tudja, hogy ezek nagyon nehéz lépések, rengeteg „vérvesztéssel” és stresszel járnak.

H *Önök miért ezt a stratégiai irányít választották?*

– A világcégek számára két stratégia járható: nem fejlesztenek a digitális te-

rületen, megvárják azt, hogy mi történik, és amikor eljön az ideje, amikor a piac megfelelő hányada digitális piaccá alakul, az ezen a területen sikeres cégeket megvásárolják, integrálják őket és megpróbálják összegyűjteni saját portfóliójukkal. A másik stratégia a közepes méretű multinacionális cégekre, így az AGFA-ra is jellemző. Ezen cégeknek jóval korábban kellett a fejlesztésen gondolkodniuk, és komoly stratégiát kialakítani a digitális képalkotás területén is. Ezért történt az, hogy az AGFA a kanadai Mitra vállalattal való együttműködésben létrehozott egy IMPAX Solutions névre keresztelt vállalkozást, még a kilencvenes évek elején.

H *Milyen módon jelentek meg digitális megoldásaikkal Magyarországon?*

– Néhány évvel ezelőtt olyan új, korszakalkotó termékeink voltak, amelyek esetében még nem érkezett el az idő, hogy Magyarországon is tömeges értékesítésre kerülhessenek. Ennek ellenére úgy gondoltuk, hogy átfogó, felvilágosító, oktató, szakmai képző kampányba kezdünk. Ezzel az informatikára érzékeny, magas technológiai fejlettségű cég képét próbáltuk felépíteni. Döntsék el e beszélgetés olvasói, hogy ezt sikerült-e megvalósítanunk.

H *Hogyan működik egy globális szereplő a közép-európai régióban?*

– Ha a változásokat és a globális piacot Magyarországról nézzük, kiderül, hogy a többi kelet-európai országgal együtt komoly változáson megyünk keresztül. Ez a változás számtalan esélyt hordoz magában, amelyekkel vagy élünk, vagy nem. Ezek a változások beleilleszkedhetnek a vázolt folyamatokba, amelyeken egy gyökeresen új stratégiát megfogalmazó cégnek keresztül kell mennie. Az AGFA-n belül is el kellett gondolkodni azon, hogy lehet-e egyáltalán a kelet-közép-európai régiót irányítani a kontinens nyugati feléből. Mivel a válasz nem volt egyértelműen pozitív, felmerült annak a lehetősége, hogy a korábban Nyugat-Európában lévő egészségügyi régióközpont inkább a régióba költözik. Szerviz, konzultációs és értékesítési támogatási szempontból nyugat-európai költségszinttel kiszolgálni a kelet-közép-európai régiót nehéz vállalkozás.

H *Az olcsóbb termékekre érzékenyebb piacot magasabb költségű központból ellátni nem egyszerű feladat.*

– Pontosan ezért döntött az AGFA egy új, közép-kelet európai régió létrehozása mellett, melyben Csehország, Lengyelország és Magyarország, a közeljövőben pedig további kelet-európai országok találhatóak. Mint minden területen, itt is versenyben vagyunk Prágával és Varsóval, küzdünk egymással a régióközponti címért. Úgy tűnik, hogy a piac mérete miatt Lengyelország mintha némi előnybe került volna. Mégis, a magyar leányvállalat szakmai munkájának köszönhetően, elképzelhető, hogy a jövőben Budapestről történik a régió stratégiai irányítása.

H *Mi a véleménye az elmúlt évről?*

– Nagyon nehéz, de sikeres év áll mögöttünk. Az első magyarországi direkt digitális mammográfiai megoldást szállítottuk az Országos Gyógyintézeti Központ számára. Az első kardiológiai és speciális méréseket lehetővé tevő megoldást szállítottuk a Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti klinikájának és Magyarország legnagyobb digitális képi adat állományát mozgatjuk mintegy évi 8 TB formájában ugyanitt. Mégis, talán az a legfontosabb vívmányunk, hogy sikerült megszervezni és sikeresen lebonyolítani az első közép-európai PACS Iskolát. Ez egy olyan kezdeményezés volt, amivel a közreműködők igazi hagyományt teremtettek.

H *Jövőre is megrendezik?*

– Minden valószínűség szerint. Nem volt egyszerű feladat megszervezni a rendezvényt, főleg a technikai hátteret megteremteni, ahol Magyarország legnagyobb PACS rendszerét kellett felépíteni 15 diagnosztikai munkaállomással, és egyszeri igénybevétellel. De sikerült. Zömében kimagasló színvonalú előadások hangzottak el, és mindannyian tanulhattunk belőlük újdonásokat.

H *Sikeres évet zártak?*

– Meglehetősen ambiciózus bevételi tervvel vágtunk neki 2005-nek, ami már eleve 20-25 százalékos növekedést feltételezett a tavalyi évhez képest. Ezt a tervet még sikerült további tíz százalékkal megfejelnünk, annak ellenére, hogy számos egészségügyi projekt leállt, illetve átcsúszott a következő évre. Eredményünkre különösen annak fényében vagyok büszke, hogy ez a világ már nem az egyszerű, nagyon gyorsan

kivitelezhető filmeladásról szól, szép profittartalommal, hanem többhónapos, akár egy-két éves előkészítést igénylő projektekről, amelyekben konkurenciánk is sokat ügyesedett, erősödött.

H Milyen terveik vannak 2006-ban?

– Nehezen megjósolható, mi fog történni a magyar egészségügyben az elkövetkezendő időszakban. Én ritkán hagyom magam befolyásolni a külön-

böző trendek és tendenciák által, ugyanakkor naivítás volna nem figyelembe venni a magyar egészségügy jelenlegi helyzetét. Mégis, egy ilyen bizonytalan, átalakuló félben lévő egészségügyben, nem szabad, hogy az ember túl komolyan vegye a különböző terveket, elképzeléseket, mert akkor Don Quijote típusú szélmalomharcot folytat. Nekünk a mindennapokban nem spekulálnunk kell, hanem el kell végeznünk a munkánkat. Partnerein-

ket, a kórházakat, főigazgatókat, osztályvezető főorvosokat, radiológusokat kell a technológiai fejlődésekről, a számukra üzletileg előnyös technológiai megoldásokról tájékoztatni. Az egészségügy politikai és strukturális változásai pedig tőlünk függetlenül is bekövetkeznek.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

ÚJ MÓDSZEREK KELLENEK

Újraindítani az egészségügyet?

Beszélgetés Dr. Erőss Györggyel, a Philips Magyarország Orvosi Berendezések üzletágának igazgatójával.

H *A Philipset elsősorban szórakoztató-elektronikai készülékeiről és háztartási berendezéseiről ismerik. Ismertesen meg bennünket a Philips Medical Systems termékskálájával!*

– Világviszonylatban számos területen a vezető megoldások gyártói közé tartozunk. Az ultrahangok mellett jelen vagyunk a diagnosztika szinte összes területén, jelentős szereplők vagyunk a digitális angiográfok, CT, MR és hagyományos röntgenberendezések piacán, de otthon vagyunk a nukleáris medicinában, ide értve a PET, PET/CT berendezéseket, valamint onkoradiológiában és a telemedicinában is. Az említett kép talán azért alakult ki rólunk, mert Magyarországon némiképp eltérő a helyzet: a történelmi hagyományok és a hazai piac sajátosságai miatt a piac nem kiegészült.

H *A fejlett orvosi technológia világpiacára három nagy név, a GE Healthcare, a Philips és a Siemens vetélkedése jellemző. Mi a helyzet itthon?*

– A világpiacra a három nagy cég egymással azonos rangban versenyez. Van olyan régió, ahol az egyik, van, ahol a másik, van, ahol a harmadik piacvezető, de mindhármunkra azonos technológiai érettség jellemző. A különbséget elsősorban a különböző cégfilozófiák,

és a döntéshozatalba sztereotípiászerűen beépülő kategóriák jelentik. Például a Philips szinonimája az innovatív technológia és a fejlett design.

H *Magyarországon is?*

– Gondolná az ember, hogy ezek a kategóriák Magyarországon is érvényesek, de nem ez a helyzet. Nálunk a világsztratégia fontos eleme, hogy a kezdő ajánlati csomag is komplett megoldást tartalmaz, amelyet a felhasználó céljainak megfelelően tud használni. Ezért a költségérzékeny kelet-európai piacokon nehezebb helyzetben vagyunk. Sokszor azt az alapkiépítést nyújtó készüléket választják, amely olcsóbb ugyan, de a hatékony munkavégzéshez néhány olyan opciót még meg kellene hozzá vásárolni, amelyet a mi megoldásunk alapvetően tartalmaz.

H *Mi állhat ennek hátterében?*

– Sajnos a piac instabilitása, a szabályozók gyakori változása egyáltalán nem segíti a szakmai alapokon nyugvó döntéshozatalt, ezért kevesen veszik a bátorságot, hogy kipróbálják a hatékonyabb, de a piacon még nem annyira elterjedt megoldásokat. Én még nem hallottam azt egyetlen radiológustól sem, hogy azért választ egy berende-

zést, mert az jobb a másikinál. Sokkal inkább az a döntési kritérium, hogy a másik kórházban is ilyen berendezést használnak.

H *Valójában mi a különbség a három nagy versenytárs között?*

– Ezt általánosságban nem lehet meghatározni. Erre az iparágra óriási intenzitású fejlesztés jellemző. Egyikünk megjelenik valamilyen újdonsággal, a másikunk követi, kihoz egy újabb modellt, továbbfejlesztett megoldásokkal. Lépcsőzetesen haladunk előre. Lehet, hogy az egyik évben mi vagyunk az adott szegmens vezetői, de a másik évben beelőz egy versenytársunk. A fejlesztés azonos dinamikával zajlik, ennél sokkal fontosabb viszont, hogy elégedett legyen az



Dr. Erőss György

ügyfél. Világcégekről, globális szereplőkről van szó. Ha az ügyfél elégedetlen, már régen baj van.

H *Mitől globális vállalat a Philips?*

– A Philips a technológiai fejlesztésben profi. Ezért a Medical Systems is az orvosi készülékek fejlesztésére, gyártására és értékesítésére koncentrálnak. Nem polihisztorok vagyunk, hanem professzionális fejlesztésekkel foglalkozó multinacionális vállalat. Mert ez visz előre mindannyiunkat.

H *Hogyan viszonyulnak a magyar piachoz a cégek központban?*

– Amikor a holland központban arról mesélünk, hogy folyamatban van egy tender, ők rögtön azt tanácsolják, hogy hívjuk meg az ügyfelet és mutassuk be neki az ajánlott berendezést. Igen ám, de a magyar szabályok szerint, a tender



Philips HD11 ultrahang

megjelenését követően nem folyhat személyes kommunikáció az ajánlatkérő és ajánlattevő között. Sok helyütt ez úgy történik, hogy az ajánlattevőnek bizonyítania kell, hogy a megajánlott berendezéseket személyesen is megnézte, látogatást tett, és nem csak a papírok, adatok alapján döntött. Sőt, aláírással kell igazolni, hogy ő ott járt, és megismerkedett a berendezéssel. Itthon sajnos a közbeszerzés során, a beadott anyagban a pályázatot benyújtó személyek morálja szabja meg, hogy az ajánlat mennyire fedí a valóságot, és az egyes paraméterek valóságtartalmát csak az eredményhirdetés, majd az üzembe helyezés után lehet ellenőrizni.

H *Hogyan zárják az idei évet?*

– A diagnosztikai készülékek magyar piacát független szakértők megközelítőleg 35 millió euróra becsülik. Az első félévben pangott a piac, alig 4 millió eurós rendelés történt. Az év hátralévő részében kezdtük utolérni magunkat, közel 20-25 millió eurónyi tender jelent meg a területen. Hasonlóan zajlott az év a Philips számára is. Az első félév gyenge eredményei ellenére az év végi hajrában sikerült leendő referenciahelyeken számos közbeszerzési tendert elnyernünk. Így jövő februárban a Semmelweis Egyetemen mi adhatjuk át az ország első 3 Teslás MR készülékét a

Szentágotthai Tudásközpont számára. Rendelésállományunkat tekintve ez az év nagyjából az elképzeléseink szerint alakult.

H *Milyen fejlődésre számítanak 2006-ban?*

– Mindenek előtt üzletnek, szakmának egyaránt az uniós pályázatok adta lehetőségek minél célzottabb kihasználását kellene elősegítenie, különösen azért, mert komoly fejlesztések várhatóak jövőre is. Várhatóan három-négy onkológiai központban helyeznek üzembe újabb berendezéseket. Kardiológiai területen két-három katéter-labor beruházás várható, és radiológia területen egyre fontosabbá válik digitalizálás, előtérbe kerül a teleradiológia, és valószínűleg előtérbe a digitális mammográfia.

H *Milyen viszonyban vannak az egészségügyi kormányzattal?*

– A jelenlegi problémákra jellemző az, ami PET/CT ügyben történt. Megjegyzem, hogy egyáltalán nem hazabeszélek, hiszen jelenleg nekünk még nem működik Magyarországon ilyen berendezésünk. Két magánvállalkozás két PET/CT-t helyezett üzembe a közelmúltban. Finanszírozásukról állandó vita zajlik azóta. Jó lenne, ha egyszer valaki megnézné, hogy mennyibe kerül egy daganatos páciens gyógyszerzése egyetlen hónapban. A jelenleg finanszírozott PET/CT kapacitás csak azt teszi lehetővé, hogy a beteg 6-8 hónap múlva kerüljön be a vizsgálati kontingensbe. Közben a gyógyszeres kezelést megkapja, esetleg el is kezdik a kemo-terápiát. Holott, ha másnap el lehetne végezni a PET vizsgálatot, akkor célzott kezeléssel ugyanennyi idő alatt akár keresőképesse is lehetne tenni a páciens. Célszerű lenne a terápia elején elvégezni a PET vizsgálatot, még a terápia után 2-3 héttel végzett újabb PET vizsgálat teljes költsége sem haladná meg azt az összeget, amibe egyébként kerül a kezelés. Sajnos azonban a kórház részére meghatározott peremfeltételek nem kifejezetten ösztönzők annak érdekében, hogy alapos diagnosztika előzze meg a terápiát, elkerülve ezzel egy elhamarkodott kezelést. Ebben egyetlen szereplő lenne érdekelt: egy egészségbiztosító.

H *Hogyan lehet javítani a helyzeten?*

– A helyzeten nem javítani kell, hanem megváltoztatni azt. Az egészségügyet érintő szabályozások mindenről szól-

nak, de nem kap hangsúlyt, hogy ha valaki bekerül egy kórházba, minél hamarabb keresőképesse tegyük. Például jelenleg nem jár azért semmilyen pozitív elbírálás azért, ha egy műtét helyett egyéb költség- és időkímélő, kisebb rizikóval járó beavatkozással oldják meg a problémát. A folyamatokat a peremfeltételekkel lehet megfelelően irányítani. Ezeket a megfelelő peremfeltételeket lenne célszerű a kórházi döntéshozók számára megteremteni. Egyetlen kórházi vezetőt sem lehet azért vádolni, mert a helyi vagy az egyéni érdekek miatt, a hatékonyabb megoldás helyett inkább megműtenek valakit, és ezért három héttel tovább fekszik a kórházban, feltételezve, hogy nem járt rosszabbul a páciens. Úgy kell meghatározni a peremfeltételeket, hogy az járjon jobban, aki olyan dolgokat cselekszik, ami globálisan jobb irányba visz.

H *Ezt az elképzelést hogyan transzformáljuk a magyar egészségügyre?*

– Talán az lenne a legjobb, ha a régi foltos nadrágot lecserélnénk egy szép újra. Hosszú ideje foltozzuk a magyar egészségügyet. Lehet, hogy az lenne társadalmilag a leginkább hasznos, ha nem teljes modelleket importálnánk Nyugat-Európából és Amerikából, hanem kitalálnánk, hogy az ottani tapasztalatok alapján milyen rendszerben akarunk a jövőben dolgozni itthon. Tudom, hogy ez a gyakorlatban nehezen kivitelezhető, de a szemléletet szeretném hangsúlyozni. Új gondolkodásmódra, új rendszerekre van szükség.

H *Ön meglehetősen provokatív.*

– Való igaz. Szeretném megmozgatni az állóvizet, és elősegíteni, hogy a magyar egészségügy szereplői sokrétűbben gondolkodjanak. Szeretném, ha valóban objektív tényezők alapján döntenének minél többen az egészségügyben, és nem a szokások alapján. Egyébként hasonlóan keresem az új lehetőségeket saját cégemem belül is. Korszakalkotó dolgokra van szükség, mert így leszünk jobbak a piacon, a magyar egészségügyben. Igaz ez a beszállító cégekre, de éppen ennyire igaz az egészségügyi intézményekre is. Ha ugyanazokkal a módszerekkel dolgoznánk, mint az elmúlt tíz évben, nem jutnánk előrébb – mint az elmúlt tíz évben.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



AZ INTERNATIONAL SYSTEM HOUSE KFT.
PARTNEREINEK ÉS A KÓRHÁZ LAP
VALAMENNYI OLVASÓJÁNAK
BOLDOG KARÁCSONYT ÉS
SIKEREKBEN GAZDAG
ÚJ ÉVET KÍVÁN!





2005 – a fejlesztések éve

Már az International System House Kft. (ISH) megalapításakor az volt a célunk, hogy az ISH-ból nemzetközi szoftervállalatot építsünk – tudtuk meg Regöci Istvántól, az ISH ügyvezető igazgatójától, aki szerint a cég 2005-ös esztendeje leginkább a fejlesztési projektek sikereivel jellemezhető.

H *Hogyan értékeli az elmúlt üzleti évet az ISH szemszögéből?*

– Az elmúlt esztendő számos aspektusból elemezhető, legfontosabbnak mégis a fejlesztéseinket tartom. Néhány példával szeretném illusztrálni. Egyik legfontosabb eredményünk az e-MedSolution megjelenése, majd piaci bevezetése volt. Ezzel új korszakot nyitottunk a kórházi informatikában. Az e-MedSolution itthon az első olyan termék a piacon, amely webes technológiára épül. Legutóbb a Düsseldorfban rendezett Medica 2005 kiállításon nyílt alkalmunk megtapasztalni, hogy egyelőre még kevés web-alapú rendszer létezik, továbbra is a hagyományos Windows-alapú rendszerek a legelterjedtebbek.

H *Miért jobb a web-alapú rendszer?*

– Azért mert megszünteti a felhasználó helyhez kötöttségét. A kórház virtuálissá válik, nem az férhet hozzá a rendszer szolgáltatásaihoz, aki a kórház területén tartózkodik, hanem az, akinek felhasználói jogosultsága van, függetlenül attól, hogy a világ mely pontján tartózkodik. Ez a technológia lehetőséget ad a telemedicina széleskörű alkalmazására, mindennapi gyakorlatá válik például a radiológiai, patológiai leletek távoli kiértékelése, a telekonzultáció, stb. A web-es rendszerek könnyen kezelhető grafikus felületen kommunikálnak a felhasználóval. Nagy előny a hazai kórházak számára az is, hogy a felhasználói PC-ket nem kell évente-kétévente cserélni, mindössze annyi a követelmény, hogy a PC-ken futtatható legyen egy web böngésző.

H *Az Önök e-MedSolution rendszere is rendelkezik ezekkel a tulajdonságokkal?*

– Igen, sőt még ennél is többel. Amikor a rendszert terveztük, az volt a célunk, hogy az orvost és a beteget helyezzük a közép-

pontba. Az e-MedSolution nem csupán tárolja és visszakereshetővé teszi az információkat, hanem – például - tünetek szerint rendezett leletekkel is segíthet az orvosnak a döntéshozatalban. Fontos újítás, hogy a beteg számára is elérhetővé tesszük a saját adatait, természetesen betartva az érvényes és hatályos törvényeket és kórházi előírásokat.

H *Miért jobb a web-alapú rendszer?*

– Azért, mert költségtakarékos: egyszerű terminálokkal használható, vagyis egyetlen kórházat sem kényszerít arra, hogy egy-két évente, a Windows legfrissebb verzióhoz igazodva, lecserélje a teljes gépparkot. Úgy gondolom, ma nem túlzó követelmény, hogy az eszközön futtatható legyen valamely web-böngésző program. Mindemellett könnyen kezelhető, tetszetős szolgáltatásválasztékot és felhasználói felületet nyújtunk olyan funkcionalitással és képességekkel, amely a legbonyolultabb és legkorszerűbb rendszerek jellemzői.

H *Hogyan értékeli ezt a fejlettebb technológiát a gyakorló kórházi szakember?*

– Az e-MedSolution megjelenésével végre már az orvos is kap valamit az informatikai rendszertől, hiszen esetében nem csupán arról van szó, hogy valamely adatot eltárolunk és visszakeresünk, hanem a rendszer azzal próbál segíteni az orvosi döntéshozatalban, hogy azt az információ halmazt igyekszik szintetizáltan összegyűjteni, amely a gyógyítás folyamán egy betegről – akár a kórházban, akár külső helyszínen – készül. A megoldás nem helyhez kötött, vagyis nem csak a fizikai értelemben vett területet jelenti, amelyet egy adott kórház telephelye nyújtani tud. A kórház virtuálissá válik, mert a szolgáltatás a világ bármely tájáról elérhető annak, akinek ehhez jogosultsága van, és a megfelelő biztonsági környezet kódolása után akár a telemedicina alkalmazás is rendelkezésre áll.

H *A kórházmenedzsment milyen konkrét hasznát látja az ISH újító tevékenységének?*

– Egy másik jelentős fejlesztésünk az SAP és az e-MedSolution egymáshoz illesztése volt, amelyet jelenleg több helyszínen – ha-

zai egyetemeken – vezetünk be. Ez a megoldás is túlnyúlik Magyarországon, nemzetközileg is komoly érdeklődés mutatkozik iránta. A projekt nagyságrendjét jól érzékelteti, hogy kb. ötezer mérnöknapi munka fekszik benne, mindezt partnereinkkel közösen végeztük el. A két fő folyamatot: a betegellátást és a pénzügyi-gazdasági folyamatokat kapcsolja össze online módon. Ennek következtében a kórházmenedzsment bármely időpillanatban valós adatokhoz juthat, és nem szükséges számtalan kézzel készített statisztikát áttekintenie ahhoz, hogy képet kapjon a bevételi eredményekről, költségekről, készletekről, stb. Mindez meglehetősen jó ár-érték aránnyal áll a kórházvezetés rendelkezésére.

H *Milyen kutatási tevékenységet folytat az ISH?*

– Elsősorban a sikeres EU-projektet emelném ki. A debreceni és a veszprémi egyetemmel közösen futnak kutatási projektjeink. Rendkívül fontosnak érezzük, hogy a világszinten elérhető legfejlettebb technológiák – például amit az IBM Healthcare and Life Sciences üzletága vagy az SAP képvisel –, valamint a hazai kutatás összekapcsolása megtörténjen. Ezáltal kívánjuk a magyar tudást nemzetközileg is versenyképes módon értékesíteni. Az Európai Unió programjaihoz azonban nem csak a GVOP pályázatokon keresztül jutunk el, hanem az általunk más EU-tagállamok szakképeivel kiépített kapcsolatrendszeren keresztül is, így EU kutatási témákban velük közösen pályáztunk. Örömmel számolhatok be arról, hogy egyre több projektben veszünk részt, ahol a résztvevők köre igen széles: a spanyoloktól kezdve az olasz, görög és kelet-európai államokig bezárólag. Nem titkolt célunk, hogy az egészségügyi informatikai kutatásokban szeretnénk elismert szakcéggé válni.

H *Üzleti szempontból miként értékeli az elmúlt egy esztendőt?*

– 2005 az ISH-nál a grandiózus projektek éve volt. Számos nagy komplexitású projektet valósítottunk meg fővállalkozóként, ami a hálózatépítést, gépteremépítést, különböző eszközszállításokat, szoftverek integrálását, ezek installálását, betanítá-



Regőci István

sát, végül a teljes rendszer átadását, üzemeltetését foglalta magában. Természetesen mindezekhez igénybe vettük partnereink segítségét is, és büszkén jelenthetem ki: a projekteket úgy erőforrással, mint technikai háttérrel saját erőből, sikeresen valósítottuk meg. Fontos megjegyezni, hogy a projektek nagy része már az SAP minőségbiztosítása mellett zajlik. Büszke vagyok arra, hogy kilenc év után is sikeresen és nyereségesen zárjuk az üzleti évet. Ezúton köszönöm mindenkinek, aki ehhez az eredményhez hozzásegített bennünket, valamint szeretném megköszönni partnereink és vevőink bizalmát, amelyet a jövőben is magas színvonalú munkával és szolgáltatással igyekszünk hosszú távon megszolgálni.

H A KÓRHÁZ hasábjain is beszámolhattunk egy rangos díj elnyeréséről.

– Igen, az idén EMEA-díjat nyertünk, ami annyit jelent, hogy az ISH az IBM Healthcare és Life Sciences üzletágában a nyolc legjobb üzleti partnere közé került. Ez az elismerés azt jelenti, hogy nem csak cégünket, hanem velünk együtt minden partnerünket és a magyar egészségügyet is nagy megtiszteltetés érte. Komoly eredménynek tartom, hogy a magyar egészségügyi társadalom hírére el tudtuk vinni az országhatáron túlra. Az ISH kilenc esztendeje foglalkozik kórházi informatikával, de ha a MedSolution hazai történetét tekintem, meghatározó szakembereink immár 15 éve ezzel a termékkel vannak jelen a magyar piacon. Úgy érzem, túlzás nélkül állíthatom, a magyar egészségügyi szolgáltatásban állunk, az ágazat iránti elkötelezettségünk valóban hosszú távú.

H Az ISH hogyan szerepelt a nemzetközi piacokon?

– E tekintetben is jelentős előrelépésről tudok beszámolni. Az idei esztendőben meglehetősen nagy nyitást valósítottunk meg a nemzetközi piacok felé. Ezt egyfelől a termékkála bővítésével, másfelől pedig a partneri kör szélesítésével értük el. Két fő irányra fókuszálunk: az egyik Kelet-Európa, hiszen ezen a területen jelentős a lemaradás az egészségügyi informatika területén. A másik kiemelt régió: Közép-Kelet. Mindkét helyszínen igen szép eredményeket értünk el az egy évvel ezelőtti állapothoz képest. Egyet ezek közül meg is említenék: elkészült az e-MedSolution szlovák változata, év végére a rendszer első installációja bevezetésre kerül.

H Mit jelent az e-MedSolution esetében, hogy ez a termék globális?

– Minden országnak megvannak a saját előírásai, törvénykezési oldalról, illetve az egyes államok biztosítói rendszere sajátos, hiszen – többek között – eltérőek az elszámolási szabályok, és különböző kódrendszereket alkalmaznak. Tehát amikor egy terméket külföldön értékesítünk, nem csupán a szoftver adott nyelvre történő lefordítása a feladatunk, hanem a programot az ottani eljárásoknak megfelelően kell kialakítanunk. Ez a hagyományos szoftverek esetében a program átírásával, módosításával tehető meg, a globális terméket azonban előre felkészítik arra, hogy paraméterezéssel – programozás nélkül – lehessen az egyes helyi sajátosságok szerint változtatni. A legismertebb operációs rendszer, de más programok esetében is megszokott, hogy azoknak évente újabb és újabb változatai jelennek meg. A változásokat az összes helyen végig kell vezetni, ahol ezek a programok installálásra kerültek. Egyedi fejlesztéseknél ez ismételt újabb és újabb fejlesztési munkákat eredményez, ami a felhasználónak elviselhetetlenül magas költségeket jelent, és nehézkessé teszi az újabb eredmények bevezetését. Ha viszont a termék globális, ezeket automatikusan át lehet emelni, hiszen maga az alaptermék mindenütt ugyanaz, csak a paraméter-állításokat kell átvezetni, ennek következtében könnyedén és gyorsan megvalósulhat az új fejlesztési eredmények alkalmazásba vétele. A szlovák példa pontosan ezt igazolja, ugyanis az üzlet megkötésétől számított két hónapon belül elkészült a szlovák változat. Úgy gondolom, ez ékes bizonyítékként szolgált a globális termék versenyelőnyére.

H Önök fő támogatói voltak az első közép-európai PACS-School-nak. Milyen üzleti céljuk volt ezzel?

– A képződi diagnosztikai eszközök rendkívül fontos szerepet játszanak a gyógyításban. Nem mondhatunk le arról, hogy az integrált rendszerünk, az e-MedSolution képes legyen a PACS-rendszerek fogadására is, megtiszteltetés számunkra, hogy e csúcstechnológia magyarországi elterjesztéséhez hozzájárulhatunk. Örömkre szolgál, hogy már több hazai referenciával rendelkezünk e területen is. Minden olyan technikai és technológiai újdonsággal foglalkozunk, amely érdekes és fontos a szakmában. Szintén a radiológiát érinti, hogy az országban elsőként integráltuk a beszédfelismerést az e-MedSolutionnal, és néhány intézményben ez a megoldás is már „élesben” működik.

H Milyen víziót fogalmazna meg az ISH jövőjével kapcsolatban?

– Kezdetől fogva az volt a célunk, hogy az ISH-ból nemzetközi szoftvervállalatot építsünk. Ezen kritériumnak megfelelően, és a fentiekben az összes lényeges attribútumát érintettük már: globális termékkel rendelkezünk, a cég felépítése megfelel a nemzetközi standardoknak, globális partnerekkel dolgozunk, valamint nemzetközi tevékenységet folytatunk. A jövőben is ezen az úton kell tovább haladnunk, mert a verseny globális, és semmilyen trendet nem látunk, amely szerint ez a folyamat megváltozna. Fel kell készülni arra, hogy egy magyar cégnek amerikai, német vagy bármely más rendszerekkel kell versenyeznie, nem feltétlenül csak külföldön. Alapvető evidencia, hogy a kórházaknak integrált rendszerrel kell rendelkezniük, mert másképp a különféle forrásokból származó információkat nem fogják tudni napra készen, adekvátan, a gyógyítás számára a legoptimálisabb módon előkeresni, rendezni, illetve felhasználni. Az egészségügyi informatika területén – de általában a gyógyításban is –, paradigmaváltás előtt állunk: az orvos, illetve a beteg kerül az egész rendszer középpontjába, nem csupán a menedzsment. Az alapszintű egészségügyi adatkezelést bármely e célra fejlesztett programnak nyújtania kell, valójában ott ragadható meg a minőségi informatikai rendszer szerepe, hogy miként segíti a gyógyítást, az orvos döntéshozatalát, vagy az ellátás folyamatainak elemzését, értékelését és javítását, amivel magasabb szintű betegellátást tesz lehetővé.

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő

**Kellemes ünnepeket
és boldog új évet kívánunk!**



sanofi aventis

Az egészség a legfontosabb

Az EUROMEDIC Közép-Kelet-Európából Európa felé terjeszkedik

Az Euromedic International, amely jelenleg Közép-Kelet-Európa legnagyobb egészségügyi befektető és szolgáltató vállalata, hamarosan a teljes európai piac meghatározó szereplőjévé válhat. Idén nyáron világ legnagyobb pénzügyi befektetőjeként csatlakozott az Euromedic-hez a New York-i Warburg Pincus.



Recepció

Az Euromedic cégcsoport, mely 1991-ben kezdte meg a tevékenységét Magyarországon diagnosztikai szolgáltatóként, 1999-től Közép-Kelet-Európában is terjeszkedni kezdett képalkotó diagnosztika és a dialízis területén, és az elmúlt öt évben a régió több országában piacvezetővé vált.

A vállalat mára új fejlődési lépcsőfokhoz ért, működési területét Közép-Kelet-Európáról fokozatosan kiterjeszti egész Európára. A nyugat-európai piacokon rendkívül keresetté vált az a fajta szakmai tapasztalat, melyet az Euromedic a PPP projektek (Public Private Partnership – a köz- és magánszféra együttműködése) területén szerzett meg az elmúlt években. A nagy nyugat-európai országok jelentős PPP projekteket indítanak be napjainkban, ahol az Euromedic tudása értékes versenyelőnynek számít.

A Magyarországon, Lengyelországon, Romániában, Bosznia-Hercegovinában, a Cseh Köztársaságban és Oroszországban működő tevékenységek mellett az idei év második felében

Törökországban és Görögországban, jövő évben pedig más nyugat-európai országokban is megkezdte működését a cégcsoport. Az Euromedic a legjelentősebb nagydiagnosztikai szolgáltató ma a piacon, 2005-ben egymillió diagnosztikai vizsgálatot és több mint 300 ezer műve-se-kezelést végzett. Terveink szerint ez a szám a következő 12-18 hónap során a kétszeresére fog emelkedni. A cégcsoport Európában 2000 alkalmazottat foglalkoztat, melyből a magyar munkavállalók száma közel negyven százalék.

Ebben az évben a cégcsoport Magyarországon is jelentős fejlődést ért el három tevékenységi területén:

1. **Diagnosztika:** a vállalat végrehajtotta a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar legnagyobb beruházási programját. A Radiológiai Klinika és a Nukleáris Medicina Intézet privatizációs pályázatának megnyerését követően az Euromedic több mint másfélmilliárd forintot fordított építkezésre és gép-műszerfejlesztésre. Ez már az Euromedic második ilyen nagy értékű, az orvostudományi centrumokban megvalósuló képalkotó diagnosztikai beruházása Magyarországon, mivel 2003-tól kezdve a vállalat működteti hosszú távú együtt-



működési megállapodás keretében a Debreceni Egyetem Radiológiai Klinikáját is. Természetesen a fentiek mellett évek óta működő további hat diagnosztikai központunk gép-műszerfejlesztése is

folyamatosan történik, kiemelve ebből a győri és a budapesti központunkban egy év alatt történt közel másfélmilliárdos beruházást.

2. **Euromedic Pharma:** a kórházi piacon folyamatosan erősödik a pozíciója. Az idei évben, mint a legtöbb kórházi gyógyszerteremtő nyelő nagykereskedő, mintegy 20 százalékkal növelte forgalmát az ellátási körbe tartozó 120 kórház vonatkozásában.

3. **Euromedic Trading:** idén a cég sikeresen terjeszkedett logisztikai szolgáltatásával a magyar egészségügyi intézményekben. Év végére nyolc kórházban biztosítja a teljes körű logisztikai szolgáltatást. Terveink szerint a jövőben folytatódik ez a növekedés, hiszen az intézményeknek jelentős megtakarításokat eredményez ez az egyre népszerűbb működtetési forma.

Az Euromedic stratégiájában szinte egyedülálló, hogy a ma már igazán jelentős nemzetközi cég Magyarországról indult, és a működésének központja a jövőben is ez az ország marad.



DSA-labor - Szeged



Úttörők

Dr. Szokodi Csaba, a Johnson&Johnson Kft. ügyvezető igazgatója az egészségügy fejlődési irányairól mesélt olvasóinknak.

H 1991 óta vannak jelen Magyarországon. A magyar egészségügy legnagyobb partnerei közé tartoznak, mégsem tűnnek nagy piaci szereplőnek. Mi lehet ennek az oka?

– A Johnson&Johnson talán a legszélesebb spektrummal bíró egészségügyi cég világszerte. Egyes üzleti szektoraink, a fogyasztási cikk részlegtől, gyógyszeripari cégünkön, a Janssen-Cilagot vagy a látáskorrekcióban élenjáró Vision Care részlegünkön át, az orvosi technológiával foglalkozó divízióknak felölelik az egészségügy minden területét. A Johnson&Johnson a rendszerváltást követően az elsők között jelent meg az országban, jelezvén azt, hogy bízik a magyar gazdaság és társadalom fejlődésében. Mára Magyarországon is az egyik vezető, szolgáltatási komplexitásában élenjáró, több mint 300 főt foglalkoztató egészségügyi céggé váltunk. Az egészségügy szakemberei számára természetesen ismertek vagyunk, de valóban az egyes területek meglehetősen nagy önállósága, illetve az anyavállalat által kialakított mátrix struktúra miatt a robusztus megjelenés helyett inkább több különálló dinamikus üzleti egységként jelenünk meg a piacon.

H Miért olyan fontos a Johnson&Johnson számára az egészségügy?

– Cégünk 1886-os alapítása óta arra törekszik, hogy tudományosan megalapozott termékekkel és élenjáró szolgáltatásokkal segítse a betegségek gyógyítását, az emberi életminőség javítását. Hitvallásunk négy pilléren alapul. Először is, teljes mértékben szem előtt tartjuk a betegek és az őket gyógyító egészségügyi dolgozók érdekeit, második pilléerként munkatársainkat olyan módon képezzük, hogy megfelelő motiváltsággal, hatékonyan tudjanak dolgozni. A harmadik pillér a környezetünk, amiben élünk, és amelyet minden eszközzel támogatunk, elősegítjük fejlődését. Negyedik pillérünk pedig az, hogy részvényeseinknek tisztességes hasznot tudjunk biztosítani, hiszen ez az üzleti tevékenység mozgatórugója. Mindezt, amerikai gyökereink

nek megfelelően, abszolút transzparens üzleti módszerekkel kívánjuk elérni. Sajnos azt látjuk, hogy az átláthatóság és tisztaság iránti igény nem teljesen általános a mai magyar egészségügyben. Az amerikai kereskedelmi kamara transzparencia bizottságán keresztül is azon dolgozunk, hogy a magyar egészségügy is egyre átláthatóbbá váljon, ami egészségesebb, tisztább versenyhelyzetet teremthet.

H Néhány kórházvezető úgy fogalmazott önökkel kapcsolatban, hogy az innovátorok közé tartoznak.

– Bízunk a hazai egészségügy fejlődésében, és hiszünk termékeinkben, ezért mi nem a máshol már eladhatatlan termékeket hozzuk a magyar piacra, hanem azokat a legkorszerűbb fejlesztéseket szeretnénk a betegek számára elérhetővé tenni, amelyekkel frissen piacra lépünk az unióban vagy a világ más piacain. Ezért tudatosan vállaljuk az úttörő szerepet.

H Miben úttörők?

– Mivel elsőként jelenünk meg bizonyos termékekkel, termékcsoportokkal a piacon, nekünk kell bemutatnunk az új technológiákat, nekünk kell elfogadtatnunk a finanszírozóval azt, hogy ezek a technológiák közgazdasági szempontból is hasznosabbak, kifizetődőek. Nekünk kell megtanítanunk az orvostársadalmat e technológiák használatára.

H Sikeresen?

– Igen. Működésünk ezt támasztja alá. Valóban sikerült olyan technológiákat meghonosítani itthon, amelyek szignifikánsan segítettek a magyar egészségügy fejlődését. Például hozzánk kapcsolódik a korszerű sebészeti varróanyagok, illetve a laparaskópiás sebészeti technológia elterjesztése, valamint a korszerű nagyizületi protetika meghonosítása. A közelmúltban is jelentős áttörést értünk el, a gyógyszerki-bocsátó koszorúer sztentek piacra dobásával. Ezt az úttörő szerepet még akkor is felvállaljuk, ha tudjuk, hogy tevékenységünkkel megteremtjük és megkönnyítjük versenytársaink számára is a megjelenés lehetőségét. Tesszük ezt azért, mert nem riadunk vissza a tiszta versenytől, és tudjuk, hogy hitvallásunknak megfelelően ez a dolgunk.

H Milyen sikereket érnek el a finanszírozó meggyőzése terén?

– A magyar egészségügyben egyre inkább előtérbe kerül a gazdaságosság kérdése, az anyagi erőforrások problematikája. Ez azonban sokszor tévútra viszi a döntéshozókat, mert túlságosan fiskálissá válik a gondolkodás, aminek óriási veszélyei vannak. Bármelyik oldalon is állunk, mindnyájunknak, akik a magyar egészségügyben dolgozunk, a beteget kell magunk előtt látnunk. Ha ez a fiskális szemlélet elharapódzik, és maga alá gyűri a szakmaiságot, az ellátás színvonala, a betegek gyógyulásának lehetősége határozottan romolhat.

H Hogyan érzékelik ezt a problémát?

– Az utóbbi időszak megszorító szemlélete egyre nehezebbé teszi az új, haladó technológiáknak behozatalát és elterjesztését. A behozatal azért is nehéz, mert a mai napig nem működik egy mindenki által elfogadott, új technológia befogadási rendszer. Ez elsősorban a betegek érdekeit szolgálná, de hosszú távon gazdasági előnyöket is jelentene, mert több olyan, korszerű technológia jelenhetne meg, amely biztosan megtakarítást hoz a finanszírozónak. A gyógyszeripar számára már elkészült a metodológia és reméljük, hogy az orvostechnológiai területén is mihamarabb lesz előrelépés.

H Milyen mértékben tehet erről a problémáról az intézményi menedzsment?

– A kórházi menedzsment nincsen könnyű helyzetben, elsősorban a gazdasági megszorítások miatt, gyakran túlságosan nagy befolyást gyakorol a szakmai működésre. Meghatározza azt, hogy a szakma milyen módszerekkel, termékekkel, hogyan gyógyítsa a betegeket. Természetesen ez érthető, hiszen nekik is megvannak a saját gazdasági elvárásai, de a restriktív intézkedések oda is vezethetnek, hogy gyengébb minőségű, klinikailag bizonytalan háttérű termékek jelennek meg a piacon, amelyek veszélyt jelenthetnek a betegek számára.

H Milyen megtakarítást hoznak a már meglévő, haladó technológiák?

– Biztonságosabbak és gazdaságosabbak. Nem feltétlenül olcsóbbak, de gazdaságosabbak. Például a modern varróanyagok drágábbak, de nem szakadnak el, és kevesebbet kell felhasználni belőlük, mint egy olcsónak tűnő termékből. A hagyományos koszorúer sztent, olcsóbb, mint a gyógyszerbevonatú termék, viszont az új-bóli elzáródás aránya a tudományos vizsgálatok alapján sokkal magasabb. Finan-

szírozási szempontból mindenképpen megfontolandó, hogy olcsó termékeket használunk, vagy olyat, amely jobb életkialakításokat, és akár kevesebb beavatkozást jelent, a betegnek és a finanszírozónak egyaránt.

H *Az egészségügyet racionálisan és gazdaságosan kell üzemeltetni.*

– Természetesen ezt elfogadjuk, és egyet is értünk vele. A gazdaságos üzemeltetés és komplexitás azonban nem mindig fér meg egymás mellett. Például a tenderek előírásai, bonyolítási módja annyira összetetté váltak, hogy a kórházak és beszállítók számára egyre nehezebben követhetőek, és akkora megterhelést jelentenek az egészségügyre nézve, hogy már nem csökkentik, hanem inkább növelik a költségeket. Arról nem is szólva, hogy a közbeszerzési eljárások célja, hogy az összességében legkedvezőbb ajánlat kerüljön ki győztesen, azonban sok intézményben, elsősorban gazdasági nyomásra, egyenlőségjel kerül a legolcsóbb és legkedvezőbb ajánlat közé. Az egészségügy speciális terület, ahol a közbeszerzés szabályait ennek megfelelően, testre szabottan kellene kialakítani.

H *Milyen eredményeket értek el idén?*

– Nehéz évünk volt, de sikeresen zárjuk 2005-öt. Bizonyos területeken jelentős előrelépéseket tudtunk tenni. Kardiovaszkuláris területen, a gyógyszerkibocsátó sztentek használata a korábbi piaci megjelenés és az OEP tavalyi befogadása után szélesedett. Ez örömteli, de sajnos a penetrációt illetően még messze elmaradunk az EU átlagtól. Elektrofiziológiában, a szívritmus zavarokkal járó betegségeknél, szintén a finanszírozás megjelenésének köszönhetően, a nemzetközi élvonalat jelentő, korszerű, elektroanatómiai térképező technikát tudtunk meghonosítani a magyar piacon. A sebészetben további minimál invazív technológiákat vezettünk be, és fejlődés tapasztalható a korszerű sérvkezelés, a cement nélküli csípőprotézisek, és a revíziós térdprotézisek területén is. Jelentős mértékben tudtunk előrelépni a gerincsebészetben is, olyan korszerű rendszereket tudunk ajánlani, amelyek gyorsabb gyógyulást jelentenek a betegek, és korszerűbb kezelési technikát az orvosok számára. A nagyüzleti protetikai tevékenységek hatékonyságának növelése érdekében idén üzembe helyeztük az általunk Magyarországon korábban először bemutatott komputer-navigációs berendezésünket is.



Dr. Szokodi Csaba

H *Alátámasztják üzleti eredmények is ezeket a sikereket?*

– Az egészségügyi finanszírozási viszony ismeretében reálisan, de ambíciózusan terveztünk 2005-re. Ezeket a számokat valószínűleg elérjük, ez jó hír. Az viszont annál nagyobb aggodalomra ad okot, hogy látjuk, évről évre egyre nagyobb erőfeszítést igényel a célok elérése. Azonban a siker igazi fokmérője, ha bennünket partnerként, és nem agresszív multinacionális vállalatként lát környezetünk. Ezt a hozzáállást igyekszünk erősíteni a kereskedelmi tevékenység mellett az új technológiák behozatalával, betanításával, elterjesztésével, az egészségügyi menedzsment programok szervezésével, és olyan, nagy volumenű, az egészségügy egészét érintő programok támogatásával, mint a Nemzeti Rákellenes Program. E program meghirdetését követően orvostechológiai és gyógyszeripari cégeink közösen 40 millió forintot ajánlottak fel egy mobil mammográfiás szűrőállomás üzembe helyezésére. A szűrőbusz 2006 elején kezdi meg működését, és járul hozzá a magyar társadalom általános egészségügyi helyzetének javulásához.

H *Milyen elképzelései vannak 2006-ról?*

– Az egészségügyi intézményekkel több szakmai területen állunk kapcsolatban. Azt érzékeljük, hogy az intézmények gazdasági vezetésének fontos lenne, hogy ne divízióként, hanem egységesen tudják a Johnson&Johnsont szemlélni. Ezért az orvostechológiai területen létrehozunk egy olyan stratégiai partnermenedzsment rendszert, amellyel kiemelt vevőinket egységesen tudjuk kezelni. Így ők is egy céggént láthatnak bennünket, és nekünk is hatékonyabbá válik a tevékenységünk. Erőforrásainkat olyan irányba bővítjük, hogy az intézményi menedzsmenttel, a piacon lévő lo-

gisztikai partnerekkel, a meghatározó szereplőkkel komplex megközelítést lehetővé tevő kapcsolatrendszert építsünk ki.

H *Hogyan befolyásolják a jövőt a szűkülő állami források?*

– Az állam nehezen tudja vállalni az egészségügy finanszírozását, ezért valamilyen módon szeretné bevonnani a privát tőkét bizonyos feladatok ellátásába. A multinacionális vállalatok szintjén ennek akkor jöhet el az ideje, ha megjelennek azok a hosszú távú, kormányzati ciklusokon átívelő egészségügyi stratégiai elképzelések, tervek, amelyek kiszámíthatóságot biztosítanak a hosszú távú befektetők számára. Mert ma a magyar egészségügy a kockázati tőkebefektetőknek számára, lehet, hogy megfelelő investíciós terület, de a globális vállalatok számára még nem az.

H *Milyen finanszírozási változásra számítanak?*

– A büdzsé irányszámait és a gyógyító-megelőző kassza több tízmilliárdos csökkenését látva nincs nagy okunk az örömmre. Bár az egészségügyi költségek lefaragása, racionalizálása nemzetközi trend, azt mindannyian tudjuk, hogy a magyar egészségügy költségvetése messze elmarad azoktól, akiknél ez a trend érvényesül. A magyar egészségügynek investícióra, nem elvonásra van szüksége.

H *Nehéz év lesz 2006?*

– Megértünk már néhány hullámvölgyet, ezért optimistán nézünk előre, annak ellenére, hogy látom, 2006 nehéz év lesz. Némi bizakodásra ad okot, hogy 2007-2008-ban az uniós források olyan mennyiségben áramolhatnak Magyarországra, ami már az egészségügyre is kihathat. Pozitív fejlemény, hogy a kórházi területen dolgozó szakembergárda is egyre korszerűbb szemlélettel irányít, nyitottabb a komplexitások megértésére. Mi a magyar kórházügy igazi partnereinek tekintjük magunkat, és azok is szeretnénk maradni. Ahogyan eddig is, a Project Hope-on keresztül, tevékenyen részt vállaltunk az egészségügyi menedzsment programok szervezésében, úgy a jövőben is azon dolgozunk, hogy megértessük az egészségügy szereplőivel, a kifizetőekkel, az intézményeket menedzselő szakemberekkel, hogy érdemes korszerű technológiákat alkalmazni, és megbízható háttérzolgáltatást, tanácsadást, szervizt, támogatást biztosító beszállítóval együttműködni.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

Ramace[®]
Ramipril

30 db kapszula



30 db
kapszula

Ramace

www.teva.hu

Prevenációs indikáció:*

**Myocardialis infarktus, cerebrovascularis
történés, szív-érrendszeri halálozás
kockázatának és/vagy a revas-
cularizációs eljárások
szükségességének
csökkentésére.**

Adagolás:

Kezdő adag:

2,5mg Ramace kapszula naponta egyszer

1 hét elteltével:

5mg Ramace kapszula naponta egyszer

4 hét elteltével:

10mg Ramace kapszula naponta egyszer

A szokásos fenntartó adag:

10mg Ramace kapszula naponta egyszer

*Olyan 35 éves vagy idősebb betegeknél, akáknél klinikai adatok szív-érrendszeri megbetegedést, cerebrovascularis történést vagy perifériás érbetegséget igazolnak.



A vérnyomáscsökkentésen túl

TEVA
Magyarország

Kettős szorításban

A Fresenius Medical Care 43 százalékos piaci részesedésével Magyarországon piacvezető a művese kezelés területén. A világ vezető dialízis szolgáltatója 1750 dialízis központot üzemeltet. Zoltán Györgyöt, az FMC Magyarország Kft. ügyvezető igazgatóját a dialízis-szolgáltatók lehetőségeiről kérdeztük.

H Ügyvezető igazgató úr, milyen évet zárnak 2005-ben?

– 2005 elején adtuk át 23. magyarországi dialízis központunkat Vácott. Ma már közel 50 beteget kezelünk ott. Az év folyamán kezdte meg működését Szépvölgyi úti új dialízis centrumunk, ahol jelenleg 90 beteget kezelünk, annak ellenére, hogy a mai napig nincs befogadva a központ, és szabálytalanul, a Szent Margit Kórházban jelentjük le a kezeléseket. Reménykedve abban, hogy nem zavarják el a 90 beteget, és befogadják a központot. Egyébként az év során összesen 280 ezer dialízis-kezelést végzünk el.

H Milyen üzleti eredményeket értek el?

– Konzolidált eredményünk jelentős mértékben csökkent, komoly megszorító intézkedéseket kellett bevezetnünk. A júniusi állapothoz képest 21 nővérrel kevesebb van a hálózatban, és egyéb, nem közvetlenül a dialízist érintő területeken is kisebb takarékossági intézkedéseket tettünk.

H Mi az oka ennek a negatív irányú változásnak?

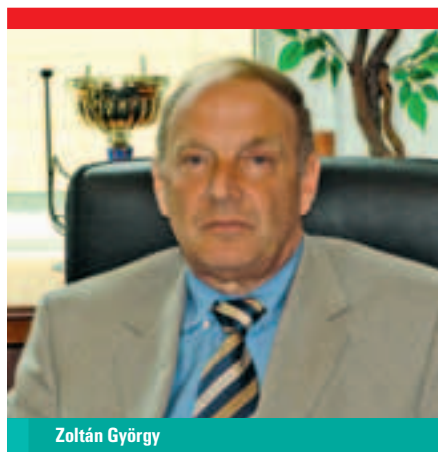
– A költségvetés már idén is alulfinanszírozta a művese-szolgáltatást. A kezelés szám évente 6-8 százalékkal nő, hasonló nagyságrendű az inflációs nyomás, ennek ellenére a zárt kassza nagysága nem nő, sőt, jövőre csökken. A művese szolgáltatás történetében az még soha nem fordult elő, hogy az előző évi finanszírozási összeget csökkentették. Nemhogy a betegszám növelést és az inflációt nem vették figyelembe, hanem a jövő évi költségvetésben a bázishoz képest 0,8 százalékos csökkenés terveznek, tehát reálértéken, kezelésenként 7-9 százalékkal csökken az egy kezelésre jutó finanszírozás. Konzolidált eredményünk eltűnik, veszteségbe fordul.

H Hogyan reagálnak erre a német tulajdonosok?

– Amikor néhány hete Németországban jártam, tulajdonosaink azt mondták, hogy nagyon jól végzitek a dolgokat, szép eredményeket értek el, de ugye megértitek, hogy ha a piaci helyzet egy-két évig még ilyen, kénytelenek vagyunk elhagyni Magyarországot, és máshová befektetni a tőkét.

H Milyen lehetőségeik vannak?

– Különböző csodákat már nem lehet művelni, nem tudjuk összéb húzni a nadrágszíjat. A három meghatározó cég, a Gambro, az Eurocare és a Fresenius közös



Zoltán György

stratégiát próbál kidolgozni. Szeretnénk meggyőzni a döntéshozókat arról, hogy finanszírozzák tisztességesen az Európai Unió által sürgősségi, életfenntartó kezelésnek minősített dialízist. Úgy a világon, mint Magyarországon, évente 6-8 százalékkal emelkedik a dialízisre szoruló betegek száma.

H Miért?

– Azért, mert világviszonylatban emelkedik a hipertónia és a diabétesz gyakorisága, és ezek kísérőbetegsége, a veseelégtelenség előfordulása nő. Ezt a tényt kénytelen mindenki elfogadni. A kormányzatnak két lehetősége van: vagy tudomásul veszi a problémát, vagy bezárnak a dialízis központok. Ezt a problémát nem lehet elkenni, meg kell oldani.

H Milyen megoldást javasol?

– Tisztességes finanszírozást. A dialízis szolgáltatók kettős szorításban élnek.

A kassza zárt, a torta méretét nem tudjuk növelni. Sőt, a finanszírozó csökkenti azt. Emellett még azt sem engedik, hogy ott épüljenek dialízis központok, ahol arra szükség van. Pedig nekünk az az érdekünk, hogy egészséges piaci verseny legyen, hogy a másik szolgáltatónál jobb szolgáltatást nyújtsunk a betegeknek. Ha a szolgáltatók között verseny van, amit mi szívesen vállalunk, az a beteg érdekét szolgálja. Ha a Szépvölgyi út túlsó oldalán, az új dialízis központunk mellett, a konkurencia épít egy másik központot, ezt mi örömmel vesszük, és harcolunk, hogy jobb szolgáltatást nyújtsunk, hiszen ez a beteg érdeke.

H A finanszírozási nehézségek megakadályozzák a fejlesztéseket is?

– Inkább nagymértékben megnehezítik a fejlődést. Folyamatosan igyekszünk a szolgáltatást még komplexebbé tenni, hogy minél kevesebb ember kerüljön az utcáról dialízisre. Ezért a hálózatunkban családorvosképzést szervezünk, amelynek óriási sikere van. Azt szeretnénk, ha a család- és házi orvosok még időben felismernék a vesebetegeket, időben elküldenék a nefrológushoz, így ezzel sokáig el lehet húzni a dialízis-kezelést. Nem biztos, hogy az emberek 50 százalékának az utcáról kell hoznunk bekerülnie. Odafigyeléssel tervezhetővé válik a művese-ellátás, és szervezettebbé a megelőzés. Az év folyamán tíz ilyen kreditpontos képzést tartottunk, jó nevű nefrológiai szakemberekkel, közel ezer családorvos részvételével.

H Tapasztalható változás technológiai oldalon?

– Megjelent az új generációs, 5008-as típusú dialízis készülékünk, amely új filozófiát igényel az orvosoktól. Ez már tényleg a XXI. század készüléke, hiszen egyetlen berendezés haemodialízis, haemodiafiltráció és haemofiltrációt is végez. Három központunkban már ezt a berendezést használjuk.

H Milyen terveik vannak jövőre?

– Jövő tavaszra két partnerünkkel közösen közösen szervezünk egy olyan szűrőprogramot, amellyel Baranya Megye kistérségeit célozzuk meg. Harmincezer vizelet tesztszövetet osztunk ki a településeken, és a házi orvosokon keresztül a veseelégtelenség felismerését és megelőzését próbáljuk elérni. Talán jövőre kiszabadulunk a kettős szorításból, és lesz értelme a szűrőprogramoknak.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

A világ kedvenc
varróanyaga¹
most még jobb,
mint valaha

ÚJ VICRYL* *Plus* Antibakteriális Varróanyag

Védelem a baktérium kolonizáció ellen

- In vitro kísérletek bizonyítják, hogy a VICRYL* *Plus* Antibakteriális Varróanyag inhibíciós - gátló - zónával rendelkezik, amely hatékony védelmet nyújt azok ellen a patogének ellen, amelyek a leggyakrabban okozzák a sebészeti hegfertőzéseket.^{1,2}
- Ugyanaz a teljesítmény, kiváló kezelhetőség és sebgyógyulási karakterisztika, mint a jól ismert VICRYL* esetében.

További információért keresse az Ön Ethicon képviselőjét, vagy a www.vicrylplus.com internetes oldalt.

References: 1. Data on file 2. Rothenburger S, Spangler D, Bheude S, Burkley D. In vitro antimicrobial evaluation of coated VICRYL* *Plus* Antibacterial suture (coated polyglactin 910 with triclosan) using zone of inhibition assays. Surg Infect. 2002;3(suppl. 1):S79-S87.



Coated
VICRYL* *Plus*
Antibacterial
(polyglactin 910) suture

Innováció minden öltéssel. Kizárólag ETHICON

APÁIK HIVATÁSÁT ELUTASÍTIJÁK A FIATALOK

Orvosdinasztiák

Az orvosdinasztiák már az önálló magyar orvoslás kezdetekor jelen voltak a gyógyítás tudományának hazai történelmében. Bár az eltelt évszázadok alatt sok család sarjai külföldre távoztak vagy kihalt a dinasztia, Magyarországon néhányuk még ma is élnek a leszármazottai. A reformkori orvoscsaládok kései unokái közül néhányan még gyakorolják ősök hivatását, ám fiaik, lányaik már más pályát választanak. Vajon mi lehet az ok, amiért elfordulnak a fiatalok a családi tradícióktól?

A 18. század második felének orvosai általában polihistorok voltak, és a gyógyítás mellett más tudományágakkal (botanikával, kémiával, nyelvészettel) is szívesen és intenzíven foglalkoztak. Széleskörű érdeklődésüknek köszönhető például a magyar orvosi nyelv megalkotása, az első tudományos folyóiratok megjelenítése, az egészségföldrajz alapjainak megteremtése. Az orvoscsaládok gyermekei a tudományok iránt érdeklődő, humánus szellemben nevelkedtek, természetes és magától értetődő volt számukra, hogy apjuk hivatását folytatják. A 20. század elején kezdődött a tradíci-

óktól való elszakadás, amely a II. világháborút követő években még általánosabbá vált.

Dr. Kaproczy Károly, a Magyar Orvostörténeti Múzeum és Levéltár főigazgatója kutatásaiból arra következtet, hogy az egykor híres dinasztiák tagjai közül ma már alig néhányan praktizálnak Magyarországon. A II világháború után a régi orvoscsaládok lányai, de főként fiai, akik továbbvihették volna a híres elődök nevét, politikai megfontolásból nem nyertek felvételt az orvosi egyetemekre. Ennek következményeként vagy más pályát választottak, vagy külföldre távoztak. Voltak persze már korábban is olyan családok, ahol az utódok az orvoslás helyett inkább a művészi pályát vagy a mérnöki hivatást választották. Például a röjtöki származású Bene családban több generáción át, a 18. század utolsó harmadától a 19. század elejéig természetes volt, hogy a fiúkból orvos lesz, az 1960-ban elhalálozott Bene Gézával azonban megszakadt a tradíció. Ő nem folytatta ősök hivatását, Vaszary János tanítványaként inkább a festészettel, idősebb korában pedig gyermekpedagógiai tudományos kutatásokkal foglalkozott.

Beneéknél a 17. század óta viruló és orvosok nemzedékét adó Lenhossék famí-

lia sem volt szerencsésebb. A család – melynek benősülés révén Szent-Györgyi Albert is tagja volt – utolsó orvosát, Lenhossék Mihályt 1937-ben veszítette el. Hasonló sorsra jutottak a Lumnitzerek is. Lumnitzer Sándor, az utolsó orvos 1958-ban halt meg. A kiváló sebész fia szike helyett a mérnöki vonalzó választotta, majd 1956-ban elhagyta az országot és Argentínában telepedett le. Az előbbieknél szerencsésebben alakult a Korányiak sorsa. Nagyon régen a bécsi Kornfeld bankár család három fia (János, Viktor és Sebald) az orvosi hivatást választotta életcélul és Kelet-Magyarországon telepedett le. Ők voltak a dinasztia megalapítói. Bár a család legismertebb tagjai Korányi Frigyes és fia Sándor, jeles és a szakmában nagy tekintélynek örvendő volt Korányi Imre és András is. A dinasztia utolsó, egyenes ági orvos leszármazottja Korányi László, aki ma Balatonfüreden él. Régebben a szívszanatórium belgyógyásza volt, 1995 óta aktív orvosként nem praktizál. Ma egy gyógyszerkutatásokkal foglalkozó magáncéget vezet. Az ott folyó tudományos munka egyik fő területe a diabétesz farmakogenetikai kutatása.

– Három gyermekem közül egy sem folytatja a családi tradíciót – sajnálkozik Korányi László –, talán azért, mert tőlem azt látták, hogy orvosként rettentő kevés időm jutott a családra, a magánéletre. A legnagyobb lányom, aki harmincöt éves, most már bánja, hogy nem az orvosi pályát választotta. Szakmai szempontból sok előnyöm volt a Korányi névből, hiszen a hivatás iránti érdeklődést, a pályán megtett első lépéseket Korányi Andrásnak köszönhetem. Az egyetemen Korányi Sándor tanítványa, Magyar Imre professzor fokozott figyelmét élvezhettem, persze velem szemben az elvárásai is keményebbek voltak. Sajnálom, hogy a gyerekeim más pályát választottak, ám remény van rá, hogy nem szakad meg a családi tradíció. Elképzelhető, hogy három unokám közül valamelyik az orvosi hivatást választja majd. Vömmel már most megállapodtunk abban, ha így történne, a gyerek felveszi a Korányi nevet. Négyéves kora óta Németországban él egyik lánytestvérem fia, Attila, aki szintén belgyo-



Korányi Frigyes emléket máig őrzik a tudószanatóriumban


Lenhossék Mihály előadást tart az orvosegyetemen

gyász, és komolyan fontolgatja, hogy hazatelepül. Vele ugyancsak megállapodtunk abban, ha hazatér, belgyógyászként a Korányi nevet használja majd.

– Családunk orvosi ágának alapítója Verebély József, Trencsén vármegye fősebésze volt, aki részt vett a szabadságharcban, ezért Kuffsteinben raboskodott – mondja Verebély Tibor, a SOTE Tűzoltó Utcai Gyermekklinikájának professzora. Onnan szabadulva Pestre költözött. A pályán fia, László követte, aki a Szent István kórház sebészeként, majd az egyetemi klinika gyermeksebészeként praktizált. Már négy generáción keresztül a legidősebb fiú mindig a Tibor keresztnévet kapja. Az orvoslás mellett ez is családi tradíció. Idősebbik fiam, aki szintén Tibor, sajnos csak nevében követi a hagyományokat, az orvosi pálya helyett az építőmérnököt választotta.

Nem vállalta a gyógyító munkával járó kööttségeket, a szabadidő hiányát, a magánélet háttérbe szorítását. Igaz, én sem szerettem volna orvos lenni, mert a tradíciónál jobban vonzott a matematika. Az egyetemi felvételi kérelem beadási határidejének utolsó napján gondoltam meg magam; engedve a család kívánságának, mégis az orvosi egyetemre jelentkeztem. Akkoriban agykutató szerettem volna lenni, úgy éreztem, ebben a tudományágban megőrizhetek valamit a matematika iránti vonzalmamból. Az egyetem első négy évében Szentágothay professzor mellett agykutatóval foglalkoztam. Utána következett a fordulat: rájöttem, hogy karakteremhez a tudományos munkánál sokkal jobban illik a gyakorlati orvoslás. Szeretem látni munkám sikerét, eredményét. Előfordul, hogy a kutató éveket küzd egyetlen

problémával, mégsem tud előbbre jutni, a sebész viszont naponta részese lehet a sikernek. Fiatalon a nagy elődök híre, a Verebély név inkább terhet jelentett nekem, mint előnyt, hiszen kimagasló teljesítményre kötelezett. Állandó lelki nyomás alatt éltem, hogy megfeleljek a szakmai, családi elvárásoknak és önmagamnak egyaránt.

A Nékám család orvosai a hazai bőrgyógyászati iskola megalapításában jeleskedtek. A dinasztia első tagja Nékám József ügyvéd volt, fia Sándor előbb matematikus, majd bölcsletről doktorált, végül orvosi oklevelet is szerzett.

– Három gyermekem közül egy sem választotta az orvosi pályát – meséli Nékám Kristóf, a budapesti Irgalmas rendi kórház professzora. Ami nekem még természetes volt, azt a gyerekeim elutasítják. Annak ellenére, hogy jól érzem magam a szakmában és nem bántam meg, hogy orvos lett belőlem, megértem a fiatalokat. A régi családok legifjabb generációja szülei példáján látja, hogy milyen embert próbáló, nehéz feladat ma Magyarországon orvosként dolgozni. A fiatalok naponta szembesülnek az egészségügyben uralkodó rossz körülményekkel, az erőn felüli munkával, a gyógyító szakma leértékelődésével. Nem vállalják a társadalmi megbecsülés hiányát, a munkával járó napi gondokat, megpróbáltatásokat, inkább más, több elismeréssel, sikerrel kecsegtető pályát választanak.

LÓRÁNTH IDA

egészségügyi szakújságíró

KVIK rendszer – megbízható megoldás több mint 50 fekvő és járóbeteg ellátó intézményben

KVIK – Kórházi Vezetői Információs és Kontrolling szoftver

KON Kontrolling rendszer

MUT Vezetői Mutatószám rendszer

OEP Finanszírozási és statisztikai elemzési rendszer

ERF Esetszintű ráfordítás és fedezet kezelési rendszer

DOK Minőségbiztosítási Dokumentáció kezelő rendszer

ELE Minőségbiztosítási Beteg-elégedettség kezelő rendszer

- Szabványos módszertan, kontrolling tervezési eszközök
- Betegellátási, finanszírozási információk: eset, orvos/OENO/BNO/DRG, osztály
- Automatizált üzemeltetés, a kvalifikált élömunika minimalizálása

- Intézmény specifikus, grafikus vezetői és érdekeltségi beszámoló
- Valid adatforrás, strukturált információs piramis
- Információ kihelyezés intraneten, folyamatos támogatás


BSoft Informatikai Kft.

1037 Budapest, Kiscelli köz 18. • Tel: (06-1) 387-2048 • Fax: (06-1) 453-2456 • www.bsoft.hu • bsoft@axelero.hu

Szeretne 20 kreditpontot szerezni?



Fizessen elő a Magyar Orvos szaklapra, mert 2006-tól csak előfizetőink számára garantálhatjuk, a kötelező továbbképzésen belül – távoktatás keretében – megszerezhető 20 kreditpontot!

Lapszámanként 2 kreditpontot tudnak összegyűjteni, ha helyesen válaszolnak kvíz kérdéseinkre.* A válaszokat 2006. I. félévében postai úton vagy interneten keresztül küldhetik be. 2006. II. félévétől – az egyetemek által szigorított követelményrendszer miatt – kizárólag honlapunkon keresztül, meghatározott időtartam alatt, megszakítás nélkül tudják kitölteni a kérdéssort.

Amennyiben **2005. december 15-ig** előfizet lapunkra, egy **Kódex zsebnaptárral is megajándékozunk!**

*A kreditpontok megszerzésének feltétele, a kérdések legalább 80%-ának helyes megválaszolása!

Megrendelőlap (Kérjük nyomtatott betűvel kitölteni!)

Magyar
ORVOS

Visszaküldhető postai úton zárt borítékban, faxon vagy e-mailen.

Címzett: Magyar Posta Rt., HELIR • Cím: 1900 Budapest • Telefon: (1) 303-3441 • Fax: (1) 303-3440 • E-mail: hirlapelofizetes@posta.hu

Megrendelem példányban a Magyar Orvos szaklapot **bruttó 9900 Ft/pld./év-ért** (8609 Ft + áfa)

Megrendelő neve: Beosztása:

Számla címzettje: Pecsét száma:

Intézmény hivatalos, rövid neve: Adószám:

Kézbesítési cím:

Számlázási cím:

Telefonszám: Fax: Mobil:

E-mail:

Dátum: Aláírás, pecsét:

Hozzájárunk, hogy a lap kiadása, valamint tartalmának egyéb vállalkozási név- és leírásadatokat marketingcélokhoz, promóciókhoz felhasználják. Amennyiben nem járul hozzá, kérjük, jeljeze .
Tudomásul veszem, hogy a megrendelési lap kitöltése és visszaküldése fizetési kötelezettséget jelent. A megrendelés beérkezéskor követően a Magyar Posta számlacikkait küldi.

Hatékony ellátásszervezés és gazdaságos működés a kisvárdai Felső-Szabolcsi Kórházban

Az egészségügyi ellátás szervezése és a stratégiai tervezés elválaszthatatlan egységet képez, amely elképzelhetetlen informatikai támogatás nélkül. Az utóbbi években egyrészt ágazati kezdeményezésre, másrészt a kórházvezetés saját elhatározásából elmozdulás történt a kórházi kapacitások és szakmai struktúrák átalakítása, illetve a hatékonyabb gazdálkodás érdekében. Egy kórház működtetésének fő feladata, hogy az ellátott lakosság egészségmegőrzési és gyógyulási igényét magas szinten kielégítse, illetve ennek megfelelően tudja az intézményrendszert gazdaságosan működtetni és fejleszteni.

A kisvárdai kórházban már jó ideje felismertük azt a tényt, hogy az informatika alkalmazásával nem csupán hatékonyabb és gyorsabb lett a gyógyító munka – amely már önmagában is óriási előrelépést jelent –, hanem gazdaságosabban működünk azáltal, hogy naprakész menedzsment információk állnak rendelkezésre. A teljes informatika rendszer gerincét alkotó, ún. „betegadminisztrációs rendszer” alapjait még 1997-ben a „világbanki projekt” keretében kezdtük el kialakítani. A program a kezdetektől biztosította a már megjelent betegek szakmai dokumentációjának online elérhetőségét és ezzel lehetővé tette a betegek ellátásának nyomon követését, ezzel alapozva meg a további fejlesztéseket. A rendszer azóta – a mi igényeinket is beépítve – folyamatosan fejlődik. A megoldást szállító MEDITCOM Kft.-ben olyan szakmai szolgáltató partnert találtunk, aki az orvos-szakmai kompetenciákat más ágazati szegmensekben megszerzett – internetes, tanácsadási és fejlesztési – tudással ötvözve, a fejlesztéseket kellő tökélyhárterrel finanszírozva hosszú távú partnerségekre kész az ágazatban. Fontos ki-

emelni azt is, hogy csak az ilyen, partneri keret- és support-szerződések esetén válik követhetővé a szolgáltatás rendelkezésre állása (SLA) és a szolgáltatások valódi és összes költsége. Így kerülendő el ugyanis, hogy a szolgáltató, szerviz- és support-számláival előre nem tervezett magasabb költségeket generáljon, mint ahogyan azt sokan teszik a piacon egy alacsony díjsszabás látszatát keltve.

A bevezetett medikai rendszer a teljes kórházi munkát, azaz a kórház 14 fekvőbeteg osztályát és 38 járóbeteg rendelését fedi le. 2004-ben 22 847, járóbeteg szakrendeléseinken 376 846 beteget láttunk el. Ellátási területünkön bőr- és nemi, tüdő-, valamint onkológiai gondozási tevékenységet is végzünk. Az informa-



Harsányi Imre

tikai rendszert a teljes körű egészségügyi ellátásban alkalmazzuk.

Az integrált orvosszakmai rendszerek lényege, hogy elősegítik a többszörös adatrögzítés megszűnését, továbbá teljes funkciólefedettséget, és a funkciók közötti elektronikus kommunikációt teszik lehetővé.

A kórházi rendszer központi eleme az osztályos betegnyilvántartó modul, a betegekkel és kezelésükkel kapcsolatos

összes adatot ebben rögzítjük, a kezelőorvos az adatokat bármikor – hozzáférési jogosultságának megfelelően – áttekintheti. A személyhez kötődő adatok tárolása központi adatbázisban történik, ezzel lehetővé téve az integrált rendszer bármely moduljában az adatfelhasználást. Az integrált rendszer összes moduljával kétirányú, online kapcsolat működik, mely lehetővé teszi vizsgálatok kérését, indikálását, illetve az eredmények fogadását a hálózaton keresztül, ezzel teljesen kiváltva a hagyományos, papír alapú megoldásokat.

Az egészségügyi rendszerünk másik alapeleme az ambuláns – betegfelvételi és járóbeteg rendelési – informatikai modul. Itt rögzítjük és tároljuk a betegek személyi adatait, valamint az anamnesztikus adatokat. A betegfelvétel során a betegirányítási modullal együttműködve, a járóbeteg-szakellátás saját beteglistájában láthatja a beteget, és már csak a megjelenési adatok rögzítésére van szükség. Hasonló a helyzet a járóbeteg-szakellátások, vagy osztályos munkahelyekről érkező online konzílium kérések esetén is.

Az elvégzett beavatkozások kiválasztását előre definiált panelek segítik, a gyógyszerek rendelését pedig a ma Magyarországon forgalomban lévő, gyógyszerkészítményeket tartalmazó adatbázis támogatja. A program részben már rögzítéskor, de a beteg elbocsátásakor is automatikusan ellenőrzi, hogy az OEP jelentés követelményeinek megfelelnek-e az adatok. Az ellátás végén Ambuláns lapot készítünk, melyet kinyomtatva a betegnek is odaadunk.

A járó- és fekvőbeteg ellátáshoz a diagnosztikai háttérrel a 13 munkahelyes röntgenosztály biztosítja, melynek munkáját hatékonyan támogatja a medikai rendszer RTG modulja. A beutaló elektronikus úton érkezik, a fogadó asszisztensnek csak azt kell eldöntenie, hogy

van-e szabad kapacitás az illető beteg vizsgálatára. Ha igen, egy billentyű lenyomásával felkerül a vizsgálatkérés a munkalistára. Vizsgálat után néhány sablonszöveg kiválasztásával a lelet az esetek túlnyomó többségében néhány másodperc alatt elkészíthető, így a lelemező orvos munkájának a hatékonysága a többszörösére emelhető. A rendszer rögzíti a vizsgálat során felhasznált anyagokat, így lehetőség van a beküldő intézmények szerinti anyag-felhasználási kimutatás elkészítésére is. Ezen diagnosztikai területek munkája meggyorsítható egy ún. beszéd-felismerő modul segítségével, amely fejlesztést a közeli jövőben tervezzük bevezetni informatikai partnerünk segítségével.

A másik nagy betegforgalmú terület a központi laboratórium, amely általános, kémiai és mikrobiológiai vizsgálatokat végez, valamint vért és vérkészítményeket is biztosít a betegek számára. A labor modulnál kiemelném azt, hogy többféle statisztikai kimutatására van mód (pl. napi statisztikák, validált listák, csúszó vizsgálatok listája, stb.). A Meditcom rendszere teljes körűen lefedi a területet érintő adminisztrációs munkafolyamatokat.

A harmadik fő diagnosztikai terület a kórszövettani vizsgálatok területe. A fel-

adatot az ambuláns és diagnosztikai elemekből származtatott patológiai modul látja el. Ez fogadja a citológiai és a szövettani vizsgálatkéréseket, támogatja a leletezés és finanszírozási jelentés készítés folyamatait. A patológiai osztály másik tevékenységét, azaz az elhunytak vizsgálatait is ezen rendszer másik felületein adminisztráljuk.

A gazdasági rendszer integrációjának fontosságát illetően egy példa: a rendszerrel szembeni elvárásként fogalmazódik meg a betegszámla azonnali elkészítése (akár a medikai rendszerből közvetlenül is kinyomtathatóan). Ezzel is segítve a biztosítással rendelkező, illetve nem rendelkező betegek eltérő elszámolását. (Kórházunk határmenti intézményként szerepet vállal a határon túliak ellátásában is.) A medikai rendszerünket tehát adatbázis szinten integráltuk a gazdasági rendszerhez, ennek eredményeképpen naprakészen követhetők, osztályokra lebontva, hogy ezek után milyen költséggel és bevétellel számolhatunk. Ez a gazdasági stabilitás és tervezhetőség természetesen kihat az orvosszakmai munkára is.

A jövő egyik fő fejlesztési iránya egy olyan webalapú információs- és csoportmunka-portál létrehozása, amely segíti a hatékony kapcsolattartást a háziorvosokkal, illetve a régió egyéb intézményeivel.

További, a Meditcommal közös fejlesztési elképzeléseink közé tartoznak a digitális aláírás implementálása az orvosi folyamatokban, PACS (Picture Archiving and Communication System = Digitális képtároló és képtovábbító rendszer) rendszer illesztése a betegadminisztrációs rendszerhez, valamint a HEFOP 4.4.-ben megvalósuló intézményközi kommunikációs rendszerhez történő csatlakozás támogatása.

Összefoglalva tehát az informatikai rendszerek segítségével jól követhető folyamatoknak, a betegadminisztráció egyszerűsödésének köszönhetően több idő jut a gyógyító munkára és nem utolsósorban ez a gyógyítás minőségi javulását is maga után vonja. Ez a minőségi „szolgáltató” szemléletű ellátás pedig, ma már Európai Unió tagállamként is alapelvárás. Hiszem, hogy ha a betegek jobb minőségű, gyorsabb és eredményesebb egészségügyi szolgáltatásban részesülnek, az – a munkából történő kiesés és a magasabb életminőség miatt – jótékonyan hat a régió gazdasági fejlődésére is és ez pedig nemzetgazdasági szempontból kiemelkedően fontos.

HARSÁNYI IMRE

főigazgató, Felső-Szabolcsi Kórház, Kisvárd

***Kellemes ünnepeket
és boldog új évet
kívánunk kórházaink
munkatársainak!***



Colussi Hungary Kft.

MEDICAL DIVISION

1158 Budapest, Késmárk u. 9. • Tel.: (06-1) 415-0569 • Fax: (06-1) 416-0325 • E-mail: icos@icos.hu • Honlap: www.icos.hu



NÖVELNI KELL A BETEGEK ELÉGEDETTSÉGÉT

Többet nyújtani

Theo Quickkel, a Compass Group európai divíziójának egészségügyi fejlesztési igazgatójával a szombathelyi Markusovszky Kórházban tartott regionális szemináriumon találkoztunk. Az Európán belüli kooperációról kérdeztük.

H Quick úr, hogyan tudná a Compass Group piaci helyzetét bemutatni?

– A Compass a világ legnagyobb étkezési szolgáltatást nyújtó vállalata. Alkalmazottaink száma eléri a 400.000 főt, éves forgalmunk meghaladja a 17 milliárd eurót. A csoporton belül én az egészségügyi üzletág fejlesztésével foglalkozom tizenhét európai országban, Törökországban és Marokkóban. Ezekben az országokban óriási mennyiségű tapasztalat birtokába jutunk, amelyet gyakran megosztunk egymással.

H Milyen filozófiával tevékenykednek az egészségügyben?

– Globális vállalként megosztjuk az egyes országokban felhalmozódó tapasztalatokat, hogy az egészségügyi és ápolási piac számára a legprofesszionálisabb partnerre válhassunk a minőségi étkeztetési és a támogató szolgáltatások területén. Alapvetően mi olyan szolgáltatási tevékenységet végzünk, amelyet a különböző országokban lévő betegek és öregek igényeinek megfelelően specializálunk.

H Mi az alapvető különbség az európai országok között?

– A legfontosabb eltérés az étkezési szolgáltatás látható tevékenységének és háttérszervezetének eltérő fejlődése. Minél délebbre megyünk, annál inkább a nővérek szolgálják fel az ételt a betegeknek, és minél északabbra haladunk, annál inkább elkülönül ez a tevékenység, és az étkeztetési asszisztensekre hárul ez a feladat. A mi jövőképünknek ez utóbbi modell felel meg igazán.

H Koncentráljon mindenki a fő tevékenységére?

– Pontosan. Általánosságban a nővérek jobban képzettek és többre kerülnek, mint ami szükséges az ételek-italok felszolgálásához. Mi az étkeztetési asszisztenseket erre a tevékenységre képezzük. Az intézmények alapvető érdeke, hogy az étel és ital felszolgálása ne



Theo Quick

tartozzon a nővérek alaptevékenységébe. Ellenkező esetben a nővérek nagyon képzett és túlfizetett pincérnőkké válnak. Ha viszont sikerül ezt a tevékenységet átadni a speciálisan erre a tevékenységre képzett szakembereknek, egyszerre növeljük az intézmény hatékonyságát, valamint a dolgozók és a páciensek elégedettségét.

H Milyen különbségek tapasztalhatók az ételek terén?

– Észak-Európában sokkal gyakrabban használnak előfőzött ételeket. Minél délebbre megyünk, annál nagyobb a friss alapanyagokból készített ételek aránya. Egyébként az ételkészítésnek két alapvető technológiája létezik. A főző-felszolgáló technológiában megfőzzük reggel az ételt, ezután közvetlenül ráadjuk a hőn tartó tálcára, és minél hamarabb felszolgáljuk a betegnek. A másik, főző-gyorshűtő technológiá-

ban megfőzzük az ételt, és közvetlenül ezután nagyon gyorsan lehűtjük 0-4 °C-os hőmérsékletre. Ezen a hőmérsékleten tároljuk, akár 72 órán keresztül, és később bármikor felmelegíthetjük és felszolgálhatjuk. Az ilyen módszerrel dolgozó konyhák egyébként kevesebb alapanyagot vásárolnak, inkább nagyobb beszállítóktól szerzik be a félkész termékeket.

H Melyik technológiát használják Magyarországon?

– Döntően a főző-felszolgáló technológiát. Amennyire lehet, frissen szerzik be az alapanyagokat, mindössze a zöldegek terén használnak mélyfagyasztott alapanyagot, amikor nem lehet megvásárolni a friss zöldeget.

H Mi a véleménye a Markusovszky Kórház konyhájáról?

– Itt, Szombathelyen, csodálatos konyhát hoztak létre és működtetnek. Bámulatra méltó az a hatékonyságnövekedés, amit sikerült ezzel a beruházással elérni. Az Eurest Kft. nagyon komoly befektetéssel professzionális konyhát épített, és számtalan olyan újítást vezetett be, ami úgy növelte a dolgozók és betegek elégedettségét, hogy az étkeztetés alacsonyabb kiadással és kevesebb nehézséggel jár a kórház számára, mint korábban. Kemény, de nagyon korrekt partnerre találtunk az intézmény vezetésében, aki megköveteli a minőségi szolgáltatást, ugyanakkor értékeli is azt.

H Van lehetőség további fejlődésre?

– Pillanatnyilag a feladataim közé tartozik néhány olyan újdonság bevezetése Európában, amelyet sikeresen alkalmaztunk az Egyesült Államokban. Két koncepciót szeretnénk Európában is meghonosítani: a catering-to-you (étkeztetés neked – a szerk.) és a dining-on-call (étkezés hívásra – a szerk.) módszert. Az amerikai piaci helyzet azonban eltér az európaiktól, a kórházak közötti éles verseny miatt. Az amerikai kórházak vezetői számára alapvető fontosságú a betegelégedettségi szint növelése és a költségek csökkentése, mivel a

kórházakat a betegelégedettségi szint alapján ítélik meg és választják ki a páciensek.

H *Mi a catering-to-you módszer lényege?*

– Megpróbáljuk személyessé tenni az étkeztetést. A teljes étkeztetési folyamat egyetlen ember felelősségévé válik. Ő veszi fel a rendelést a betegtől, állítja össze a tálcat a konyhai munkatársakkal, juttatja el a beteghez az ételt, és ő kéri ki a beteg véleményét a szolgáltatás minőségéről. A betegek az étkeztetési asszisztenssel szívesebben beszél-

nek az ételről, mint a nővérrel vagy az orvossal a betegségükről. Személyesebbé válik az étkeztetés és nő a szolgáltatási minőség. A dining-on-call sokkal fejlettebb módszer, ugyanilyen célokkal. Az étel ugyanaz, mint korábban, de a betegek telefonos ügyfélszolgálaton keresztül rendelhetik meg az ételt bármilyen időpontra. Ez a rendszer nagyon sikeres és kedvelt az Egyesült Államokban, elsősorban a daganatos betegek és várandós anyák körében.

H *Lát arra esélyt, hogy ezeket a módszereket Magyarországon is bevezessék?*

– Természetesen. Közép-Kelet-Európában nagyon gyors fejlődés tapasztalható. Néhány éven belül Magyarországon is általánossá válnak a professzionálisabb étkeztetési módszerek. Saját tevékenységünk ismeretében kijelenthetem, hogy a közép-kelet-európai régió országaira nagyon gyors fejlődés vár, hiszen hasznosítják a régebbi uniós országok tapasztalatait is.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

MÉZESKALÁCSOT KARÁCSONYRA

A bizalom megteremtése a cél

A nemzetközi kitekintést követően megkérdeztük Nyerges Jánost, a Compass Group magyarországi leányvállalata, az Eurest Étteremüzemeltető Kft. ügyvezető igazgatóját.

H *Nyerges úr, a Compass Group egészségügyi fejlesztési igazgatója érdekes dolgokat mesélt a világszerte tapasztalható trendekről. Hasonló az Ön véleménye is?*

– Theo Quick a jövőről mesélt. Ahogyan ő is említette, Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban, meglehetősen nagy a verseny a kórházak között a betegért. Itt magától értetődően a verseny része a hotelszolgáltatás minősége és az étkeztetés is. Ezekben az országokban rájöttek arra, hogy a sikeres működés érdekében célszerű mindenkinek az alapvető tevékenységére koncentrálnia, ezért a világnak azon a részén elég magas a kórházi étkeztetés kiszervezési aránya. Kizárólag azért, hogy a magasabb színvonalú élelmezés magasabb elégedettséget, és több elégedettebb beteget hozzon az intézménynek.

H *Mi a helyzet itthon?*

– Sajnos, Magyarországon még nem tartunk itt. Jelenlegi ismereteim szerint a konyhai tevékenység kiszervezésének

elsődleges mozgatórugója a meglévő konyhatechnológia állapota. Általában egy magyar kórház akkor dönt a funkcionális privatizáció mellett, ha a konyha olyan állapotba kerül, amelyet már az ÁNTSZ sem néz jó szemmel, és a kórház vezetése nem tud állami támogatást, fenntartói pénzt szerezni a konyharekonstrukció végrehajtásához. Meglehetősen ritkán találkozunk olyan megközelítéssel, hogy jó állapotban lévő konyháját az adott intézmény azért adná külső üzemeltetésre, mert hatékonyabb, jobb minőségű és professzionálisabb szolgáltatást várna el egy külső partnertől.

H *Nem érvényesülnek itthon a betegelégedettségi szempontok?*

– Tény, hogy a gyógyító intézmények kiválasztása során az egyik legfontosabb szempont a bizalom. A betegek bíznak az orvosban, bíznak az intézményben, hiszen jelentős részük kiszolgáltató helyzetben van. A teljes gyógyítási folyamat a bizalomra épül. A gyógyítás része az élelmezés is, ezért a magas színvonalú élelmezésnek is a bizalmon kell alapulnia. A bizalom pedig személyes kapcsolaton keresztül tud igazán jól felépülni.

H *Hogyan lehet ezt megteremteni?*

– Nyugat-Európában a konyhai szolgáltató cég alkalmazottja találkozik a

beteggel, veszi fel a rendelést, és felelős azért, hogy a megrendelt étel megfelelő minőségben és időben a beteg-



Nyerges János

hez kerüljön. Ez az alkalmazott adja át a betegnek az ételt, miközben lehetőségük nyílik az étel minőségével, mennyiségével, választékával kapcsolatos kommunikációra. Magyarországon mi nem jutunk el a betegig. Megkapjuk az osztály által összegyűjtött rendelési ívet, elkészítjük az ételt, porciózzuk egyéni tálcára, eljuttatjuk az osztályig, ahol az ápolási személyzet átveszi, és ők adják oda a betegnek. A munkatársaink és a betegek közötti személyes



kommunikációt kell valamilyen módon megteremteni.

H Van esély arra, hogy Magyarországon is elterjedjenek az értéknövelt szolgáltatások: a látogatói étterem, az a lá carte rendelés?

– A világ másik, fejlettebb fertályán a kórházi ellátás nagyon fontos része szépen kialakított látogatói étterem és kávézó. Itt találkoznak a járőkepes betegek a látogatókkal. Ehhez képest a magyar kórházakban ez a találkozás általában az osztály folyosóján, rosszabb esetben közvetlenül a betegágy mellett történik. Jelenleg itt, a Markusovszky Kórházban, az intézmény menedzsmentjével együtt gondolkozva alakítjuk ki első, igényes látogatói kávézónkat. Valószínűleg a jövőben a magyar piac is a szolgáltatás-orientált irányba fejlődik. Ugyanúgy, mint az a lá carte rendelés esetében, amelyre egyre nagyobb az igény. Ma már az általunk üzemeltetett kórházak jelentős részében a nem speciális diétára kötelezett betegeknek választási lehetőséget nyújtunk, és egyéni rendeléseket is teljesítünk, amelyet a beteg saját maga fizet ki.

H Javítja-e a hatékonyságot és a szolgáltatási minőséget a fejlett konyhatéchnológia?

– Nyugat-Európával összehasonlítva itthon a bérköltség nem túlságosan magas. Ezért a jobb minőségű, nagyobb választási lehetőséget magában hordozó, helyben főzési technológia ma még olcsóbb, mint fejlettebb módszerek alkalmazása. Ezek beruházási költsége magasabb, megtérülése hosszabb, mint a személyi bérek kifizetése. Mégis, az a meggyőződés, hogy a jövőben az egymáshoz közel lévő intézmények ellátása ilyen, korszerű technológiát alkalmazó központi konyháról fog történni.

H Hogyan tudják beszerezni a modernebb konyhatéchnológiához szükséges alapanyagokat?

– A hazai piacon komoly nehézséget okoz az előkészített, magas feldolgozottságú nyersanyagok beszerzése. Nagyon sokszor az egyszerű, jó minőségű tisztított burgonya megvásárlása is problematikus. Még a beszállítói oldal sem készült fel az olyan jellegű technika kiszolgálására, ami Nyugat-Európában elfogadott. Magával a tálalási rendszer-

rel minden rendben, sok helyen egyéni tálalás, hűtő tartó tálalási rendszerben szolgáljuk ki a betegeket. Használatukkal mind az étel minősége, állaga, mind hőmérséklete optimálisan biztosítható.

H Milyen fejlesztéseket terveznek?

– Szeretnénk közelebb kerülni az általunk ellátott betegekhez. Egy olyan ételrendelési és kiszolgálási rendszer bevezetését tervezzük, amely lehetővé teszi a személyes kontaktus fenntartását. Addig is próbálunk kedveskedni az általunk ellátott intézmények betegeinek. Például a születésnapos betegek tálalásán valamilyen meglepetést, tortát, jókívánság kártyát helyezünk el. Ünnepeken, karácsonykor, szilveszterkor, speciális szolgáltatást nyújtunk betegeinknek, hogy legyen valami vigaszuk, ha már nem tudják a családi körben eltölteni az ünnepet. Télapókor csoki mikulást, karácsonyeste mézeskalácsot rakunk a tálalásra, és ilyenkor a menü is ünnepi.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

Főbb témák:

- Tudásalapú társadalom és az egészségügy
- A gyógyítás művészete a művészetekben
- Korrupció az egészségügyben Európa szerte
- A régiók gazdálkodási problémái az egészségügyben
- Szakmapolitikai blokk kormányzati képviselőkkel
- A magyar költségvetési gazdálkodás és az egészségügyi gazdálkodás az elmúlt 15 év ÁSZ vizsgálatainak tapasztalatai alapján

Tudományos programot
EGVE Budapesti Iroda
1204 Budapest, Kovas u. 1.
Telefon/fax: 1/284-7668
E-mail: egve@mail.datanet.hu

Konferencia szervező:
Mádai és Társai Kft.
1125 Budapest, Fogaskerekű u. 4-6.
Telefon: 1/358-0682, fax: 1/355-1696
E-mail: eunapok@eunapok.hu

Szeged, Hungar Expo és Konferencia Központ

2006
JÚNIUS 21-23.

XIII. MAGYARORSZÁGI
Egészségügyi
Napok

www.eunapok.hu

Fejlesztések a fennmaradásért

Ebben az évben az utolsó intézmény bemutató látogatásunk a dél-pesti Jahn Ferenc kórházba vezetett.

H *A huszonöt éve létrehozott dél-pesti intézmény még nem rendelkezik komoly múlttal.*

– Közismert, hogy 1890 és 1900 között számos kórházat alapítottak hazánkban, mivel 1886-ban a magyar Országgyűlés különlegesen magas adókedvezményt biztosított kórházépítésre. Ezek az intézmények messze meghaladták a kor európai színvonalát, és még ma is gyógyító munkát folytatnak. Az 1980-ban épített Jahn Ferenc kórház 1981-ben már teljeskörűen működött. Patinás előddel nem büszkélkedhet, helyét még az 1950-es években is egy elmocsarasodott tó foglalta el, emiatt aztán nehéznek bizonyult az épület alapozása. Az egykori Erzsébetfalva és Gödöllő területén korábban azért nem épült egészségügyi intézmény, mert ezek a területek a Grassalkovich család tulajdonában voltak, ők azonban az 1870-es évekre kihaltak. Ezt követően a földterületek olyan emberek kezelésébe kerültek, akik két évtized elteltével sem érezték sajátjuknak, így a kórházépítést sem tartották fontosnak. Egészen az 1970-es évekig kellett arra várni, hogy az említett két városrészen kórházak épüljenek. A dél-pesti intézményünk 1985-ben pszichiátriai tömbbel bővült.

H *Mekkora az ellátási területe évente a Jahn Ferenc kórháznak?*

– Déli irányban Kecskemétig nincs másik fekvőbeteg-ellátó intézmény, ezért nem csak a főváros környező részét, hanem a Pest megye déli területein élőket is mi látjuk el, Dabas határáig, vagyis összesen mintegy 400 ezer fős lakosságot. Amennyiben műszerezettségünk, személyi ellátottságunk és költségvetésünk javulna, akkor a rendelkezésünkre álló 750 aktív ágyon akár félmillió lakosságot is elláthatnánk. 2003-ban a Csepeli Weiss Manfréd és a Jahn Ferenc Kórház egyesítettek; Csepelen folyamatban van a rehabilitációs-krónikus centrum kialakítása. Az ágyszámunk ennek függvényében módosult: 800-ról indultunk, azután 1100 lett, jelenleg 1360 körüli, és maximum 70 krónikus ágygal még tovább bővíthet. Intézményünk összesen három telephellyel rendelkezik (a csepeli mellett egy másik krónikus osztályt is működtetünk), valamint a XX. és a XXIII. kerületben egy-egy szakorvosi rendelőnk működik.

H *Hogyan alakítható a negyedszázados infrastruktúra a mai kor elvárásaihoz?*

– Munkánkat jelentősen megnehezíti, hogy 1980-ban az intézményt még csak nem is az akkori körülményeknek, hanem inkább az 1950-es évek színvonalának megfelelően tervezték. Például a műszaki osztálynak nem terveztek külön helyiséget (ugyanis az volt az elképzelés, hogy a főváros közösen látja el valamennyi intézményét), és igaz mindez az ellátásra is: nem alakítottak ki anyaggyártó osztályt, raktárainkat például a közműalagútban helyeztük el. Kezdetben hatágyas – valamint ápolási egységeként egy-egy kétágyas – kórtermekkel rendelkezünk, fürdőszoba azonban nem volt bennük. A felújításokhoz forrást kellett teremteni, ezek

egy részét még most is fizetjük. A tulajdonos segítségével, két lépcsőben sikerült elérnünk, hogy a kórtermek 80%-a már komfortosított. A fejlesztés harmadik lépése – egy teljes szint és a pszichiátria felújítása – azonban még hátra van. A hatágyas termek – a vizesblokkok kialakítása következtében – ötágyasra csökkentek. Mindezek mellett az intézmény főépülete úgy helyezkedik el, hogy északról folyamatosan erős szélnek van kitéve, ráadásul az U-alakú építmény még fel is erősíti a szel, és az ablakokon, a legkisebb nyíláson is, hallhatóan befúj a szél. Ezért több részletben megkezdjük a nyílászárók cseréjét is. A teljes munka 300 millióba kerülne, a tulajdonos viszont egyelőre 50 milliót tudott e célra biztosítani, amelyből elkezdhetjük a munkákat. Az energetikai rendszert saját erőből kellett korszerűsíteni; a kazánok még nyáron is működtek, a szakemberek nem merték kikapcsolni, mert félték, hogy nem tudják majd azokat újraindítani. Az informatikai rendszer és a telefonközpont cseréjét szintén saját erőből oldjuk meg. Ez utóbbihoz már nem gyártanak pótalkatrészt, és tudjuk, hogy ami elavult, az rendszerint sokba is kerül. Az infrastruktúránk korszerűsítése tehát rendkívüli összegekbe került és kerül. Ennél többet csak a csepeli telephelyre költünk, hiszen az tragikus állapotban van. Mindezek komoly megterhelést jelentenek intézményünk számára.

Gerő Gábor 1947-ben született. 1971-ben szerez diplomát a SOTE Általános Orvosi Karán, 1975-ben kórbonctan és kórszövettan szakvizsgát tesz. 1971-ben a Semmelweis (Rókus) Kórházban helyezkedik el, 1988-tól a Pest Megyei Tanács VB. Egészségügyi és Szociális Osztály osztályvezető-helyettese. 1989-től a Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház-Rendelőintézetbe kerül, ahol 1994-ben osztályvezető főorvossá, 1998-ban orvos-igazgatóvá nevezik ki. 2000-ben egészségügyi menedzser diplomát szerez. 2002-től a Fővárosi Önkormányzat Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház főigazgatója. Számos társadalmi és szakmai szervezet tagja, 1994-1998 között fővárosi képviselőként az Egészségügyi és Sportbizottság elnöke. 1969-ben Erdemes Munkáért (Vöröskereszt) kitüntetésben, 1977-ben miniszteri dícséretben részesül.



Dr. Gerő Gábor

H *Hogyan alakult a betegforgalmuk az utóbbi években?*



– A tavaly év végén befejeződött komfortosítás után érezhetően több beteg kereste fel az intézményt. Amikor 2002-ben ide kerültem, örültem, ha 2200-2400 páciens érkezett hozzánk havonta, most pedig a legrosszabb hónapban is 2800 elbocsátott fekvőbetegünk volt, de hat olyan hónapunk is akadt, amikor háromezer feletti pácienszt kezeltünk. A járóbeteg-szakellátás forgalma is emelkedett, hiszen az évi harmincezer helyett már mintegy 40 ezer pácienszt látunk el. Mindez rendkívül feszült munkát igényel munkatársainktól és a technikától egyaránt. Nem tudunk megállni, állandóan újítanunk kell. Nincs elegendő idő begyakorlatni az új eljárásokat, hiszen állandó fejlesztési kényszerben vagyunk. 2002-ben fedett mentőbeállót alakítottunk ki, de még számos tennivalónk lesz: meg kell oldanunk a váróterem fűtését, hiszen a betegek ott „találkoznak” először a kórházzal, és egyáltalán nem mindegy, hogy ez alkalommal milyen benyomást szereznek. Az intézmény egyébként jó helyen fekszik, közélünkben nincsenek konkurensek, és időközben sokat javult – az M5-ös és M0-ás autópályák továbbépítésével – vidékről való megközelítésünk is.

H Milyen eredményeket emelne ki a délpesti intézmény szakmai munkájából?

– Sokszakmász kórház vagyunk, igyekszünk pótolni a terület lakosságának ellátásában mutatkozó elmaradásokat. A Jahn Ferenc kórháznak hagyományosan két húzóosztálya a neurológia és az urológia. Több kényszerű főorvosváltás ellenére a magas szakmai színvonal a mai napig is folyamatosan biztosított. Az utóbbi két-három évben a már említett szakterületekhez kezd felzárkózni a fül-orr-gégészet és a szemészet. A nőgyógyászat egyenletes színvonalon működik, a sebészet pedig annak idején gyengébben indult, és nehéz behoznia a lemaradást – még mindig sok kihasználatlan kapacitással rendelkezik. A belgyógyászati szakmák területén a szakmai fejlesztés jelenleg is tart: az egyik osztály műszerei korszerűsítése után kardiológiai jelleget kap. A szakmai fejlődés záloga lehet, ha jól együttműködő vezetői csapatot sikerül létrehozni. A legtöbb osztályunk – négy kivételtől eltekintve – akkreditált, rezidensképzést végzünk, tudományos továbbképző rendezvényeinket 8-12-es pontszámokkal fogadta be az egyetem. Ezek biztató jelek, és arra mutatnak, hogy elismerik az intézményben folyó munkát. A neurogenetika terén kapcsolatban vagyunk az egyik legnagyobb európai centrummal, és más

szakmai területeken is együttműködésre törekszünk. A fül-orr-gégészet terén kialakult nemzetközi kapcsolatunkat is bővíteni szeretnénk. Remélem, az európai uniós pályázatok a központi régió számára is elérhetőek lesznek. Jelenleg két osztályvezető főorvosunk dolgozik fél, illetve egy évig angol kórházban – az egyiket a sürgősségi osztály kialakításával bízták meg, a másik kolléga pedig Európa legnagyobb nephrológiai centrumában szövettani diagnosztikát végez. A felsoroltak is jelzik, hogy kórházunk komoly szellemi kapacitással rendelkezik.

H Mit gondol a jelenlegi kórház-finanszírozási rendszerről?

– Véleményem szerint az egészségügy szereplőinek minél hamarabb le kellene ülnie a finanszírozás jelenlegi rendszerének megvitatására. 1991-93 között szakértőként voltam jelen az Országos Érdekegyeztető Tanácsban, amikor a HBCS- és a német pontrendszer elfogadásra került. Észrevételeinket sajnos akkor sem vették figyelembe, azóta pedig, úgy gondolom, tovább rontottak a rendszeren, és ez már a betegellátásban is megmutatkozik. Az a pénzforrás, amelyet a lakosság járulékként fizet, egyrészt nem jut el az egészségügyi ellátás megfelelő szintjére, másrészt a rendszerbe történő rossz beavatkozások következtében elégtelen hatékonysággal használható fel.

H Ön szerint hogyan állná az összehasonlítást a Jahn Ferenc kórház egy korszerű európai fekvőbeteg-ellátó intézménnyel?

– Tavaly nálunk járt a kínai pénzügyminisztérium egészségügyi rendszerekkel foglalkozó főosztályvezető asszonya, és meglepődve látta, hogy egy ekkora kórház nem rendelkezik sem CT-, sem pedig MR-készülékkel. Kiváló párhuzamba állítható intézményünkkel a 2000-ben, Párizsban átadott Európén Georges Pompidou Kórház (HEGP). Nekünk 745 aktív ágyunk van, nekik 750, és még 60 krónikus ágygal rendelkeznek. Félmillió lakost látnak el, két CT-, egy MR- és egy SPECT-készülékkel rendelkeznek, minden kórtermük egyágyas, fürdőszobás, és átszámítva 57 milliárd forint az éves költségvetésük. Az első teljes évükben már 38 ezer fekvő és 56 ezer járó beteget láttak el. Szemben a mi 1600-as létszámunkkal a párizsi kórházban 2500-an – amelyből 800-an orvosként! – dolgoznak. A Pompidou aktív osztályain az átlag ápolási idő négy nap, míg nálunk 6,2-7,5 nap között ingadozik, bár hozzáteszem, egyes osztályok nálunk is el-

érik ezt az értéket, például urológiánkon 4, a szülészet-nőgyógyászatunkon és a szemészetünkön 2-2,2 napos ápolási időt regisztráltunk. Ha nem is 57 milliárd forint, de a jelenlegi évi 7-7,5 milliárd helyett 14 milliárd forint jutna működési költségeinkre, abból már megteremthetnénk a francia kórházhoz hasonló körülményeket, és elegendő orvos, nővér, egyéb személyzet állna rendelkezésünkre. A nővérhiányt ugyan sikerült öt százalékkal csökkentenünk, viszont komoly és tartós orvoshiány mutatkozik, különösen azokon az osztályainkon, amelyeken városszéli kórházként kicsi a szakmai vonzerőnk. Ezért is szorgalmazom a fejlesztéseket, mert ha meglesz a CT-vel kiegészített korszerű röntgen-diagnosztika, intervencióval, illetve egy haemodinamikai labor, akkor mindez bizonyára több fiatal szakembernek jelent majd kihívást.

H Milyen pénzügyi-gazdasági helyzetben van jelenleg a kórház, és milyen középtávú tervekkkel számol?

– Elavult informatikai rendszerünket – mely korábban rendszeresen feszültségek forrása volt – másfél évvel ezelőtt fejlesztettük. Ezt a gazdálkodás zárt rendszerének kialakítása követi majd. Biztos vagyok benne, hogy minden beruházás meg fog térülni, azonban még azt az időszakot is túl kell élnünk, amíg meghozza a hasznát. A dolgozók, amikor a betegellátásról van szó, messzemenően példás hozzáállást tanúsítanak, nagyon sok keservet – beleértve a csepeli egyesítés során a méltánytalan támadásokat is – elviselnek. Ehhez talán az is hozzájárul, hogy a menedzsment nem csak a jó eredményeket, de a gondokat is nyíltan elmondja, és indokoljuk, hogy az egyes intézkedéseket miért szükséges meghozni – még akkor is, ha ez rövid távon számos nehézséget okoz. A kórházvezetés számon tartja és reménykedik abban, hogy két-három éven belül belső adósságainkat törleszteni tudjuk munkatársaink felé. A kórház likviditását ugyanis kizárólag a belső adósság folyamatos növelésével lehetett biztosítani, mert a tulajdonos ragaszkodott a konszolidációs kölcsön visszafizetéséhez. Bízom benne, hogy a Jahn Ferenc kórház újabb két esztendő elteltével már tartósan pozitív szaldós lesz, és a fejlesztések meghozzák szakmai és gazdasági eredményeiket is.

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő

Ön választott már?



Az egyetlen, kórházi működést teljeskörűen lefedő, homogén egészségügyi rendszer.

GLOBENET®

A megbízható betegellátás, a hatékony gazdálkodás és menedzsment szolgálatára.
30 referenciainstítmény – több mint 25.000 elégedett felhasználó.



SZÁMÍTÁSTECHNIKAI
FEJLESZTŐ ÉS KERESKEDELMI Rt.
1062 Bp. VI. ker. Andrássy út 98. I. em.
Tel.: 06-1-269-2324, 354-1000 Fax: 06-1-269-1519
web: www.globenet.hu, e-mail: info@globenet.hu

GLOBENET®

MedWorkS®

Powered By

ORACLE



Tradíció és megújulás

www.teva.hu



A kor követelményeinek és a felhasználó igényeinek figyelembevételével a TEVA megújult formában kínálja zsákos infúzióit partnerei számára. Gödöllői gyártószalonunk termékei kiváló minőségű alapanyagokból a legkorszerűbb technológiával készülnek. Infúzióink széles térfogatválasztékban, üveges és zsákos kiszerelésben egyaránt elérhetők, ezért azok rugalmasan, a legkülönbözőbb felhasználási területeken egyaránt jól alkalmazhatók.

Forgalmazza: Humantrade Kft.
2100 Gödöllő, Repülőtéri út 5.

TEVA
Magyarország