

Közbeszerzés: az egészségügy speciális terület

BENE ZSOLT

A közbeszerzéseknél az utóbbi időben nagy változások történtek, és a jövőben is ez várható – ez pedig közvetlen módon érinti a kórházakat.

Az egészségügy mindig is speciális terület volt a közbeszerzés világában.

Dr. Tátrai Tünde egyetemi adjunktus, a Corvinus Egyetem oktatója szerint ezt az is igazolja, hogy régóta létezik kormányrendeletünk az egészségügyi beszerzésekről.

– Az egészségügy talán még mindig „szürke zónának” tűnik a közbeszerzési szakértők szemében.

– Igen, hiszen amikor az ember egy műszaki leírást olvas, akkor például egy út aszfaltozását pontosan el tudja képzelni, de egészen más a helyzet, amikor tükről, fecskendőkről, katéterekről hall. Egyre több egészségügyi szakember kezd el egészségügyi közbeszerzéssel foglalkozni, és ez – ha fogalmazhatok így – „egészséges”. Ehhez a munkához elsősorban egészségüghöz értő kollégára van szükség, és természetesen olyan szakember is kell, aki az eljárásrendet ismeri és adminisztrálja. Azonban a lelke egy egészségügyi közbeszerzésnek is – a feladatleírásban, műszaki tartalommal és a szerződésben van. Ilyen szempontból tehát ez különleges szakterület, ahol felértékelődik a szakma szerepe és súlya, akár a bírálóbizottság munkájában, akár a szakértők fontosságában. Úgy gondolom, hogy az egészségügynek a közbeszerzés a „beszerzésközelibb” része, nem csak a szakirodalom alapján, hanem egyébként is.

– Mikortól rendelkezik jogszabály a közbeszerzésről Magyarországon?

– A korábbi közbeszerzési törvényünk 2004-től lépett hatályba, de valójában már a 90-es évek közepétől létezik közbeszerzési szabályozásunk – hogyha szigorúan csak a közelmúlt előírásait tekintjük. Érzékelhető, hogy ez a szabályozás egyre szigorúbb lett. Most azonban egészen új szelek fújnak. A változás tulaj-

donképpen három éves időszakra nyúlik vissza, amikor is a közbeszerzést elkezdük a válság megoldására „felhasználni”. Ebben az egészségügyi közbeszerzések bizonyos szempontból az élen járnak, mert hiszen hol lehet spórolni, ha nem a jól definiálható árubeszerzéseken? Arról nem is szólva, hogy az egészségügyi közbeszerzések viszonylag könnyen ellenőrizhetőek. Az a generális cél, hogy a válság megoldására használjuk és fogjuk vissza a beszerzéseket, az egészségügyben könnyen elérhető.

– Milyennek ítéli meg e tevékenység legújabb szabályozását?

– Az új közbeszerzési törvény számos szempontból liberalizáltabb, mint elődje. Bizonyos szempontból a kórházaknak, egészségügyi intézményeknek általánosan előnyösebb is ez a szabályozás: kevesebb az adminisztráció, tipikusan 25 millió forint alattiak az árubeszerzések, s talán egy picit tisztul az alvállalkozói alkalmasság kérdésköre is. Egyébként mindig izgalmas kérdés, hogy ki kit von be alvállalkozónak. Ugyanakkor, ha megnézzük a kormányrendeleti szabályozást, azt látjuk, hogy áttörés történt. A rabattot nem titkoljuk többé, nem teszünk úgy, mintha nem létezne. Jelenleg egy nagyon erős, sokkal szókimondóbb eljárással rendelkezünk, a speciális szabályozás olyan irányba indult el – egyelőre még csak az OEP részéről –, amely idáig nem létezett. Egy nagyon sok csáppal rendelkező polipot kell elképzelnünk, amelynek a feje jelenti a közbeszerzési törvényt, ahol a valóban előnyös változások történtek. Viszont a hozzá kapcsolódó új szabályok egy része eleve ellenőrizi az ajánlatkérőket, mert nem szeretné, hogy többet költsenek. A másik része – az OEP-es beszerzési irány – liberalizál, áttekinthetőbbé teszi a dolgokat, hiszen az egy régebben működő rendszer, viszonylag állandó szakembergárdával, ez pedig fontos a közbeszerzésben is. Új irány ellenben a GYEMSZI-s központosítás, amely még teljesen kialakulatlan. Természetesen minden központosítás kialakulatlan az elején – inkább az a probléma, hogy átgondolatlan. Ezért nem az a kérdés itthon, hogy a közbeszerzés összességében szük-

séges-e, rossz-e és miként lehetne jobb, hanem hogy kifejezetten az egészségügyben létezik-e közbeszerzési filozófia vagy stratégia – merthogy ezt lehet külön kezelni.

– Említene nemzetközi példát, jó megoldásokkal?

– A legjobb példa erre az egészségügyből – a nemzetközi konferenciákon is ezzel találkozom a leggyakrabban – az NHS. A britek nagy központosítási törekvése – mint ismert – nagy múltra tekint vissza. Használják a keretmegoldásos modellt, nemcsak a nagyoknak kedveznek, és töreksenek a rugalmasságra. Mindenki ugyanazokat az EU-s irányelveket próbálja valahogyan adaptálni. Ezért jót tenne az egészségügynek, ha többet tudnánk az európai modellekről, és segítenénk a jogalkotónak, mert az képtelenség – ahogy most a központosításra vonatkozó új kormányrendeletben látom –, hogy hirtelen orvostechikai eszközökre is közbeszerzést szeretnénk.

– Hogyan érdemes elkezdni egy közbeszerzést?

– A központosítás során két alapkérdés van, amelyre mindig választ kell adni: a mit és a hogyan. Pontosan tudnunk kell, hogy mit szeretnénk – mert az, hogy milyen orvostechikai eszközökről van szó, bizony nem mindegy, hiszen EKG és EKG közt is óriási lehet a különbség. Ezért fontos, hogy előre pontosan meghatározzuk, hogy mi az, ami elfogadható számunkra. Ha nem határozzuk meg a minimumokat, akkor nem tudjuk, hogy mit kívánunk vásárolni. A hogyan kérdés pedig azért nagyon veszélyes, mert a központosított rendszerek manapság Európa-szerte és a világban is erősen támogatottak informatikailag. A dolgot afféle webáruházhoz hasonlóan kell elképzelnünk, amelyet egy központi szervezet tölt fel „közbeszerzett” cikkekkel, amelyeket elhelyez a honlapján. Innen lehet őket közvetlenül megrendelni, e választék alapján lehet a szerződéses partnereket újversenyeztetni. Ezek nem bonyolult modellek, a világon mindenhol így van! Ugyanezt láttam az USA-ban, az Európai Unióban és ugyanez működik

Ausztráliában is – természetesen kisebb különbségekkel, intézménybeli sajátosságokkal. Tehát van logikája az egészségügyi közbeszerzések központosításának. Itt – különösen akkor, ha gyógyszerről beszélünk – már egy kis- és középvállalkozás támogatásról is eleve másképp kell beszélni. Mert amikor az egészségügyi intézmények mindennapi szolgáltatásairól esik szó, ott jelen vannak a helyi vállalkozások is, amelyek igénylik, hogy segítsük őket. A generális nagy beszerzések alkalmával viszont – egy vakcina, vagy bármilyen más, nagy tömegben szükséges cikk beszerzése esetében – lehet központosítani. A jelenlegi rendszerben a „szétterülő” megoldás létezik, ahol a vakcinák beszerzésének egy részét például még az OTH végzi.

– Mi várható a közeli jövőben a közbeszerzésben?

– A központosítás hosszú ideig lesz előkészítő szakaszban, aminek az lesz az eredménye, hogy a kórházaknak is hosszabb ideig lesz szabadságuk, mert egész egyszerűen néhány hónap alatt nem lehet felállítani egy ilyen rendszert. Eljárásokat kell indítani, jogorvoslatokat kell lezárni, márpedig – mint tudjuk –, az egészségügyben erős a jogorvoslati hajlandóság, különösen a nagy cégek esetében. Vagyis ha „mogulok játszanak egymással”, akkor nagyobb a jogorvoslati kockázat, ergo sokkal jobban fel kell készíteni a munkára egy központosított szervezetet. Ez a „sokszápu” modell az egészségügy szempontjából olyan átalakulás alatt van, amely mögül egyedül az hiányzik, hogy megmondjuk, miként képzeljük el ezt. A GYEMSZI-s irányú megoldása még kérdéses, várunk egy új kormányrendeletre. Az OEP saját kormányrendelete elkészült, a munkába az egészségbiztosító szakembereit is bevonták, hozzátették továbbá a szükséges tudást – minták tehát már vannak. Ami azonban nem egészségügy-specifikus, mégis akadályozza a piac működését (és ezért küszködnek az egészségügyi közbeszerzők), az a gazdasági válság. A válság miatt például a Nemzeti Fejlesztési Minisztérium ellenőrzi a beszerzéseket, és azok egy részét vissza is fogja. Veszélyes lehet egy állami tulajdonú kórház számára, ha beszerzéseit folyamatosan megpróbálják akadályozni, s közben új központosított rendszereket hoznak létre – ez a kórház előbb-utóbb hibázni fog, mert egyszerűen nem tudja, mit kell tennie.

– Említene erre egy példát?

– Az állami tulajdonú kórházak vezetői kaptak egy levelet, melyben az állt, hogy a büntetés-végrehajtási intézeteknek ellá-



Dr. Tátrai Tünde

PÁLYAKÉP

Dr. Tátrai Tünde közgazdász, jogász, a Budapesti Corvinus Egyetem Logisztika és Ellátási Lánc Tanszékén egyetemi adjunktus. PhD-t 2006-ban szerzett, dolgozatának címe: A közbeszerzés mint speciális beszerzési tevékenység és fejlődési lehetőségei Magyarországon. Beszerzést, vállalatgazdaságtant, ellátási lánc menedzsmentet, informatikai jogot, közbeszerzést oktat. A BCE közbeszerzési referens képzésének szakmai vezetője. Kutatási területe a beszerzéshez, közbeszerzéshez kötődik. Számos beszerzési és közbeszerzési témájú hazai és nemzetközi kutatás résztvevője, szakkikk szerzője. Tagja az MTA Logisztikai Bizottságának.

tási kötelezettsége van, ezért elsősorban tőlük kell vásárolni. Nagyon sokféle cél található a közbeszerzésben: a kis- és középvállalkozások és a Büntetés-végrehajtási Intézetben dolgozó rabok foglalkoztatása, általános foglalkoztatási szempontok, és természetesen a közpénzköltés hatékonyabbá tétele. Az egyébként is küszködő kórházak hosszú távú kapcsolatokkal rendelkeznek, helyi vállalkozókat foglalkoztatnak, és ha bedobunk egy ilyen „követ” a rendszerbe, az annyira felkavarja a mindennapi működést, hogy az addig meglévő kevés biztos pont is eltűnik. Hozzá kell tennem, az egészségügyi beszerzések esetében az a tapasztalatom, hogy a kollégák felkészültek. Nem szeretném azt állítani, hogy erős a „sumákolási” tényező, inkább azt mondom, hogy létezik olyan kreativitás, amely csak akkor tud kialakulni, ha nagyon nagy a szükség. Ez a kreativitás

úgy működik, hogy amikor megvannak a szerződéseik, akkor már foglalkoznak opcionális mennyiségekkel is, és eleve beépítenek számos olyan kiutat, amelyek segítségükre lehetnek, ha baj van. A kreativitás ott is tetten érhető, ahol sajnos a jelenlegi válsághelyzet visszatartó tényezőként hat. Erre is hadd mondjak egy példát. Van egy kórházunk, amely ortopéd-szolgáltatást szeretett volna kiszervezni, ám a Nemzeti Fejlesztési Minisztérium ezt nem engedte meg olyan hosszú távra, mint ahogyan azt a kórház tervezte. A kórház emiatt kénytelen volt alkalmazottakat elbocsátani. Ez azért rossz irány, mert lehetővé teszi ugyan a takarékoskodást, ám ha nem gondolkodunk hosszú távon – nem szervezünk ki tevékenységeket, a kórház nem próbál meg így racionalizálni –, akkor pontosan az történik, amit szívesen elkerültek volna azok, akik valamelyest kreatívabb

beszerzési megoldást találtak ki. Mert hiszen arra biztattak, hogy szerezzük be azt a szolgáltatót, amely az adott tevékenységet olcsóbban elvégzi nekünk, és ahová ki tudjuk szervezni a saját munkaerőnket, hogy ne kelljen „leépíteni”. Nem mindegy tehát, hogy hol húzzuk meg a közbeszerzés határait.

– Miért okoz problémát, ha a kórházaknak a fogvatartottak által készített termékeket kell vásárolniuk?

– Önmagában nem az a baj, hogy tőlük kell rendelni. Csakhogy bekerült a szabályozásba egy félreértés, ami miatt úgy tűnhet, hogy a közösségi értékhatár felett is a börtönökből kellene rendelni – de ez irányelvellenes. Ezért ha a kórházak így tesznek, törvényt sértenek. A nemzeti értékhatár fölött és a közösségi alatt a megrendelő valóban élhet ezzel, azonban kormányrendeleti szinten nem mondhatjuk azt a kórháznak, hogy holnaptól nagy értékű közbeszerzéseit is – amennyiben azt a börtön képes szolgáltatni – ez utóbbitól kell megvennie. Megoldás lehetne, ha helyettük a BV-intézet szerez be, de valóban követendő irány, ha teljes mértékben kiszervezzük a kórház saját beszerzését? Leginkább arra hívnám fel a figyelmet, hogy mindig elővigyázatosan kezeljük az új modelleket, mert lehet, hogy ez a kidolgozatlan magának az ajánlatkérőnek is kockázatot jelent.

– Milyen negatív tapasztalatai vannak még a hazai egészségügyi közbeszerzésekkel kapcsolatban?

– Ahelyett, hogy jogi kérdésekről beszélgetnénk, intézményrendszeri és válságjelenségekkel foglalkozunk. Az egészségügyi közbeszerzések a legkevésbé arról szólnak, hogy az ajánlattevő időben behozta-e az ajánlatát és volt-e munkaügyi bírsága, mert az egészségügyi közbeszerzésben dolgozók ezt pontosan tudják. Ugyanakkor nehéz elviselniük a jelentős jogszabályváltozásokat és az állandó bizonytalanságot. Azon kötelezettségek, ellenőrzési folyamatok, melyek rájuk hárulnak, jelentősen megnövelik adminisztrációjukat. Miután az egészségügyben – ahogy már korábban említettem – az ellenőrzés nem ütközik komoly nehézségekbe, ez nagymértékben visszafogja az egészségügyi intézmények teljesítményét. Jómagam úgy látom, hogy a hazai közbeszerzési piac lemaradt az érdekérvényesítésben, nem alakultak ki azok az érdekvédelmi irányok – kifejezetten ágazati szinten –, amelyek máshol, mondjuk Nyugat-Európában kialakultak. Az egészségügyi közbeszerzése annyiban az informati-

kai közbeszerzéshez hasonlítható, hogy a világ minden pénzét el lehetne költeni rá. Amikor egy kórházi vezető orvosszakmai okok miatt a csúcsmínőséget igényli, néhez beszerzőként bátran kijelenteni, hogy ez túlzás – de valakinek ki kell mondania. Közismert, hogy egy rendkívül szegény rendszer képes sokat pazarolni. Az elmúlt évek tapasztalata alapján úgy látom, hogy az egészségügyben elképesztő súlya van a szakmának. Ám amikor a szakma döntést hoz, akkor figyelembe kell vennie a saját korlátait, melyek között bizony ott vannak a finánciálisak is. Amennyiben létezik egy irányelvi keret, akkor létrejöhetnek a nagy rendszerek. Ez lehet a jó irány. A nagy rendszerekben, központosított közbeszerzések keretében lehet összefogni az igényeket – orvosi kesztyűkét, műtéti kötszerekét és hasonlókét –, majd egységes tenderek alapján lehet beszerezni ezeket. A gyógyszerbeszerzések is központosíthatók, de tudjuk, hogy rengeteg olyan speciális, eseti jellegű termék kimaradhat, amelyre nagyon ritkán van szükség, és az ilyenekkel mindig külön kell foglalkozni. Ez megint az egészségügy specialitása – el kell fogadni, hogy mindig is nagyobb a kivételi mennyiség, melyet eseti jelleggel szükséges kezelni, ezért a tenderek mellett az egyedi beszerzések állandó jelenléte is fel kell készülni.

– Pozitív példákat is tudna sorolni?

– Az egészségügy vezet a konzorcialis beszerzések világában. Két-három kórház összefog a közös földgázbeszerzésre, képesek vizsgálóbizottsági tagot delegálni, rendelkeznek felelős tanácsadóval, és sikerre viszik a beszerzést. Jól tetten érhető a függetlenség iránti erős igény – azaz, hogy elsősorban a szakmai szempontok érvényesüljenek –, ami miatt bizony a sokkal fejlettebb beszerzési modellek nem képesek érvényre jutni. Idáig mindig azok a kutatási eredmények voltak a legérdekesebbek, amikor azt tapasztaltuk, hogy a közszolgáltatók húzzák a piacot, mert – például az informatikai megoldásaikkal és egyebekkel – ők gyakorolják a legnagyobb modernizációs nyomást a beszerzésre. Amikor a közbeszerzés sokrétű célrendszerét felmérjük, akkor az egészségügyet a maga speciális szabályrendszerével mindig egy kicsit másképpen kell kezelni, mert ez egy különösen emberközpontú terület – az egészségügynek komoly megtartó ereje is van.

– Kifejtené ezt?

– Ez a megtartó erő hasonlítható a felsőoktatási intézményekéhez. A helyi kórház, a helyi vállalkozás, a helyi képzett munka-

erő, a közigazgatással való kapcsolat, a tűzoltóság, a rendőrség, a mentők stb. mind ide tartoznak, tehát egy egészségügyi intézménynek kiterjedt bázisa van. Amikor ezt megbolygatjuk például azzal, hogy „tessék a büntetés-végrehajtási intézettel rendelni!”, kialakult, logikus struktúrákat ingatunk meg. Hiszen helyben történik a szolgáltatás, helyi a kapcsolatrendszer, helyben kell mozgatni az adott terméket, tehát számos olyan szolgáltatási elem van, amelynek nagyon erős munkaerő-megtartó és hatékonyságnövelő hatása is van. Ezért az ad hoc jogalkotás nagyon komoly károkat képes okozni.

– Mit gondol, az egészségügyi ágazat mennyire lesz képes befolyásolni a saját beszerzési szabályozását?

– Nagyon rossz tapasztalataim vannak az építési beruházások világából, ahol néha elképesztő, életszerűtlen szabályok születnek, mert ott az érdekérvényesítő képesség nem olyan erős, mint az egészségügyben. Ráadásul a számos építési vállalkozó közt túl sok az érdekellentét. Persze az egészségügyben is tetten érhető az érdekellentét, ám egészen más a rendszer struktúrája – a kórházvezetők könnyebben és jobban kommunikálnak egymással. Ilyen szempontból nagyon komoly potenciált látok az egészségügyben. Elsősorban az egészségügyön múlik, hogy mennyire képes befolyásolni a saját beszerzési szabályozását. Annyit máris elmondhat magáról, hogy részletes kormány szintű szabályozása van. Hadd idézzek fel erre is egy példát: évekkel ezelőtt, beszerzési szakemberként meglepve tapasztaltam, hogy árubeszerzés esetében nem lehetett tárgyalni. Éppen az egészségügyből indult el a korábbi gyakorlatot megkérdőjelező mozgalom azzal, hogy több beszerzési vezető is arról nyilatkozott: nem szabad, nem lehet tárgyalás nélkül szívbillentyűt felelősséggel beszerezni. A magyar közbeszerzési piac – minden túlzás nélkül – az egészségügyön keresztül tanulta meg, hogy lehetséges olyan helyzet, amikor igenis tárgyalunk az árubeszerzésnél, és hogy tilos leszűkíteni ezeket a modelleket. Mit tesz most Európa? Létrehozza új irányelveit, melyek várhatóan egy éven belül megjelennek, s ezekben azt látjuk, hogy liberalizálódik a tárgyalásos eljárás, mert a döntéshozók rájöttek arra – amit az egészségügy már régen felismert –, hogy vannak olyan speciális termékek, amelyekről igenis érdemes leülni a másik féllel tárgyalni. Tehát ez a lényegi változás is az egészségügyhöz köthető, ez az, ami miatt ezt az ágazatot mindig is speciális szakterületként kell kezelni.

A telemedicina alkalmazási lehetőségei

DR. FICZERE ANDREA

Az egészségügyi intézetek közötti telekommunikációs kapcsolat alapvetően négy folyamatot tesz lehetővé: a diagnosztizálást, a konzultációt, a kezelést/beavatkozást, és az oktatást.

Speciális terület a telesebészet, ami csak az elmúlt években indult fejlődésnek, ugyanakkor komoly jövő előtt áll. Intézetben belül a fentiek mellett a súlyos állapotú, folyamatos felügyeletet igénylő betegek monitorozására is mód van.

Távkonzultáció, diagnosztika

Távkonzultációnak azt a telemedicina-alkalmazást nevezzük, amely lehetővé teszi, hogy az ellátandó páciensről keletkező medikai – elsősorban képi – adatokat, például röntgenfelvételeket, fotókat, MRI- vagy CT-vizsgálatok során előállított képeket az adott szakterület specialistája vizsgálhassa meg, aki földrajzilag nem tartózkodik a helyszínen. Ugyanakkor mód van bármilyen egészségügyi lelet véleményezésére, ha az digitalizált formában van, így szöveges és numerikus adatok, illetve műszerek által előállított görbék is véleményezhetők távoli hozzáféréssel.

Az orvosszakmai területeken alkalmazott digitális technológia és a hozzájuk kapcsolódó modern képalkotó eljárások egyre könnyebben elérhetővé teszik a távkonzultációt, ezért a korábban alkalmazott, alkalmankénti, vagy ad hoc konzultáció helyett egyre inkább egy terület „outsourcingjáról” beszélhetünk, azaz a diagnosztikai tevékenység része vagy egésze egy adott orvosszakmai területen kiszerveződik, így nem igényli a diagnosztikával foglalkozó specialista állandó jelenlétét a helyszínen. A távkonzultáció állandó alkalmazása és a kiszolgáló infrastruktúra lehetőséget ad olyan optimalizált működésre, amely az ellátó intézmény szakmai színvonalát növeli, miközben a kapcsolódó költségeket a lehető legalacsonyabb szinten tartja.

Feltételei: digitális technológia, vagy analóg képalkotó eljárások digitális formátumra történő konverziója.

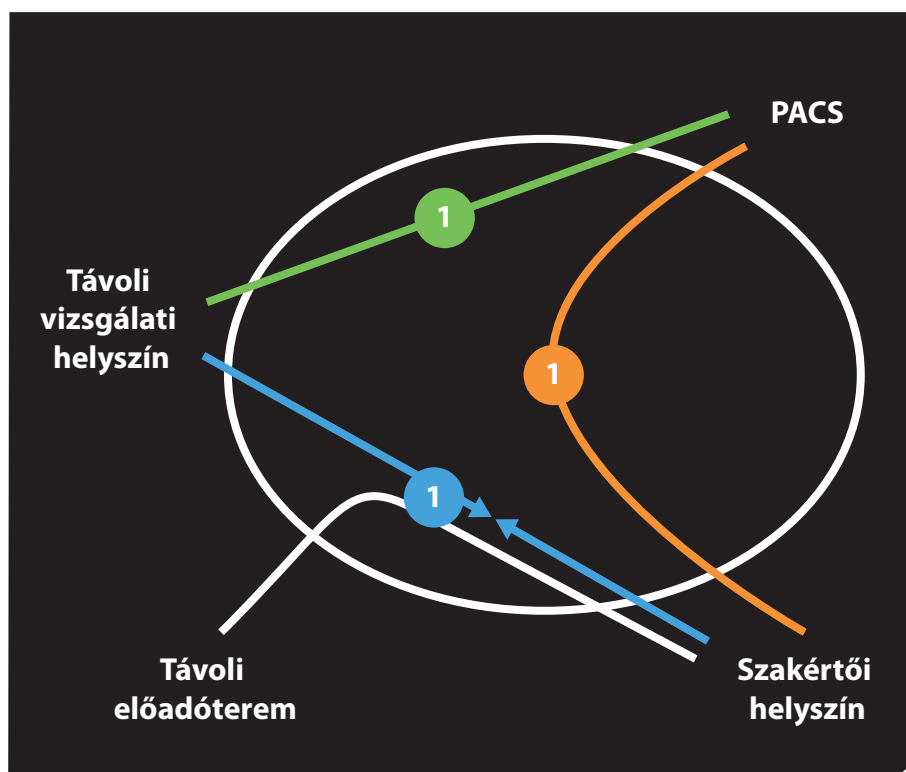
A távkonzultáció, mint kategória további alkategóriákra bontható. Ezek közül a leggyakrabban alkalmazott változatok:

- teleradiológia: radiológiai diagnosztikai berendezésről (CT, MRI vagy ultrahang) származó adatok továbbítására és távoli kiértékelésére kialakított rendszer.
- telepatológia: telemedicina-megoldás hagyományos módon készített, majd digitalizált képek, vagy elektronmikroszkópos patológiai felvételek kiértékelésére.
- teledermatológia: képek továbbítása a bőr állapotáról speciális fényképezőgépek segítségével, jellemzően videokonferenciás kapcsolat útján, amely egyben a két színhely közötti audiovizuális kommunikációt is biztosítja.

További lehetőség pl. a tele-endoszkópia, ahol az endoszkópikus berende-

zésről küldött videofelvételeket továbbítják a telemedicina rendszer távoli felhasználóinak. Ugyanígy működhet a képtovábbítás a szemészetben, a fogászatban, a szájszészetben, illetve számos más orvosszakmai területen is.

A digitális telemedicina-alkalmazások elterjedésében kiemelt szerepe lehet a képi archiváló és kommunikációs technológia, az ún. PACS-rendszerek (Picture Archiving and Communication System) térnyerésének. A DIACOM (digitális képalkotás és kommunikáció orvosi felhasználásra) technológiát alkalmazó PACS-rendszerek lehetővé teszik a CT, az MR, az ultrahang, a PET, az endoszkópos (ENDO), a mammográfiai digitális radiográfia, és a digitális szemvizsgáló készülékek által előállított képi anyagok tárolását (álló- és mozgóképeket egyaránt), továbbá a hozzájuk távolról való hozzáférést. A telemedicina-infrastruktúra felhasználói így a nélkül jutnak hozzá egy központi szerveren tárolt, rendszerezett diagnosztikai információhoz, hogy az ezt előállító eszkö-



Integrált távoktatás, a telemedicina-környezet folyamatába beágyazott megoldásként

zökkel, vagy a kapcsolódó modulokkal közvetlen kapcsolatot kellene kiépíteni. Noha a PACS-rendszerek nem kizárólag telemedicina-rendszerek kiszolgálására jöttek létre, adottságaiknál fogva jelentősen hozzájárulnak a távkonzultáció módszertanának egységesítéséhez.

Távsebészet

Távsebészeti beavatkozásnak tekintjük a telemedicina-módszert, ha a műtétet végző sebész fizikailag nem tartózkodik a helyszínen, az operációt távolból működtetett műszerek segítségével végzi. A telemedicina e válfaja megkívánja a legmodernebb műszaki komponensek meglétét, beleértve a beavatkozáshoz szükséges robotikai eszközöket, valamint a közel-valósídejű interakciót lehetővé tevő szélessávú audiovizuális kapcsolatot. Mivel a távsebészeti beavatkozásnál azonnali visszajelzés szükséges a két kapcsolódó helyszín között, ez a telemedicina-módszer felvet olyan problémákat, amelyek más telemedicina szolgáltatások esetében nem merülnek fel:

- késleltetés: az informatikában „lag”-nek nevezett jelenség még a legfejlettebb kommunikációs protokollok és a legnagyobb adatátviteli sebesség mellett is észlelhető. Lényege, hogy a kommunikációs csatorna által továbbított információnak olyan sebességgel kell kiszolgáltatni a fogadó felet, hogy a válaszreakció mindig az aktuális állapotra érkezhesen. Ennek hiányában a fogadó fél által indított reakció hiányos adatokon alapul, így elképzelhető, hogy a kiváltott válasz „elkésik” az aktuális állapothoz képest, aminek egy sebészeti beavatkozás esetében végzetes következményei is lehetnek.
- fizikai visszahatás: a távsebészeti beavatkozás esetében a műtétet végző fél nem érzékeli azt a megszokott ellenállást a műszer mozgatása közben, amit egy hagyományos műtét esetén, így a sebésznek e fontos információforrásnak a kiesésével is számolnia kell. A legmodernebb távsebészeti műszerek már képesek kompenzálni ezt a jelenséget, jellemzően beépített szervomotorok működtetésével szimulálva az erőhatásokat.
- háromdimenziós kép: a távsebészeti eljárások egyik problematikus területe

a háromdimenziós érzékelés hiánya, amely főleg a „mélységérzet” elvesztésében jelentkezik a műtétet végző orvos oldalán.

A magas műszaki követelmények miatt a távsebészet csak a 2000-es években kezdett elterjedni, elsősorban a laparoszkópiás műtéti technológiák elérhetőségével. Az első dokumentált távsebészeti beavatkozást 2001-ben végezték el. A „Lindbergh-operáció” (1) elnevezéssel illetett beavatkozás során egy New York-ban tartózkodó sebész



Dr. Ficzere Andrea

végzett sikeres laparoszkópiás epehólyagműtétet egy Strasbourg-ban tartózkodó páciensen. A telemedicina ezen ágazatának fejlődését elsősorban a modern hadseregek harctéri sebészeti igényei mozdítják elő, de mintegy „melléktermékként” profitálnak belőle a rossz infrastruktúrával rendelkező térségek is, ahol a nagy távolságok nem teszik lehetővé a páciens megfelelő sebészeti ellátóhelyre szállítását.

Osztályos monitorozás

Az intenzív osztályon a betegek állandó felügyeletet igényelnek. A finanszírozás csökkenésével – ahol lehetőség van erre –, egyre inkább ki kell váltani a szakemberek jelenlétét a távmonitorozás valamilyen formájával. A kritikus állapotú

betegeket őrző monitorok hangjelzés mellett adattovábbításra is alkalmasak, mely módszer révén sokkal gyorsabb és adekvátabb kezelésre van lehetőség. A rögzített és továbbított adatok azonnal eljutnak (sms, e-mail, pager-ök, távoli betegfigyelők aktivációja stb. útján) a nővérekhez/orvosokhoz, illetve beépülnek a beteg kórtörténetébe. A legkorszerűbb műszerek a különböző vitális paraméterek összehangolt elemzésére, ill. automatikus görbeanalízisre is képesek, csökkentve ezáltal a téves riasztás lehetőségét (2). Olyan, orvos által irányított robotok is működnek már, melyek utasításra végigmennek az adott osztályon, és begyűjtik a betegekkel kapcsolatos legfontosabb adatokat.

Távoktatás

A modern telemedicina-infrastruktúra a páciens számára biztosított szolgáltatásokon túl arra is lehetőséget ad, hogy az ezekkel kapcsolatos ismeretanyagot oktatási célokra is elérhetővé tegyék. A távoktatás alkalmazásából nem csak az orvostanhallgatók, rezidens orvosok, ill. a továbbképzés valamilyen formájában résztvevő orvosok profitálhatnak, hanem sok esetben a beteg-educációban is nagyon hasznos lehet. Lehetőség adódik terápiás eljárások távolból való bemutatására, melyre az oktatás helyszínén nem, vagy csak korlátozott mértékben lenne lehetőség. Az aktívan dolgozó, az oktatás helyszínétől messze élő kollégák folyamatos képzésben részesülhetnek anélkül, hogy

utazniuk, vagy munkájukat szüneteltetniük kellene.

A távoktatás egyaránt történhet integráltan, a telemedicina-környezet folyamatába beágyazott megoldásként (1-es ábra), vagy általános üzleti telekommunikációs rendszerek alkalmazásával.

Hivatkozások

1. http://en.wikipedia.org/wiki/Lindbergh_operation
2. Gastón Murias et al.: Telemedicine in Critical Care. Open Respir Med J. 2009; 3: 10–16.
3. Telemedicine News <http://www.news-medical.net/health/Types-of-Telemedicine.aspx>

Biztonság és egyensúly

ZÖLDI PÉTER

Februárban fejeződött be a hajdúszoboszlói Járóbeteg-ellátó Centrum infrastrukturális fejlesztése. A fejlesztés céljairól és a megújuló infrastruktúra lehetőségeiről dr. Varga Tamással, az intézmény igazgató főorvosával beszélgettünk.

– Több évtizedes szülész-nőgyógyász karrier után 2006 decemberében lett igazgató főorvos. Akkor milyen célokat fogalmazott meg?

– Egyértelműen a fejlesztés, a XXI. század színvonalának való megfelelés volt a legfontosabb célom. Ezt hat éves kemény munka eredményeként mostanra sikerült elérnünk. Tisztában voltam vele, hogy kockázatot jelent az ÉAOP 4.1.2./B pályázat keretében megvalósítandó fejlesztés, de bele kellett vágnunk, hogy az intézményt építészeti, műszakilag, informatikájában és szervezetszervezésében a kor elvárásainak megfelelő színvonalra emeljük. Amikor idekerültem, az intézmény gazdálkodási tevékenysége kiegyensúlyozott volt, a műszerpark viszont 27. évét taposta. Olyan gépeink és műszereink voltak, amelyek szervizelése – pótalkatrész híján – óriási nehézségekbe ütközött és nagyon drága volt.

– Milyen volt a szakmai csapat?

– Az orvosi gárda és a szakdolgozók már akkor is közalkalmazottként dolgoztak. A fenntartó önkormányzatnak az volt a hozzáállása, hogy maradjon mindenki közalkalmazott; ezt én nagyon szimpatikusnak találtam, és azóta is ez a helyzet. A felújítás során ennek csak előnyeit láttam: sokkal egyszerűbb volt a költözés megszervezése, a rendelések áthelyezése, könnyen el tudtuk fogadtatni a dolgozókkal a felújítással járó átmeneti kényelmetlenségeket, kellemetlenségeket.

– Hogyan zajlott az épület felújítása?

– L alakú épületünk egyik felét felújítottuk, eközben a másik felében dolgoztunk. Emiatt volt rendelők, ahol egyszerre három olyan szakrendelés folyt, amelyek nem zárják ki egymást és hasonló műszerezettséget igényelnek.



Dr. Varga Tamás

Így tudtuk megoldani, munkatársaim hallatlan nagy türelmével, odaadásával, együttműködésével, és nem utolsósorban a város lakosságának béketűrésével, hogy először az egyik felében, aztán amikor az kész lett, a másik felében a szakrendeléseket úgy tudjuk teljesíteni, hogy forgalmunk a felújítás két éve alatt egyáltalán nem csökkent. Nagy együttműködési készségről tettek tanúbizonyságot a szoboszlóiak, itt ültek a zajban, porban és türelmesen vártak a sorukra, mert tudták: van értelme.

– Mekkora fejlesztés valósult meg?

– A beruházás összértéke 720 millió Ft volt, aminek nagyjából fele az épület felújítására ment el, a másik feléből valósult meg az eszköz- és informatikai beszerzés. A pályázati összeg 10 százalé-

kát még 2008-ban egyhangúan szavazta meg az önkormányzat. Azóta is mind a polgármester, mind a képviselőtestület nagyon pozitívan áll a Járóbeteg-ellátó Centrumhoz. Az önkormányzat a felújítás elindításában és a felújítás alatt felmerülő többletköltségek előteremtésében végig maximálisan segített bennünket. A műszerpark fejlesztése során matuzsálemi korú röntgenkészülékünket direkt digitális felvételező-átvilágító rendszerre cserélhettük, új szülészeti ultrahangot vásárolhattunk, és sok új műszer érkezett a szemészetre és más szakrendelésekre is. Informatikai beruházásunk a szakemberek szerint a legmodernebb technológiát képviseli. Teljes körűen integrált rendszerünkben a Főnix-Pro medikai rendszert kiegészíti a DIVAS PACS-rendszer, valamint az ELO dokumentum-menedzsment rendszer.

– Az informatikai fejlesztések eredményeként információbiztonsági irányítási rendszert is üzembe helyezhettek.

– Az egészségügyi ellátás során hatalmas információmennyiséggel kell dolgoznunk, és nagyon fontos, hogy adataink biztonságban legyenek. Ennek érdekében a felújítás végéhez közeledve bevezettük saját információbiztonsági irányítási rendszerünket, majd auditáltattuk magunkat az ISO/IEC 27001:2006 szabvány követelményei szerint. Emellett éppen várjuk az igazolást az ISO 9001:2006 minőségirányítási rendszernek való megfelelésről is.

– Miért tartja ilyen fontosnak az információbiztonsági szabványnak való megfelelést?

– A betegekről összegyűjtött és tárolt adatoknak maximális biztonságban kell

PÁLYAKÉP

Varga Tamás 1982-ben végzett a DOTE-n általános orvosként. 1986-ban szakvizsgázott szülész-nőgyógyászból, 2011-ben szerzett egészségügyi szakközgazdász diplomát a Debreceni Egyetem egészségügyi menedzserképzőjében. 1982-85 között Sopronban dolgozott, 1985-2006 között a Kenézy Kórház szülész-nőgyógyászati osztályának adjunktusa. 2006 decembere óta a hajdúszoboszlói Járóbeteg-ellátó Centrum igazgató főorvosa. Angolul beszél. Bátyja sebész főorvos Mátészalkán, felesége fül-orr-gégész szakorvos Debrecenben, lánya tavaly végzett a Debreceni Egyetemen, jelenleg a DE OEC Bőrgyógyászati Klinika rezidense. Szabadidejében szívesen fest és edzőterembe jár.

lenniük. A szakrendeléseken ezekhez bármikor hozzá kell férni, viszont a külső támadások ellen a lehető legmagasabb szinten védeni kell az adatokat. A megyében talán csak mi rendelkezünk mindkét tanúsítvánnyal. A minőségirányítási rendszer mellett azért fontos az információbiztonsági szabványnak való megfelelés, mert ha a járóbeteg-ellátás finanszírozásában a biztosító esetleg rangsorolja az ellátókat, akkor a belső versenyben ezekkel a minősítésekkel nagy előnnyel indulhat centrumunk.

– Nagy szolgáltatónak számítanak a megyében?

– Inkább közepes méretűnek. Jelenleg heti 428 szakorvosi óránkat finanszírozzák, emellé az ÉAOP 4.1.2./B pályázat keretében 128 óra többletfinanszírozást kaptunk, amit döntő mértékben hiányszakmák, illetve a hajdúszoboszlói krónikus betegek ellátásában szeretnénk hasznosítani. Például indítunk diabetológiai, kardiológiai, proktológiai és gyermeknevelési szakrendelést, gyermekszemészetet, audiológiát és addiktológiát is.

– Mekkora körzetért felelnek?

– Ellátási körzetünk Hajdúszoboszló és kistérsége: Ebes, Nagyhegyes és Hajdúszovát, összesen 35 ezer fő. De nem szabad megfeledkezni az idegenforgalomról sem. A hajdúszoboszlói gyógyfürdő és a hotelek fejlettsége elért egy olyan szintet, amely mellett egész évben nagyszámú vendég egészségügyi ellátásáról kell gondoskodnunk. Egy-egy jobb nyári napon 25-27 ezer vendég fordul meg a gyógyfürdőben. A kistérségi központi orvosi ügyeletet, ami azóta működik, hogy idekerültem, egyszerre mindig két orvos látja el. Az egyik a hajdúszoboszlói lakosokkal és a nálunk üdülő vendégekkel foglalkozik, a másik pedig a három csatolt községből érkező hívásoknak tesz eleget.

– Mennyire érzik magukénak a szolgáltatói szemléletet?

– Mindent alárendelünk annak, hogy egyrészt a helyi lakosok ne érezzék azt, hogy az itt üdülő és nálunk pénzt hagyó vendégek mellett másodrangú állampolgárok, viszont az is fontos, hogy a fürdővendégek érezzék: bármilyen problémájuk van, a lehetőségekhez képest a legmagasabb szintű egészségügyi ellátásban

részesülnek. Örömmel mondom azt, hogy egy kezemen meg tudom számolni azokat a panaszokat, amelyek az elmúlt hat évben ellátásunkkal kapcsolatban érkeztek.

– Milyen az együttműködés az alig 20 perces autótúra lévő Kenézy Kórházzal?

– 31 éve dolgozom a Kenézy Kórház szülészeten, hiszen még ma is vállalom havonta két-három ügyeletet. A megyei kórház és közöttünk nagyon jó az együttműködés, minden osztályos orvossal jó kapcsolatot ápolunk, ez arra is kiterjed, hogy ha szabadságolás vagy betegség esetén helyettesítésre van szükség, kisegítenek bennünket. Ezt a jó együttműködést szeretném a továbbiakban is fenntartani, egyrészt mert nagyon kellemes emlékek kötnek ahhoz az intézményhez, másrészt éppen az egynapos sebészet kialakításán gondolkodunk, aminek alapfeltétele a jó minőségű anyaintézmény megléte, amely a problémás esetek ellátása kapcsán, a nagyon szigorú ÁNTSZ-előírásoknak megfelelően, szakmailag segít bennünket.

– Visszatérve az informatikai háttérre, milyen hatékonyságnövekedést vár a telepített új technológiától?

– Szakellátási szempontból talán az a legfontosabb, hogy a digitális röntgen és a fejlett PACS-rendszer miatt megnyílik a telemedicina lehetősége. Éppen a napokban írunk alá az Iconomix teleradiológiai

szolgáltatóval egy szerződést, amelynek akkor veszem hasznát, ha radiológusunk átmenetileg akadályoztatva van, szabadságát tölti vagy kampányfeladatokat, például kötelező lakossági tüdőszűrést kell végeznie. A betegellátás szempontjából a teleradiológia óriási előnye, hogy a lelet kevesebb, mint 20 perc alatt érkezik vissza hozzánk. Ráadásul, mivel a szerződésnek nincs alapdíja, ha egy felvételt sem küldünk, akkor nem fizetünk semmit sem. Ám sok esetben megéri kifizetnünk a teleradiológiai díjat, hogy a minőségi lelet 20 percen belül visszakerüljön hozzánk, és a beteg szinte azonnal megkapja azt.

– Milyen kapcsolatot ápolnak az informatikai rendszereket szállító Béker-Softtal?

– A Béker-Soft Informatikával kiépített kapcsolatunk már patinásnak tekinthető. Járóbeteg-ellátó tevékenységünk döntő részét a BSI korábban is lefedte, de az új informatikai rendszer beindításával sokkal átláthatóbbá válik működésünk. Betegellátási, finanszírozási és elszámolási tevékenységünket olyan szinten egyszerűsítik le az új rendszerek, hogy enélkül nem tudnánk hosszú távon hatékonyan és sikeresen működtetni az intézményt.

– Miben mérik a sikert?

– Például abban, hogy a ház gazdálkodása hogyan alakul. A tavalyi önkormányzati átvilágítás gazdálkodásunkat stabilnak, előre tervezhetőnek és átláthatónak minősítette. De abban is mérem a sikert, hogy az egyes szakrendelések humán erőforrása mennyire biztosítható, az ott dolgozók a műszerezettséggel, az informatikai háttérrel, a betegnyilvántartással, az adatok archiválásával mennyire elégedettek. Ez nem csak azt szabja meg, hogy a dolgozók hogyan érzik magukat a munkahelyen, hanem a betegelégedettség szempontjából is óriási jelentősége van.

– Hogyan szemlélik az ellátórendszer várható változásait?

– Szervezeti kultúránk egyik alapja, hogy a közalkalmazotti státusz intézményünkben általános maradjon. A várható tulajdonosváltás újabb kihívásokat teremt, mi pedig, az egészségpolitikai irányvonalat tiszteletben tartva, természetesen megpróbálunk az elvárásoknak majd becsülettel megfelelni.



Az új szerverszoba – mindent tud



Az új épület „arca”

Fejlesztés Kaposváron

Március 9-én ünnepélyes keretek között adták át a Kaposi Mór Oktató Kórház TIOP 2.2.7. projekt finanszírozásában megvalósult fejlesztését. Képriportban foglaltuk össze az eseményt.



Kiságy



Tágas és változatos tér, élénk színekkel



Petykó Zoltán, dr. Molnár Ágnes, dr. Moizs Mariann



A közönség sorai



A betegek fogadása példás környezetben



Gelencsér Attila, Papp Lajos professzor, dr. Molnár Ágnes



Csak az ünnepség idején üres

Tíz éve vártak rá

ZÖLDI PÉTER

Február 17-én ünnepélyes keretek között adták át a kiskunhalasi Semmelweis Kórház megújult Radiológiai Osztályát. A fejlesztésről dr. Romhányi Zoltánnal, a Semmelweis Halasi Kórház Kft. ügyvezető igazgatójával beszélgettünk.

– Hogyan kapcsolódott össze a kiskunhalasi Semmelweis Kórház és az Ön élete?

– A kórház 2004 óta volt a HosplInvest tulajdonában. 2007 tavaszán, a kórházszövetségi kongresszuson Kollányi Gábor Vácról Kiskunhalasra hívott. Emlékszem, egy szép, nyári napon, 35 fokban érkeztem Kiskunhalasra. Megfogott a város szépsége, de orvosigazgató kollégámmal láttam, hogy szinte egyáltalán nincs beteg a kórházban. Akkor viszont miből lesz a finanszírozás? – tettem fel a kérdést. Korábban jelentősebb létszámleépítést hajtottak végre, amelynek során olyan szakembereket küldtek el, akikre szükség lett volna. Őket szép lassan visszaszerveztük a rendszerbe, és elkezdtek az építő munkát. Ennek során volt nem is egy ütközésünk a fenntartó tulajdonossal, de általában az ő akaratuk érvényesült. A viták közben kiálltam a dolgozókért, a cafeteria-rendszer alkalmazásáért, a kórház fennmaradásáért, talán ennek volt köszönhető, hogy a HosplInvest felszámolását követően a városi önkormányzat megbízott a további vezetői feladatokkal.

– Hogyan indult a visszaprivatizált ellátás?

– 2009. szeptember 1-jén kezdte meg működését a Semmelweis Halasi Kórház Kft. Az átalakulás után sok olyan hagyattal szembesültünk, amelyekről független attól, hogy a HosplInvestnél dolgoztunk, nem volt tudomásunk. Számtalan olyan eszközbeszerzés és egyéb kötelezettségvállalás történt, ami számunkra teljesítettnek tűnt, mégsem volt az. Például a mai napig tárgyalunk a

kazán ügyében a bankkal, mert bár beépítették, nem lett kifizetve. Ugyanez vonatkozott a régi CT-berendezésre vagy az ultrahang készülékekre is. Nagy zűrzavart kellett rendbe tenni.

– Milyen gazdálkodási tapasztalatokat szereztek a HosplInvest-érában?

– Saját élményeink alapján úgy érzem, a Semmelweis-tervben nem gondolkodik rosszul a Egészségügyi Államtitkárság. A beszerzések és szolgáltatások összehívása sokkal költséghatékonyabbá te-



Dr. Romhányi Zoltán

het egy nagyobb rendszert. Ám a megtakarítás nem akkora, hogy elbírja egy külön intézmény vagy egy cégeközpont költségeit. Ráadásul nagyon sok olyan jogi és pénzügyi buktató van, amelynek eredményeként a megtakarítás rögtön deficitbe fordulhat. Például, ha egy beszerzési központ több kórháznak vásárol, a kialakított mennyiség és ár csak akkor érvényes, ha annak ellenértékét az összes intézmény határidőre kifizeti a szállítóknak. Amennyiben ez nem valósul meg, a nagy volumenre történő beszerzés révén realizált nyereség rögtön veszteségbe fordulhat, illetve ha valamely intézmény-

nél súlyosabb likviditási gondok vannak, abban a pillanatban a szállító akár egész régióra tilthatja le a szállításokat.

– Mennyire sikerült rendezni a kórház gazdasági helyzetét?

– Jelenleg gazdálkodásunk stabil, nincs lejárt adósságunk. Sok mindent átalakítottunk, visszavettük azokat a tevékenységeket, amelyeket mi magunk is képesek vagyunk hatékonyan üzemeltetni. Ilyen volt az ételmezés és a gyógyszer-tár. Amikor szeptember 1-jén elkezdtek a munkát, kaptunk kéthavi finanszírozást. Előtte kölcsönt kaptunk a várostól, hogy a felszámolási eljárás alatt is működtetni tudjuk az intézményt, hiszen akkor a beszállítók már nem voltak hajlandók semminemű haladékot adni a pénzügyi teljesítésre. Azóta ezt az adósságot visszafizettük nekik, és nagyon szigorú rendben működtetjük gazdálkodásunkat. Folyamatosan keressük a legelőnyösebb beszerzési lehetőségeket, például évente közbeszeresztjük a közüzemi szolgáltatásokat. Ennek is köszönhető, hogy nálunk például 18 Ft egy kWh villanyáram. Heti két alkalommal van teljes körű controlling jelentés, a teljesítéset monitorozzuk. Keretgazdálkodást vezettünk be, amelyben érdekeltségi rendszert alakítottunk ki, így motiválunk mindenkit a hatékonyabb ellátásban. A közbeszerzésnél a helyi vállalkozásokat részesítjük előnyben, akik jó árat adnak, például 139 Ft-ért mosnak egy kiló textíliát. Konyhai beszerzésünkben a helyi beszállítók előnyben részesülnek, és miután a kórház nagy vásárló, nagyon jó árat adnak. A város szakemberegárdája mellettünk áll – ez is hozzájárul a sikerhez.

– Miről szól a több mint hárommilliárdos TIOP 2.2.4. fejlesztési projekt?

– A 2,85 milliárd forintos támogatásból és 320 millió önrészből finanszírozott projekt keretében a meglévő kúbatúrában megújul 4000 négyzetméter, további 1000 új négyzetméter épül. 900 millió eszközbeszerzés valósul meg, ennek első része a radiológia osztály teljes eszközparkjának kicserélése. Az osztálystruktúra átalakul, ésszerűsödnek az ellátási formák. Átalakítások lesznek a szakrendelőben, beköltözik a fizioterápia, három új lift készül, a régi lifteket felújítjuk, a betegutakat elkülönítjük. A befejezés 2013 második felében várható.

– *Hogyan illeszkedik a fejlesztésbe a képalkotó diagnosztika teljes körű felújítása?*

– Intézményünkben korábban 30 éves röntgen eszközpark működött. A bruttó 330 milliós fejlesztés részeként a digitális röntgenrendszerek sokkal gazdaságosabbak lesznek, az esetleges befogadást követően elindul a mammográfiái szűrés. A pályázat során olyan paramétereket határoztunk meg, hogy bármelyik szállító indulhasson rajta. Azt vártuk, hogy óriási harc lesz a szállítók között, de meglepetésünkre egyik sem pályázott, hanem egyetlen ajánlat érkezett, az ajánlattevő mindhárom céget bevonta a tenderbe, de így is az általunk kívánt szakmai tartalom valósult meg.



Dr. Kiss Marianna

A fejlesztés radiológiai érdekességeiről dr. Kiss Mariannát a kiskunhalasi Semmelweis Kórház Radiológiai Osztályának osztályvezető főorvosát kérdeztük.

– *Milyen képalkotó diagnosztikai feladatokat kell ellátniuk?*

– Kórházunk a legnagyobb magyar megye geográfiai középpontjában található. A Kecskeméti Megyei Kórház, a Szegedi Tudományegyetem és a bajai Szent Rókus Kórház egyaránt 60-70 kilométerre fekszik tőlünk, ezért meglehetősen nagy az ellátási körzetünk. Van olyan szakrendelésünk, amelyhez 230 ezres vonzáskörzet kapcsolódik. Ennek megfelelően az MR-diagnosztikán kívül minden képalkotó feladatot el kell látni, legyen szó röntgenről, ultrahangról, CT-ről, mammográfiáról, vagy az ezekhez kapcsolódó intervencióról.

– *Hányan dolgoznak radiológusként az intézményben?*

– Négy főállású radiológusunk mellett Szegedről és Bajáról érkeznek külsős kollégáink. A szigorú munkabeosztást és az ehhez igazított előjegyzési rendszert több hónapra előre tervezzük, hiszen meglehetősen nagy betegforgalmat kell jó minőségben ellátnunk. Szakrendeléseinken naponta ezer ember jelenik meg, a röntgenben naponta 150-250 beteg fordul meg, osztályunkon évente több mint 60 ezer beteg közel 120 ezer diagnosztikai vizsgálatot végzünk.

– *Miért található ekkora kórház a 30 ezres Kiskunhalason?*

– A halasi városi legenda szerint a hatvanas években Magyarország megígérte Észak-Vietnam népének, hogy felépítünk egy

kórházat, a vietnami háborúban azonban lebombázták a kórház alapjait, így az épület betonelemei Kiskunhalasra kerültek. Korábban a 11 emeletes főépület mellett pavilonrendszer is jellemezte a kórházat, amelyet az elmúlt években fokozatosan felszámoltunk, és az osztályokat beköltöztették a főépületbe.

– *Ön hogyan került Kiskunhalasra?*

– Kiskunhalasi születésű vagyok, itt él a családom, nagy kihívás volt, hogy a szűkebb környezetemben minőségi radiológiai osztályt építsek fel. A szegedi Radiológiai Klinikán dolgoztam, elsőik között az akkori IMC-ben, mai nevén Euromedic Diagnosztika Kft.-ben, majd a Mediworld diagnosztikai központokban. Radiológiával kapcsolatos látásmódomat Vadon Gábor professzor alapozta meg, amit utódai továbbfejlesztettek. Nagyon sokat köszönhetek Csernay László és Palkó András professzoraimnak, Vörös Erika tanárnőnek, hiszen ők tanítottak meg az igazi munkára. 2002-ben kerültem Kiskunhalasra osztályvezető főorvosnak. Akkor egy nagyon régi gépparkkal rendelkező osztályra érkeztem. Azóta felszínen volt a fejlesztés szükségessége, ami több okból is megghiúsult. Nehéz időszakokat élt át a kórház, az elmúlt 11 évben 8 igazgatóm volt, így nagy büszkeség tölt el, amikor ma végre kijelenthetjük, hogy teljes mértékben megújult a kiskunhalasi radiológiai ellátás. Mindeközben a járóbeteg-ellátásért felelős igazgatóhelyettesként a szakrendelő teljes újrászervezése is feladatom volt, a teljes előjegyzési rendszer bevezetése mellett szigorú minőség-ellenőrzés alkalmazunk azóta is.

– *Mekkora fejlesztést valósítottak meg?*

– Három új, direkt digitális röntgent helyeztünk üzembe, amelyeket a GE Healthcare gyártott, a mobil röntgent és a foszforlemez mammográfiás rendszert leolvasóberendezéssel együtt a Philips szállította, CT-berendezésünk pedig a világ egyik legnépszerűbb gépe, egy Siemens SOMATOM 16 szeletes komputertomográf, amelyet egy vezeték nélküli kétféjes Medtron kontrasztanyag-injektor egészít ki, PACS-rendszerünket pedig az AGFA biztosította. Mindez teljesen új, felújított kubarúrában elhelyezve.

– *Milyen tapasztalatai vannak az új gépekkel?*

– A röntgenek és a mammográf kiválóan dolgoznak, és teljes mértékben meg vagyunk elégedve az új CT-vel is. Az elmúlt években

sikerült máshol jelentős tapasztalatokat szerezni a többszeletes CT-berendezésekkel, éppen ezért tartottam Kiskunhalas számára optimális megoldásnak a 16 szeletes CT-t. A magas szintű kardiológiai és hemodinamikai ellátást Kecskeméten vagy Szegeden végzik, ezért nincs szükség nagyszeletes CT-diagnosztikára, hanem a többi vizsgálat típusra kell koncentrálnunk. A 16 szeletes CT, különösen ez a Siemens SOMATOM modell ezeket az igényeket maximálisan kielégíti, tökéletes perifériás angiográfiái vizsgálatokat tudunk végezni, és természetesen a koponya-angiográfiák minősége is jelentős mértékben javult. A géphez szállította a cég a speciális syngo.via leletező szoftvert, valamint opcióban kértem hozzá fluoroszkópos lehetőséget és külön biopsziás monitort, ami sokkal gyorsabbá és pontosabbá teszi a CT-vezérelt intervenciók beavatkozásokat.

– *A megújult technológiával hány évre tervez?*

– Reményeim szerint a 2012 februárjában ünnepélyesen átadott géppark legalább a következő évtizedre megalapozza minőségi képalkotó diagnosztikai tevékenységünket. Évek óta a nemzetközi protokollok szerint, a szakmai követelményeknek megfelelően végezzük a leletezést, figyelünk arra, hogy elérjük a legmagasabb magyar szakmai minőséget, ezt megalapozzák a most leszállított direkt digitális technológia, valamint a 16 szeletes CT-berendezések egyre szélesebb alkalmazási lehetőségei. Egy évtizedig dolgoztunk rajta, most, hogy megvalósult, elégedettek vagyunk, de folyamatosan képezzük magunkat, hogy még magasabb színvonalon tudjuk ellátni a Kiskunság lakosait.