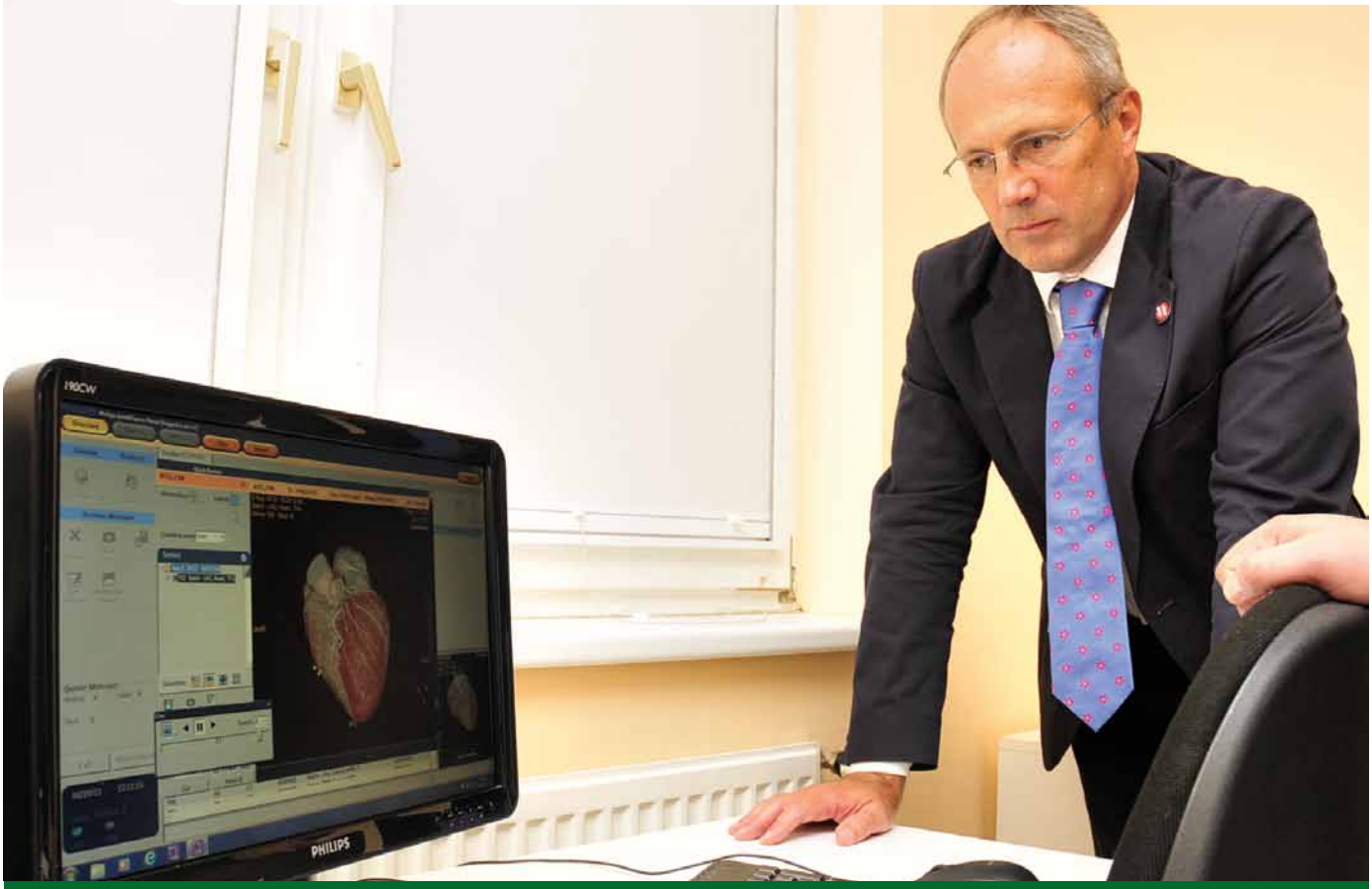
KÓRHÁZ

2012/7–8.

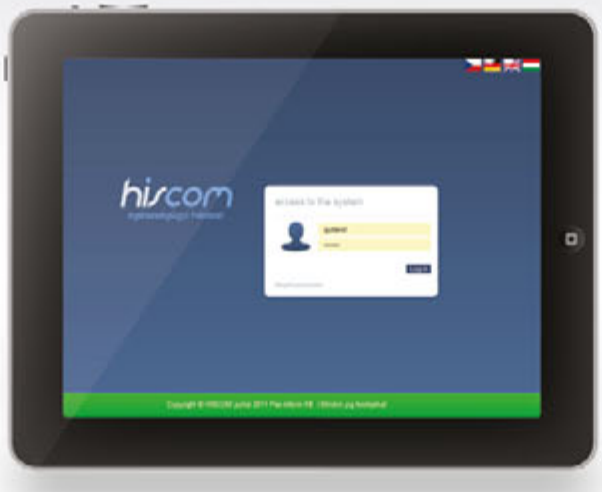
A MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG HIVATALOS LAPJA



E LAPSZÁMUNK ÉS A MAGYAR KÓRHÁZÜGY TÁMOGATÓJA:

TEVA

TEVA MAGYARORSZÁG



Platformfüggetlen egészségügyi hálózat.

Hazai fejlesztésű intézményközi kommunikációs platform, Kelet-Európában egyedülálló IHE* minősítéssel.

Az egészségügyben régóta igény van arra, hogy az egyes betegellátó intézményeket (kórházak, szakrendelők, családorvosok) informatikai szempontból össze lehessen kapcsolni egymással. A **HISCOM** egy olyan informatikai rendszer, amely ezek között az intézmények között továbbít adatokat. Célja, hogy új lehetőségeket teremtsen az ellátórendszer optimalizálására, hatékonyabbá tételére. A rendszer a már meglévő helyi kórházi rendszer(ek)hez kapcsolódik és valós időben szolgáltat/továbbít adatokat, dokumentumokat többféle ICT eszközre, többek között tabletre is. A **HISCOM** használatával a felhasználók a saját, jól megszokott informatikai környezetükben tudják folytatni azt a szakmai munkát, amit eddig is végeztek, vagyis nincs szükség az informatikai rendszer lecserélésére!

* Integrating the Healthcare Enterprise

A **HISCOM** legfontosabb funkciói:

- Képes elérni és együttműködni bármilyen kórházi informatikai rendszerrel.
- Egyaránt képes dokumentumot és kódolt/kódolatlan adatot elérni és továbbítani az orvos/beteg számára.
- Nem tárol adatokat, megfelel a legmagasabb szintű hazai és EU adatbiztonsági követelményeknek.

Cégünkről:

16 éve a hazai piacon | 80.000 felhasználó | 50 kórházi, 7 egyetemi klinikai partner | Nemzetközi referenciák 6 országban | ISO 9001, ISO/IEC 27001 minősítés

ISH Informatika Kft.
H-1117 Budapest, Budafoki út 56. | Tel.: +36 (1) 470-6770 | Fax: +36 (1) 432-8570

www.ish.hu

A Magyar Kórházszövetség Pártoló Tagja

A Magyar Telekom Csoport tagja.

Tisztelt Olvasóink!

DR. SZEPESI ANDRÁS

Eltelt ez a nyár is. Sok örömet nem hozott. Meleg volt, és nagy bizonytalanság a kórházakban. Emberfeletti erőfeszítéssel megtörtént az önkormányzati intézmények átadás-átvétele állami tulajdonosuk kezébe. Eközben a teljes menedzsmentet destabilizálta a közben zajló főigazgatói és gazdasági igazgatói pályázat. A folyamat még messze nem fejeződött be.

A megyei kórházak főigazgatói és gazdasági vezetői posztjainak harmadát újra kell pályáztatni. E folyamatba durván és igazságtalanul beleszólt az értékelési folyamat vége felé behozott 62 éves korlát. Hát ez nem volt fair játék! Pár héttel korábban, a kiíráskor kellett volna végiggondolni a szabályokat. A városi kórházakban még nem hirdettek eredményt. Egyelőre itt még csak várjuk, milyen arányban lesznek sikeresek, és mennyivel hosszabbodik meg a folyamat egy kényszerű második kiírással.

Finoman jelzi a problémák dimenzióját, hogy az átalakítás szakmai részét vezénylő helyettes államtitkár megpendítette: az önkormányzati tulajdonú rendelőintézeteket csak jövőre veszik át. Ha komolyan vesszük az intézményrendszer paradigmatikus átalakítását, akkor ez komoly rendszerproblémát jelez. Egy történeti példával illusztrálva: a 60-as évek elején felbomlott az angol világbirodalom. Egy afrikai országban fiatal katonatisztek vették át a hatalmat. Mindent meg akartak változtatni, ami a gyarmatosítók után maradt. Úgy döntöttek, hogy a közutakon bal oldali közlekedésről áttérnek a „jobbra hajts" szabályaira. De mivel nem voltak biztosak abban, hogy a buta emberek követik a parancsaikat, úgy rendelkeztek, hogy először csak a teherautók és az autóbuszok számára kötelező az áttérés! Ennyit a rendszerszerűségről.

Mivel már van 2013-as költségvetési törvényi keretünk, elkezdtem keresni, hogy ennek a hatalmas intézménytömegnek megtervezték-e az amortizációs költségeit, az épületek, a nagy értékű berendezések felújításának, pótlásának, kiegészítésének költségeit, a rengeteg műszer, eszköz, berendezés cseréjének a forrását. Ez évente több tízmilliárd forint, amelyet a tulajdonos önkormányzatok eddig jól-rosszul előteremtettek. Én nem találtam ilyen adatokat. Nem találom továbbá az idén megkezdett részleges bérkiegészítés folytatásának és kiterjesztésének forrásait sem. Nem hiszek az ad hoc forrásteremtés tartósságában. És nem is „méltó", de nem is alkalmas ez a módszer egy kiépülő nemzeti egészségügyi rendszerhez!

A befejező mondatokat azoknak a kórházi vezetőknek szentelem, akik ezt a rettenetesen nehéz időszakot végigvitték, végigküzdötték. Megköszöni ezt nekik valaki? Egy részük szerencsére folytathatja a munkáját, bízva abban, hogy kórházra, színvonalas gyógyításra mindig szükség van és lesz.

Szerkesztőségünk nevében szeretném megkülönböztetett tisztelettel megköszönni mindazok munkáját, együttműködését, akik nem folytathatják. Többségük a magyar kórházi világ kiemelkedő szereplője, jelentős szakmai fejlesztések motorja, uniós pályázatok megtervezője és elnyerője. Remélem, tudásukra, tapasztalataikra a kórházügy még sokáig számíthat! Az előttünk tornyosuló problémákat ismerve erre nagyobb szükségünk van, mint bármikor az elmúlt évtizedekben.

Impresszum

A szerkesztőbizottság elnöke: Dr. Golub Iván

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

Főszerkesztő: Dr. Szepesi András
Felelős szerkesztő: Bene Zsolt
Szerkesztőségi ügyvivő: Szlovákné Bandula Ilona
Lapmenedzser: Zöldi Péter

Rovatvezetők:
Európai Unió: Dr. Jakab Ferencné
Jogi rovat: Dr. Kőszegfalvi Edit
Informatika: Dr. Édes István
Infekciókontroll: Dr. Orosi Piroska
Intenzív terápia: Dr. Fülesdi Béla
Transzfúzió: Dr. Vezendi Klára
Gyógyszer: Fekete Tibor
Minőségbiztosítás: Dr. Kullmann Lajos
Menedzsment: Dr. Boncz Imre
Nemzetközi sajtó: Kövesi Ervin
Rehabilitáció: Dr. Vekerdy Zsuzsanna

Tanácsadó testület:
Dr. Ajtay András, Dr. Baráth Lajos, Dr. Blaskó György, Dr. Fülöp Rudolf, Dr. Elek Attila, Dr. Kiss József, Dr. Kásler Miklós, Perényi László, Prof. dr. Repa Imre, Dr. Varga Piroska

Kiadja: Magyar Kórházszövetség
Felelős kiadó: dr. Rácz Jenő elnök
Lapmenedzsment: Weborvos.hu 2009 Kft.
Kiadó és szerkesztőség:
1113 Budapest, Ibrahim u. 19.
Telefon: (1) 214-5118, (1) 214-5159
Fax: (1) 214-9715
E-mail: mksz@invitel.hu
Internet: www.korhazszovetseg.hu
A Kórház szaklap aktuális tartalma a www.weborvos.hu portálon tekinthető meg.

Nyomdai munkák: Mega Kft.
Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató
A Kórház utcai terjesztésre nem kerül, terjeszti a Feibra Kft.

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

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

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

Tartalom

KÓRHÁZ-HÍREK

4 Kórházügyeink

KÓRHÁZSZÖVETSÉG

6 Aggasztó mértékű az intézmények adósságállománya

AKTUÁLIS

3 Superbrands díjat nyert a Budai Egészségközpont

7 Újra kiírt vezetői pályázatok

8 A kórházvezetők erős személyi függése ellenkezik a demokráciával

10 Régi-új igazgató a Szent Imre Kórház élén

12 Nem a bér az igazi megtartó erő, hanem a kollektíva

14 Egyre kevesebb a pszichiáter

16 Mentális segítség doktornőknek

18 Minden, ami nefrológia

19 Takarékosabb üzemmód Ajkán

20 Rácz Jenő: egyelőre nem mutatkoznak az átalakítástól várt eredmények

21 Szócska: a vízfej fél éven, egy éven belül érezhetően csökkenni fog

23 Hektikus, mégis szép szakma a szívsebészé

INFORMATIKA

25 Rendszerszemléletben gondolkodni

ÁPOLÁS

28 Mennyit ér az ápolói diploma?

30 Ápolandó tapasztalat

KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKA

22 256 szeletes CT Szombathelyen

33 Igazán hatékony megoldás szakrendelőknek is

PARAGRAFUS

35 Az ügyeleti feladatellátás és önkéntes többletmunka-megállapodás módosított szabályai

KÓRHÁZI VIZIT

39 Pályázataik sikerében reménykednek

Superbrands díjat nyert a Budai Egészségközpont

A Budai Egészségközpont több mint egy évtizede nagy odafigyeléssel, elhivatottsággal és felelősségteljesen végzi munkáját, amelyet idén Superbrands elismeréssel díjaztak.

A minősítés jelzi, hogy az egészségközpont által követett értékek – megbízhatóság, személyesség, kiváló minőség, hitelesség, átláthatóság – olyan erények, amelyek példát mutatnak más vállalatok számára is. A „szupermárka" díj egyúttal elismerése azoknak az erőfeszítéseknek is, amelyeket az egészségközpont tesz munkatársaiért, valamint a társadalom egészségének megőrzéséért és életminőségének fejlesztéséért.

„A Superbrands 2012 díj megerősít bennünket abban, hogy folytassuk szakmai munkánkat. Célunk, a társadalom egészségtudatosságának további növelése, valamint a vállalati döntéshozók figyelmének felhívása arra, hogy az egészséges munkavállaló az egyik legfontosabb érték egy szervezet életében" – mondta Kiss András, a Budai Egészségközpont marketing- és értékesítési igazgatója.

A Superbrands a világ legjelentősebb márkaértékelési rendszere, a díjat az ágazat elismert szakembereiből álló zsűri ítéli oda. A program több mint másfél évtizeddel ezelőtt indult Nagy-Britanniából, ma már 88 országban jelent különleges minősítést a Superbrands védjegy. Magyarországon a díjat 2012-ben nyolcadik alkalommal ítélte oda a független szakemberekből álló zsűri, célja többek között a követendő példák bemutatása a piac fejlődni kívánó szereplői számára. Az elismerésre sem pályázni, sem jelentkezni nem lehet, a jelölés kizárólag szakmai szempontok alapján történik.

A 10 éves Budai Egészségközpont, Budapest egyik vezető egészségügyi magánszolgáltatója, jelenleg több mint 230 hazai és multinacionális szerződött vállalati partner és mintegy 110.000 magán páciens számára kínálja az egészségügyi szolgáltatások széles palettáját. Az intézményben több mint száz elismert szakorvos mintegy negyvenöt szakterületen várja pácienseit, családias és elegáns környezetben.

A Budai Egészségközpont személyre szabott szolgáltatásokkal, orvosai kiemelkedő szaktudásával, a legmodernebb berendezésekkel és a páciensek igényeinek folyamatos mérésével biztosítja a megbízható, magas minőséget partnerei számára. Az Egészségközpont ügyfelei között szerepel többek között a Béres Gyógyszertár, a Chinoin/sanofi aventis, az Erste Bank, a MOL, a General Motors és az SAP.

B|Soft informatika

Megbízható megoldások
több mint 50 intézményben

BIVIR
Integrált Vezetői Információs rendszer

GAZDÁLKODÁS: főkönyv, pénzügy, keretek
HUMÁN, BÉR: dolgozónkénti mélységben
GYÓGYSZER: beszerzés, felhasználás
BETEGEK: esetszintű költségek

KVIK
Kórházi Vezetői Információs és Kontrolling rendszer

KONTROLLING: tervezés, beszámolás
FINANSZÍROZÁS: eset, orvos, osztály, TVK
MUTATÓSZÁM: grafikus vezetői beszámolók
ESETSZINT: ráfordítás- és fedezetkezelés

BSoft Informatikai Kft. • www.bsoft.hu

Kórházügyeink

KÓRHÁZIGAZGATÓK: MÁR 59 ÉV A KORHATÁR

A januárban átvett megyei és fővárosi kórházak közül 23 élére augusztustól nevezett ki főigazgatókat Balog Zoltán miniszter, és szeptember 1-jével végre megkapja kinevezését az a 23 gazdasági igazgató is, akiknek velük egy időben, május 14-éig kellett beadniuk jelentkezésüket. A hónap végéig lezárul a pályázati lehetőség azon főigazgató-jelöltek számára, akik annak a 12 intézmények az élére jelentkeznek, ahol első körben érvénytelennek nyilvánították a pályázatokat. Ugyancsak augusztus 31-éig kellett pályázniuk a májusban az államhoz került 50 városi kórház vezetésére aspirálóknak. A kiírások szerint az új főigazgatók és gazdasági igazgatók legkorábban november 1-jén foglalhatják el posztjukat. Nyílt titok, hogy sikeresen csak azok indulhatnak a pályázatokon, akik még legalább három évig nem érik el a nyugdíjkorhatárt. Sokan a koruk miatt buktak el az első álláshirdetésekre jelentkezők közül. A nemzetgazdasági tárca által erőltetett kényszernyugdíjazás áttételesen az oka annak is, hogy több mint három hónapig bizonytalan volt a januárban államosított kórházak gazdasági igazgatóinak sorsa. Nekik ugyanis ki kellett várniuk, míg az intézmények első embereit végre kiválasztják, és ez is csaknem három hónapba telt. Az eleve állami irányítás alatt álló országos intézetek, valamint az egyetemi klinikák főigazgatói, klinikaigazgatói helyeire is pályázatot ír majd ki az egészségügy vezetése. Információink szerint ez csak jövőre várható, és nem egyszerre. Úgy tudjuk, januártól nyugdíjba kell vonulnia annak, aki az állami intézmények vezetői közül betöltötte a nyugdíjkorhatárt, s az így megüresedő posztokra írnak ki pályázatokat. (Világgazdaság)

2012. augusztus 31-ig megvalósult szervkivételi riadók: . . 90

Szervkoordinációs Iroda

Veseátültetések: 129
Májátültetések: 26
Szívátültetések: 20
Kombinált vese- és hasnyálmirigy átültetések: 4
Bécsben tüdőtranszplantáción átesett magyar recipiensek: 13

JÖVŐRE ÁLLAMOSÍTANÁK A JÁRÓBETEG-SZAKELLÁTÁST

Az egészségügyi ágazatvezetés tervei szerint 2013. január elsejével a járóbeteg-szakellátó intézmények átvétele következik. Szócska Miklós egészségügyi államtitkár elmondta: ősszel tisztázzák, milyen feltételekkel valósuljon meg a járóbeteg-szakellátásban az állami felelősség. Az államtitkár kifejtette: a szakellátás állami felelősség, és ez így is marad. Ugyanakkor tudják, hogy vannak olyan önkormányzati fenntartású intézmények, amelyek az alapellátás szervezését is végzik, mint a háziorvosi, védőnői szolgálatok, és ezeknek az intézményeknek az életét – mondta – „nem szeretnék megbolygatni". A fenntartókkal egyeztetni fognak arról, hogy melyek azok a feladatok, amelyeket át akarnak adni – jelezte az államtitkár. Nem csak az a fontos, hogy a beteg megkapja az ellátást, hanem annak színvonala is – fejtette ki Szócska Miklós. Elmondta, ennek érdekében az egészségügyi államtitkárság térségi bontásban az összes kórházigazgatóval személyes egyeztetéseket folytat. (Kossuth Rádió)

HIÁBA LEGALIZÁLTÁK, VESZTEGETÉS IS LEHET A PARASZOLVENCIA

Akár előre is követelheti a „hálapénzt" az orvos – ez következik legalábbis a július 1-jétől hatályos új munka törvénykönyvéből (Mt.). A jogszabály szerint a „munkavállaló a munkáltató előzetes hozzájárulása nélkül harmadik személytől díjazást a munkaviszonyban végzett tevékenységére tekintettel nem fogadhat el vagy nem köthet ki". A szövegben a második fordulat az érdekes, amely szerint, ha egy egészségügyi intézmény vezetője engedélyezi a paraszolvenciát, elvileg ahhoz is hozzájárul, hogy alkalmazottja bizonyos szolgáltatásokért előre díjat kössön ki. Az Mt. és a büntető törvénykönyv (Btk.) között ugyanakkor van ellentmondás. Ez utóbbi úgy rendelkezik: „költségvetési szervnek, gazdálkodó szervezetnek (…) az a dolgozója, illetőleg tagja, aki a működésével kapcsolatban jogtalan előnyt kér, vagy a kötelességének megszegéséért az ilyen előnyt, illetve annak ígéretét elfogadja (…), bűntettet követ el, és három évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő". (Népszabadság)

Egy törvényjavaslat megállítaná azt a ma elterjedt gyakorlatot, hogy a temetésfelvételi irodák közvetlenül a kórházak mellett működnek: a jövőben csak 500 méternél távolabb lehetne ilyen tevékenységet végezni.

A Vajdák a Romákért Alapítvány a közelmúltban 1 millió forinttal támogatta a Heim Pál Gyermekkórházat, a szolnoki Hetényi Géza Kórháznak pedig félmillió forintot adott ajándékba.

Az év végéig 61 új esetkocsit kap a mentőszolgálat. Július 30-án 23 új mentőautó szolgálatba állításáról számolt be az OMSZ. Szócska Miklós egészségügyi államtitkár akkor azt mondta: egy uniós fejlesztés révén hamarosan további 200 gépjármű beszerzésére nyílik majd lehetőség.

TÖBB MINT ÖTSZÁZ DOLGOZÓJÁTÓL VÁLIK MEG AZ EGÉSZSÉGÜGYI HOLDING ZRT.

Összesen 541, a társaságnál eddig a háttérszolgáltatásban tevékenykedő dolgozójától válik meg a négy szabolcsi kórházat működtető Egészségügyi Holding (EH) Zrt. – jelentette be Mangol Csilla vezérigazgató Nyíregyházán. A vezérigazgató közölte: a leépítés gyógyító munkát végző dolgozót nem érint, a tagvállalatoknál a háttérszolgáltatási (élelmezés, kontrolling, informatika) feladatokat ellátó munkatársak nagy részét azonban elbocsátja az EH Zrt. A létszámleépítés a komoly likviditási gondokkal küzdő társaságnál a már korábban bejelentett racionalizálási és átalakítási folyamat része, amelytől mintegy 700–800 millió forint megtakarítást remélnek. (Weborvos)

A VILÁG LEGNAGYOBB ORVOSKONGRESSZUSA

Az Európai Kardiológusok Társaságának nem csak az európai szívgyógyászok a tagjai, hanem számos arab ország is ehhez a szakorvos csoporthoz csatlako-

Október elsejével áll fel az Országos Népegészségügyi Intézet (ONEI). Az egészségügyért felelős miniszter irányítása alatt álló, önállóan működő és gazdálkodó költségvetési szerv az Országos Alapellátási Intézetnek, valamint az Országos Gyermekegészségügyi Intézetnek az Országos Egészségfejlesztési Intézetbe való beolvadásával jön létre.

Siófokon a traumatológia öt sebésze közül három felmondott, és távozott akkor, amikor a körzetben háromszázezer ember él, nyaral. A vészhelyzetet sikerült elkerülni, maradt elegendő sebész.

„Nem tűnik biztosítottnak" a szegedi szuperlézerprojekt jövője, ezért vizsgálat indul, ki a felelős.

zott. A müncheni tanácskozáson mintegy 30 000 szívgyógyász, speciálisan képzett nővér és műtőasszisztens vett részt a világ szinte minden országából. A program öt napján reggeltől-estig mintegy húsz teremben párhuzamosan zajlottak az előadások, bemutatók. A szakemberek hónapokkal korábban beküldték tudományos eredményeik rövid összefoglalását. Idén tízezernél több előadás-kivonat érkezett, amelyeket egy bírálóbizottság értékelt, és kiválogatta azt a legjobb 4000 tudományos eredményt, amely bekerült a programba. A nagy gyógyszergyárak, műszercégek már évek óta úgy szervezik tudományos vizsgálataikat, bemutatóikat, hogy azok eredményét a világ legnagyobb tudományos találkozóin mutassák be. A gyógyszergyárak hatalmas, több esztendeig tartó és éppen befejeződő tanulmányai 17 előadássorozatban hangzottak el. A kongresszushoz óriási kiállítás is tartozott, ahol a legújabb gyógyszereket és műszereket mutatták be. Idén 200 kiállító cég anyaga volt látható. A tudományos program témái között szerepelt a szívelégtelenség, annak esetleges örökletes összefüggései és új kezelési módjai. Külön ülésszakokban tárgyalták a nők szív- és érbetegségének sajátosságait. Nagy program foglalkozik a tizenévesek dohányzásának következményeivel. Kiemelt téma volt a sport és a hirtelen, váratlan szívhalál összefüggése. (MTI)

HARMINC EMBERÉLET

Az első félévben munkába állt kilenc kórházi szervdonációs koordinátor 13 donor felismerését jelentette, így körülbelül 30 szervvel mintegy 30 ember életét mentették meg az orvosok – mondta az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ) Szervkoordinációs Irodájának igazgatója. Mihály Sándor emlékeztetett: az idén megkezdődött a magyarországi kórházi szervdonációs koordinátori hálózat kiépítése, melynek célja, hogy minden potenciális donort időben felismerjenek és jelentsenek, és ezáltal minél több transzplantáció elvégzésére legyen lehetőség. Tájékoztatása szerint erre az évre tíz kórházban tervezték, hogy elindítják a programot, és a következő három évben további 45 fekvőbeteg-ellátó intézményre terjesztenék ki. Az egészségügyi államtitkárságtól kapott támogatás révén az év első felében kilenc intézményben megkezdték a munkát a koordinátorok. A hálózat további bővítéséről egyelőre egyeztetnek az államtitkársággal, az OVSZ ugyanis úgy véli, hogy a koordinátori hálózat fenntartásának, fejlesztésének előfeltétele a biztos finanszírozás, ezért a hálózat zavartalan működését akadályozza a program féléves blokkban való kezelése – tette hozzá az igazgató. A kórházi szervdonációs koordinátorok feladata egy minőségbiztosítási program keretei között a szervdonációs folyamat helyi szervezése, ennek kiemelt eleme a szervkivétel dokumentációja, de a donorgondozásban és a család tájékoztatásában való részvétel is. Munkájuk során napi szinten látogatniuk kell azon osztályokat, ahol agyi károsodás miatt kezelt betegek fekszenek, s jelentik a lehetséges donorokat. Ezen felül úgynevezett retrospektív felülvizsgálatot is végezniük kell, ennek során azt ellenőrzik, hogy az elhunyt betegeknél, akiknél fennállt az agyhalál lehetősége, azt miért nem jelezték. Ennek a visszatekintésnek a célja, hogy sikerüljön feltárni a hiányosságokat, a fejlesztendő területeket – hangsúlyozta az igazgató. Mihály Sándor februárban jelentette be, hogy megkezdődött a magyarországi szervdonációs koordinátori hálózat kórházi kiépítése. A hálózat három szintjéből kettő – az országos és a regionális – már akkor is működött. A hálózat harmadik szintjét jelentik az úgynevezett donorkórházakban dolgozó koordinátorok. A hálózat kiépítését egy sikeres pilot-program előzte meg, ennek tapasztalatai alapján készültek fel a háromszintes rendszer beindítására. Magyarországon 118 olyan hely van, ahol az agyhalál megállapításának megvannak a feltételei; az elmúlt 10 évben 96 kórház élt a donorjelentés lehetőségével. (MTI)

VÁLTOZNAK AZ AGYHALÁL MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK SZABÁLYAI

Az Emberi Erőforrás Minisztérium augusztus 27-i hatállyal módosította az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint -tárolásra, és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról szóló 18/1998. (XII. 27.) EüM rendeletét – hívta fel a transzplantációban érintett szakemberek figyelmét az Országos Vérellátó Szolgálat Szervkoordinációs Irodája. A jogszabály-módosítás uniós jogi aktusoknak való megfelelést is szolgálj, így ezzel a rendelettel valósul meg az Európai Parlament és a Tanács 2010/53/EU irányelvének magyarországi implementációja, amely az átültetésre szánt emberi szervekre vonatkozó minőségi és biztonsági előírások megállapításáról szól. Az Iroda kéri a szervdonációs folyamatban részt vevő orvosokat, hogy a fenti dátumot követően az agyhalál megállapítását a módosított jogszabálynak megfelelően végezzék, illetve az Iroda honlapján elérhető új, agyhalál-megállapító jegyzőkönyvet használják a bizottsági munka során (http://www.ovsz.hu/hu/oco/tajekoztato-rendelet-modositasrol). (Weborvos)

A MAGYAR LABORATÓRIUMI DIAGNOSZTIKAI TÁRSASÁG 56. NAGYGYŰLÉSE

Sok év után – augusztus 30. és szeptember 1-je között – Budapesten, a Semmelweis Egyetem Nagyvárad téri elméleti tömbjében került megrendezésre a Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság (MLDT) 56. Nagygyűlése. Szervezői a Semmelweis Egyetemen két éve alakult Laboratóriumi Medicina Intézet munkatársai voltak. A rendezvényen közel 600 laboratóriumi szakember vett részt, 67 előadás hangzott el, 67 poszter volt látható, és 28 kiállító volt jelen. Plenáris előadások zajlottak külföldi vendég előadókkal. A nagygyűlés kiemelt témái között szerepelt többek között az onkológiához, a szervtranszplantációhoz, a szepszishez, a gyermekgyógyászathoz kapcsolódó laboratóriumi diagnosztika éppúgy, mint a klinikai mikrobiológia aktualitásai. (Weborvos)

Aggasztó mértékű az intézmények adósságállománya

A MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG ELNÖKSÉGE

A Magyar Kórházszövetség elnöksége július 31-én megbeszélést tartott. A tárgyalt témákat az alábbiakban foglaltuk össze.

A 62 éves nyugdíjkorhatár bevezetésének következményei a kórházakban

Dr. Rácz Jenő javaslatot tett egy humánerőforrás-felmérés elkészítésére az 58–62 év közötti egészségügyi dolgozókra vonatkozóan, a minisztérium és a GYEMSZI munkájának segítése céljából. Ehhez az elnökség tagjai már előzetes véleményt és konkrét kérdőív-javaslatot is tettek, melyet az ülés alkalmával megvitattak. Az Elnökség a jegyzőkönyv mellékletét képező kérdőív tagintézmények felé történő kiküldését egyöntetűen elfogadta, beérkezési határidőnek augusztus 9-ét jelölte meg. Fontosnak tartják tudatni a minisztériummal, hogy a tárgyalások és kinevezések alkalmával az emelkedő nyugdíjkorhatárt érvényesítsék.

A minimumfeltételek alkalmazásának hatása a kórházakra

Az elnök tájékoztatta a résztvevőket a megújult „salátatörvény" megjelenéséről, mely a minimumfeltételeket tartalmazza. Az elnökség tagjai fontosnak tartották kiemelni a határidőkre vonatkozó változtatásokat. Kifogásolták a műtőegységre vonatkozó feltételeket – úgy vélik, néhány pont nem teljesíthető (pl. a beteg-előkészítő és a bemosakodó helyiségek felszereltsége). Felmerült a kérdés, hogy ezek a feltételek mennyiben felelnek meg a jelen állapotnak, illetve abban az esetben, ha nem felelnek meg, hogyan fogják orvosolni a kialakult helyzetet 2013. január 1-jéig? Kérdés továbbá, hogy mennyiben felelnek meg a már elfogadott, és támogatási szerződéssel rendelkező TIOP-os pályázatoknak?

Szintén megemlítésre került az onkológia kérdése, miszerint a progresszivitási szintek tekintetében a kistérségi szintű alapellátó és járó- és fekvőbeteg-szakellátó intézmények feladatai közé nem tartozik semmilyen klinikai onkológiai jellegű ellátás. Dr. Rácz Jenő javasolta egy konstruktív együttműködés megalkotását az intézmények között.

Dr. Golub Iván szerint fel kellene hívni a döntéshozó figyelmét a sürgősségi betegellátással kapcsolatban arra, hogy a sürgősségi osztályokra vonatkozó minimumfeltétel nem teljesíthető. Az elnök javaslata alapján az Elnökség úgy döntött, hogy a sürgősségi szakma képviselőivel egyeztetnek a koncepció javítása érdekében.

Az intézmények és beszállítók adósságállománya

Dr. Rácz Jenő tájékoztatta a jelenlevőket, hogy néhány nagyobb beszállító már sok intézmény felé bevezette a készpénzes szállítást. A gázközbeszerzések vonatkozásában az intézményeknek nullázniuk kell a ki nem fizetett számláikat – ami a lejárt és le nem járt határidejű számlákra is egyaránt vonatkozik. Ez azt eredményezi, hogy az intézmények dologi kiadásai szinte 100%-ban az energiaszolgáltatók felé kerülnek kifizetésre, megnehezítve a szakmaianyag- és gyógyszerszámlák rendezését.

Az elnökség tagjai megállapodtak abban, hogy az intézményektől felmérés keretében megkérik a rendszeresen beküldendő pénzügyi adatlapot a legutóbbi bekért állapotnak megfelelően, melyből saját szakemberek bevonásával igyekeznek a jelen helyzetet bemutató képet és egy jövőbeni becslést készíteni az intézmények adósságára vonatkozóan. Megegyezés született abban is, hogy a minisztérium felé jelzést fogalmaznak meg az aggasztó helyzetre való tekintettel, mert nyomatékosítani kell a döntéshozók felé az adósságállomány és amortizációs pénzhiány helyzetét.

A struktúraváltás és a területi ellátási kötelezettség új tapasztalatai

Az elnökség megállapította, hogy a szakmák nem homogénen fedik le a területet: a különböző szakterületeken más és más intézményekhez vannak sorolva az azonos települések, ami megnehezíti a működést. A struktúra átalakításával az együtt mozgó TVK és kapacitások nem feltétlenül követik a másik intézménybe áthelyezett feladatokat, hanem az aktuális intézménynél maradnak, és ez megnehezíti az elszámolást.

Főigazgatói, gazdasági igazgatói pályázatok

Az elnök ismertette: a GYEMSZI honlapján a korábbihoz hasonló feltételrendszerrel kerültek kiírásra a legújabb pályázati felhívások a főigazgatói és a gazdasági igazgatói poszt betöltésére az első körben eredménytelennek minősített intézmények, valamint a városi kórházak tekintetében is. A legújabb gazdasági igazgatói pályázatnál a beosztás betöltése mérlegképes könyvelői végzettséghez kötött, melytől abban az esetben, ha van az intézményben ilyen beosztású munkatárs, el lehet tekinteni.

Aktualitások

Az elnökség az alábbi határozatokat, döntéseket hozta:

- A szektorsemlegesség vonatkozásában az elnökség szükségesnek tartja, hogy valamennyi olyan intézményi dolgozó is megkapja a béremelést, aki közfeladatot lát el, valamint a rendelet szövegezése alapján a béremelésből kimaradtak (diplomás ápolók, szociális munkás stb.) járandóságának utólagos kifizetését támogatják.
- Az elnökség a bekért ajánlatokat összehasonlító anyag, néhány elnökségi tag helyszínbejárása és tárgyalásai alapján az Elnökség egybehangzó döntése az, hogy a 2013. évi MKSZ kongresszus helyszíne Siófok legyen.
- Dr. Harmat György ismertette az IHF-nek írt levelet, mely szerint a nehéz pénzügyi helyzetre való tekintettel az MKSZ kéri a tagságának időleges felfüggesztését.
- Dr. Tótth Árpád megküldte beszámolóját a HOPE konferenciáról. Kérte az Elnökség anyagi támogatását az előző döntés alapján.
- Felvetődött az MKSZ honlapján elérhető fórum interaktívvá tétele – a kérdés megoldása folyamatban van.
- Szlovákné B. Ilona ismertette a jelenlegi helyzetet az MKSZ titkárságán az aktuálisan használatban lévő iktatóprogram új számítógépre történő telepítésének problémájáról. Az elnökség úgy határozott, hogy az ügyvivő kérjen be ajánlatot kész iktatóprogram megvásárlására, illetve saját szoftver készítésére is, hogy ezek alapján a szakmailag és anyagilag megfelelő program kiválasztható legyen.

Újra kiírt vezetői pályázatok

Ú jból kiírták a korábban eredménytelennek nyilvánított gazdasági igazgatói pályázatokat, tizenkét pályázat jelent meg.

Az Uzsoki, a Bajcsy, az Egyesített Szent István, a Károlyi kórház, a Központi Stomatológiai Intézet, a Fejér Megyei Szent György Kórház, a visegrádi Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház, az esztergomi Vaszary Kolos Kórház, a kistarcsai Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, a Csongrád Megyei Dr. Bugyi István Kórház, a makói Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház és a nagykátai Szakorvosi Rendelőintézet az érintett.

A GYEMSZI honlapján található felhívás szerint az Egészségügyi Közlönyben történő megjelenést követő 30 napig lehet pályázniuk a jelölteknek, hogy az 5 éves határozott időre szóló állást elnyerjék, amely betöltésének várható időpontja ez év decembere, három hónapos próbaidő kikötésével.

Ismét önálló lesz a Margit-kórház

Megtörténtek az intézménynek a Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházakról történő leválásának előkészítő munkálatai – közölte az egészségügyi államtitkárság sajtóosztálya. A tényleges és teljes leválás várhatóan egy hónapot vesz igénybe – tette hozzá a tárca sajtóosztálya. A megbízott főigazgató várhatóan Badacsonyi Szabolcs lesz, aki jelenleg a Szent János Kórház telephelyeket felügyelő főigazgató-helyettesi posztját tölti be, s aki azelőtt a Budai Gyermekkórház ügyvezető igazgatója volt. Korábban SZDSZ-es képviselő volt a főváros III. kerületében. (Magyar Nemzet)

Kórház neve	Pályázati döntés
Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet	Szabó Krisztina
Péterfy Sándor utcai Kórház - Rendelőintézet és Baleseti Központ	Zsarnay István
Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház - Rendelőintézet	Agócs Attila
Szent Rókus Kórház és Intézményei	Harsányi Imréné
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Egyesített Szent István Szent László Kórház - Rendelőintézet	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Heim Pál Gyermekkórház	Palócz Róbert
Szent Imre Kórház	Kiss Beatrix Judit
Szent János Kórház és Észak budai Egyesített Kórházak	Horváthné Bajzár Ágnes
Uzsoki utcai Kórház	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Nyírő Gyula Kórház	Horváth Péter
Károlyi Sándor Kórház	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Szent Lázár Megyei Kórház	Kaszás Erika
Tüdőgyógyintézet Törökbálint	Tölgyesi Andrea
Szakorvosi Rendelőintézet Gyömrő	Kovácsné Bajkai Judit
Szakorvosi Rendelőintézet Szigetszentmiklós	Horváth Attila Vilmos
Központi Stomatológiai Intézet	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Szakorvosi Rendelőintézet Monor	Kovácsné Bajkai Judit
Szakorvosi Rendelőintézet Nagykáta	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Szent Borbála Kórház	Hofmann Zoltánné
Fejér Megyei Szent György Kórház	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Vaszary Kolos Kórház	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Bács-Kiskun Megyei Kórház a Szegedi Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Kar Oktató Kórháza	Hegedűs Iván
Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház	Szabó Mihály
Csongrád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza	Juhászné Rácz Zita
Csongrád megyei Dr. Bugyi István Kórház	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Dr. Diósszilágyi Sámuel Kórház - Rendelőintézet	eredménytelen, új pályázat kiírás 30 napon belül
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház	Szentgróti József
Tolna Megyei Balassa János Kórház	Marcz Zoltán
Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet	Papp Lászlóné
Zala Megyei Kórház	Molnár Attila
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház	Eőry Ferenc
BAZ Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház	Kalina Gabriella

A kórházvezetők erős személyi függése ellenkezik a demokráciával

SÁNDOR JUDIT

Az egészségügy átalakítását szolgáló változások nagyon gyors üteme és az új állami irányítási rendszer bevezetése óta eltelt igen rövid idő egyelőre nem teszi lehetővé a történtek mélyreható szakmai értékelését, dr. Fazekas Marianna, az ELTE ÁJTK Közigazgatási Jogi Tanszék vezetője mégis vállalkozott arra, hogy szakmai véleményében megfogalmazza első reflexióit. A vele készült interjúban arra kerestük a választ, lehetett-e nemzetközi minta az erős államosításra, és milyen előnyökkel, veszélyekkel jár az egyetlen erős kéz irányítása a hazai egészségügyi rendszerben.

Európában a leginkább központosított rendszer az angliai, ahol szintén egy hálózatba szerveződik az állami egészségügyi ellátás, de azzal a lényegi különbséggel, hogy mellette egy nagyon kiépült magán egészségügyi rendszer működik, tehát valóban van választási lehetőség. Megvan a szociális biztonság: az állami egészségügyi rendszer mindenki számára képes minimális ellátást nyújtani, de a jövedelmi viszonyoktól függően differenciáltak a lehetőségek. Hogy ez lenne-e a célzott minta, azt nem tudni, nem kizárt, de nem szeretnék találgatni.

Az államosítás és a nálunk megvalósult erős egy kézbe fogás abból a szempontból praktikus, hogy teljesen szabad kezet ad az ellátórendszer megtervezése, kialakítása, átszabása és a személyzeti jogosítványok tekintetében, értve ez utóbbin a dolgozók létszámát és a vezetők kiválasztását is. Ez olyan teljes körű felhatalmazás, amire Kincses Gyula azt mondta, hogy nem tudja, jó-e így a rendszer, vagy sem, de ő egészségügyi vezetőként nagyon irigyelte volna, mert a központi akarat érvényesítése maradéktalanul megvalósítható.

– Milyen veszélyekkel járhat az erős államosítás?

– Amennyi előnye, annyi veszélye és hátránya van, hiszen itt világosan és tisztán rá lehet mutatni, ki volt az, aki elrontotta. Ha megjelenik reggel az a híradás, hogy a kapacitások átszabása, az intézményrendszer és betegutak átalakítása után még mindig olyan kapacitásokra küldenek beteget, amelyek már nem léteznek, akkor egészen világosan meg lehet mondani, hogy ki tévedett, szervezte rosszul az ellátást. A felelős tehát sokkal egyértelműbben meghatározható. Ezzel a kormány szintjére kerülnek fel a korábbi helyi, politikai konfliktusok, ha például bezárják a kórházat, szűkítik egy intézmény profilját. Ugyancsak lehetséges megoldás, hogy a nagyszabású átalakítás és karcsúsítás után az ellátórendszer egy része különböző technikákkal akár magánosítható is: például funkcionális privatizációval vagy akár tényleges tulajdonváltással. Lehet, hogy ez a kormány nem fogja megtenni, egy következő, más összetételű kormánynál viszont elképzelhető lehet. Jogilag ezek a megoldások lehetségesek, illetve elképzelhető olyan rendszer létrehozása, amely valamelyest hasonlít az angolszász szisztémához. Efelé történt is egy lépés: a munkáltatók számára lehetővé tették, hogy a cafeteria-rendszerbe bevonják bizonyos egészségügyi szolgáltatások extra megfinanszírozását, ami mindenképpen jelzésértékű.

Dr. Fazekas Marianna

– Említette a személyi kérdéseket – és nyilván vannak még gondok ebben rendszerben.

– Hallatlanul központosított a rendszer abban az értelemben, hogy az intézményvezetőket egy központból nevezik ki. Nagyon komoly személyi függési viszonyokat alakít ki a kormányzat, olyan hierarchiát, amely demokratikusnak a legkevésbé sem nevezhető. Ennek az elemei persze más ágazatokban is megjelennek. A másik állandóan visszatérő probléma a fejlesztési források hiánya az egészségügyben. Itt az a gond, ami a költségvetési gazdálkodás szempontjából mindig is megoldatlan volt, s az egészségügyet különösen sújtja: az amortizáció elszámolhatóságának a hiánya. A működési források ugyanis nem tartalmazzák az eszközpótlást. A fenntartó aktuálisan dönt arról, mikor milyen felújításokat, karbantartásokat hajt végre a saját intézményében, mert ez a költségvetési gazdálkodás logikája. Ez a kevésbé eszközigényes, és az inkább fizikai avulás sújtotta területeken nem akkora teher, de nyilván óriási gond az egészségügyben, amely sokkal eszközigényesebb. Valójában azonban

arra semmilyen válasz nincs, honnan fogják beletenni a szükséges forrásokat. A rendszer karcsúsításából valamennyi jut erre, de ez nem hosszú távú megoldás, és ez előbb-utóbb éppen az erős központosítottság miatt nagyon visszaüthet. Az önkormányzatok nyilván szét fogják tárni a karjukat, hogy nekik nincs pénzük, és őket semmiféle felelősség nem terheli a helyi egészségügyi ellátással kapcsolatban. A fejlesztés elmaradása is kormányzati politikai kudarcként jelenik meg: a felelősséget lehet tologatni az államtitkárra, a miniszterre, és így tovább, de hogy ezen a szinten csapódik le, az biztos.

– Egyetlen, a minisztérium alá rendelt, összevont szervezethez kerültek az egészségügyi intézmények. Ez példa nélküli a hazai rendszer történetében.

– A GYEMSZI lépésről lépésre növekedett ilyen méretűvé, egy központba fogták össze a korábban az egészségügyi tárca alatt működő különböző központi államigazgatási intézeteket. Ez már önmagában, az intézményfenntartástól függetlenül is felvet bizonyos kérdéseket. Ide került a minőségfejlesztés, a gyógyszerészeti hatósági jogkör, a szakfelügyeleti módszertani központ, az ESKI, az EKI. Jogi és igazgatási szempontból a legnagyobb gond az, hogy egyetlen szervezetben egymással össze nem férő funkciók kerültek egy irányítás alá. Megint azt kell mondanom, hogy ez egyébként hallatlanul praktikus megoldás a minisztérium szempontjából, hiszen egyetlen embert kell személyi függőségben tartania, a GYEMSZI vezetőjét, aki vezetőként, helyzeténél fogva szakmai és politikai szempontból szükségképpen a mindenkori miniszter akaratának megfelelően fogja meghatározni ezeket a területeket. A rendszerváltás előtti állapotokat ugyanakkor első sorban a miatt bírálták, hogy ugyanazok ellenőrzik és működtetik a rendszert, mint akik tulajdonosként, fenntartóként abban érdekeltek, hogy ezek az intézmények működjenek. Kilencven után tudatos törekvés volt minden közszolgáltatási ágazatban, így az egészségügyben is, hogy ezeket a funkciókat lehetőleg szétválasszák. Ha ugyanis van egy intézmény, ahol fenntartóként azért vagyok felelős, hogy működjön az intézmény, ehhez pénzt adok, majd pedig saját magamat ellenőrzöm, hogy megfelelő-e a műtő felszereltsége, akkor hatóságként esetleg meg kellene állapítanom, hogy nem felel meg a minimumkövetelménynek, és be kellene zárni a saját kórházamban az illető műtőt. Ez óhatatlanul konfliktusokat okoz, és a döntési mechanizmus a mindenkori politikai nyomás miatt várhatóan abba az irányba mozdul, hogy az intézmény fenntartása, léte minden másnál fontosabb. Az, hogy ehhez képest nincs benne elég orvos, elég műszer stb., valamelyest háttérbe szorul.

– Abszurdisztán?

– Ez egy skizofrén helyzet: egyszerre kellene a működtetésért, fejlesztésért felelni és egyben mindennek a megfelelőségét is ellenőrizni. Ez versenyjogi szempontból is érdekes helyzet: ha a szolgáltatásszervező egyben az engedélyező hatósági funkciókat is ellátja, vagy a versenytársak szakmai ellenőrzését is végzi, akkor mondhatja, hogy az enyém az egyedül jó, nem is kell, hogy más is működjön rajtam kívül ezen a piacon. Ilyenfajta konfliktusokat is előidézhet, mert monopolhelyzetet hozhat létre saját intézménye számára. Közhatalmi jogával a versenytársakat egyszerűen kiszorítja a piacról. Ha ebben a szisztémában a rendszer központjáig nincs olyan, aki ezt meg tudná akadályozni – márpedig jelenleg nem látszik –, akkor ez a konfliktus óhatatlanul jelen van. A GYEMSZI-nél összpontosul ugyanis a szakfelügyeleti rendszer irányítása, működtetése: azoknak a szakfelügyelőknek tevékenysége, akiknek szektorsemlegesen, az egészségügy valamennyi szereplőjével szemben ugyanazokat a szakmai szempontokat kell, de inkább úgy fogalmaznék: kellene érvényesíteniük. Tehát a szerepek ütközését látom az egyik legnagyobb gondnak. Például a GYEMSZI-OGYI szakértőként közreműködik a gyógyszerbefogadások területén és kiadja a gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyét is, majd kiírja a közbeszerzést is: ez máris három olyan szerep, amelyek szükségképpen ütközhetnek egymással. A korrupciós veszély lényegesen nagyobb, ez a típusú központosítás mindenképpen növeli a visszaélések kockázatát. Meglehetnének azok a technikák, eljárásjogi és egyéb olyan garanciák, amelyek ezt megpróbálják kiszűrni. Ha ezek a kontrollmechanizmusok úgy működnek, hogy személyektől való függetlenségük is garantált, akkor talán több az előny, és a korrupciós kockázat jobban kiszűrhető. Az sem egyszerű, ha a GYEMSZI szintjén kell tudni, hogy fogyóban van pl. a gipszelő anyag. Olyan informatikai rendszer, apparátus és egyéb feltételek szükségesek, amelyek egyelőre még csak nem is látszanak, de még meglétük esetén is rengeteg probléma merülhet fel. Ha a közbeszerzési eljárás garanciáit erősíteni akarom, akkor az eljárás (s ezzel az ellátás is) szükségképpen egyre nehézkesebb lesz, így egyre korábban kell felkészülni arra, hogy valami elfogy. Tehát nagyon sok buktató van a rendszerben.

PÁLYAKÉP

Dr. Fazekas Marianna az ELTE Állam- és Jogtudományi Karán 1976-ban végzett, majd a Tanácsigazgatási (utóbb Államigazgatási) Szervezési Intézet tudományos segédmunkatársa lett. 1980-tól az ELTE Állam- és Jogtudományi Kar Államigazgatási Jogi Tanszékén egyetemi tanársegéd (1980–1984), egyetemi adjunktus (1984–1995), jelenleg egyetemi docens, 2000. szeptember 1-jétől a tanszék vezetője. 2007-től 2010-ig az ELTE általános rektorhelyettese volt. Az állam- és jogtudomány kandidátusa: 1995, habilitáció: 2007. 1989-ben, a rendszerváltás előtt kezdett dolgozni a szaktárca jogi főosztályán, első komolyabb munkája a társadalombiztosítási önkormányzatok szabályozásának előkészítése volt. 1993-ig tanácsadóként, szakértőként dolgozott, részt vett a biztosítási rendszerre való áttérés, az egészségügyi rendszer átalakítása, illetve a háziorvosi rendszer kialakítása előkészítésében, és közreműködött az önkormányzatok egészségügyi szolgáltatásszervező szerepével kapcsolatos feladatokban is. Egész pályafutását kettős kötődés jellemezte: mindig a tanszéken végzett munkáját tekintette főállásnak; ahogyan fogalmaz, a közigazgatásban végzett munkáját „szakmai gyakorlatnak” tekintette. Kandidátusi disszertációjának megírása idejére 1993-ban egy évre elhagyta a szaktárcát, majd 1994-ben visszatért, és 1996-1997-ben az egészségbiztosítási törvény előkészítéséért volt felelős. 1998-tól 2002-ig a szociális minisztérium referense volt a Miniszterelnöki Hivatalban, majd ismét a szaktárcánál dolgozott. 2003-ban a kórháztörvény előkészítésében is részt vett. Horváth Ágnes minisztersége alatt jött el a minisztériumból, elsősorban rektorhelyettesi megbízatása miatt.

Régi-új igazgató a Szent Imre Kórház élén

KRASZNAI ÉVA

Bedros J. Róbert, a Szent Imre Kórház főigazgatója személyében egy könnyed, szimpatikus, határozott, de ránézésre is erőskezű, igazi menedzsert ismertem meg.

– Hadd ne finomkodjak. Noha Ön több helyen is bizonyította a vezetői képességét és rátermettségét, többekkel folytatott beszélgetéseim során nem ezeket emelték ki, hanem egyfajta politikai komiszárnak titulálták…

– Hát nem lehet azt mondani, hogy finomkodik. Aki pedig ezzel vádol, annak innen is üzenem, veszteséges kórházakat „örököltem", de távozásomkor mindig pozitív szakmai és gazdasági mérleget hagytam magam mögött. Ha pedig valakit őszintén érdekel, akkor leginkább a feladatok megoldása, a betegellátás, a csapatmunka, s nem utolsó sorban a rendelkezésre álló forintok maximális, ésszerű felhasználása érdekel. Azzal, hogy a távollétemben ki és miként minősít, inkább nem foglalkozom, a csapatomat igazoló eredmények és a betegelégedettség az, ami fontos számomra – sárdobálásban sosem veszek részt!

– Másfél esztendeje áll a Szent Imre Kórház élén. Milyen helyzet fogadta, és mit tett az azóta eltelt hónapokban?

– Amikor elnyertem a főigazgatói posztot, akkor úgy tudtam, 2-300 millió forint adósságot kell majd minél rövidebb idő alatt lefaragnunk. Azután beiktatásomat követően 2011. május 20-án az intézmény rendkívül súlyos pénzügyi, likviditási helyzetével voltam kénytelen szembesülni. Meggyőződésem, hogy a számok sem az akkori fenntartó, sem a kórház dolgozói előtt nem voltak ismertek. A korábban a köztudatban élő 300–350 millió forintos adósság helyett a tényleges szállítói állomány 946 860 746 forint volt, amelyből a lejárt fizetési határidejű számlák értéke elérte az 507 556 895 (!) forintot. Mindezeken felül 104 713 735 forint került átütemezésre. A kórház bankszámláját egy 66 091 000 forintos pervesztés nyomán bírósági végzéssel zárolták. Az új vezetés mindösszesen 295 299 forint (!) likvid pénzzel dolgozhatott. Tényfeltáró és helyzetelemző munkánk eredményét egy független, külső átvilágítás mellett a Fővárosi Önkormányzat Belső Ellenőrzési Főosztálya által támogatott és irányított belső ellenőri vizsgálat is alátámasztotta. Munkánkat egyébként tovább nehezítette, hogy a kórház számára – számos esetben – anyagilag hátrányos szerződések is folyamatosan kerültek elő.

– Hogy tudtak így dolgozni?

– A rendkívül súlyos pénzügyi helyzet kezelése, konszolidálása az átalakított menedzsmenttől a napi rutinfeladatok mellett mindmáig megfeszített munkát és odafigyelést igényel. Szigorítottuk, szabályozott keretek közé tereltük a kötelezettségvállalás rendjét és a bizonylati fegyelmet. Új teljesítménytervet állapítottunk meg az egyes szakmai profiloknak, amely a finanszírozási lehetőségek maximális kihasználását célozza meg, növelve ezzel bevételeinket. Felülvizsgáltuk és felbontottuk a kórház számára előnytelen szerződéseket.

– A következetes és racionális gazdálkodásnak köszönhetően az intézmény szállítói állománya mára négyszáz millió forintra csökkent…

– Amelyből a lejárt – 1–30 nap közötti – fizetési határidejű számlák összege „csupán" 52 millió (!) forint, azaz másfél év alatt mintegy tizedére csökkentettük a lejárt szállítói állományt! Jelenleg a bankszámlánkon 54 millió forint van. Egyébként 1999–2012 között két rekonstrukció történt a ma 678 kórházi ággyal működő intézményben, ahol napjainkban már egy modern helikopter-leszállópálya is fogadja a betegeket. Tudatos és határozott válságkezelésünk eredménye a táblázatban látható.

Megnevezés	2011. május 20.	2012. június
Szállítói állomány összesen	946 860 746 Ft	408 670 760 Ft
Lejárt	507 556 895 Ft	52 972 002 Ft
Likvid pénzeszköz	295 299 Ft	54 817 900 Ft

– Ha már az imént pletykáltam, a tisztesség okán azt is el kell mondanom, hogy a munkatársai nagyon féltek Öntől, de állítják, pozitívan csalódtak az új vezetőjükben.

– Nem titkoltam el, hogy a színvonalas betegellátást határozottan elvárom a kollégáktól – bármilyen pozícióban legyenek is –, továbbá az elviselhetetlen hiánynak gyorsan véget kívánok vetni, amely egyúttal az itt dolgozók helyzetét is hivatott javítani.

– Egyik sem könnyű feladat… Mennyire sikerült partnerekre találnia?

– Szerencsére a dolgozók az új vezetés mellé álltak, mi pedig felkészült szakembereket „kaptunk", olyanokat, akik szakmájuk elhivatott művelői. Egyes területeken nagyhírű, kiváló munkatársak tevékenykednek. Velük eredmények produkálhatók. Nem véletlen, hogy a lakosság és a szakmai berkekben igencsak jó a kórházunk megítélése, s ugyanezt mondhatom el a kiemelkedő színvonalú VIP-ellátásunkról is.

– Érkezését követően sokan távoztak?

– Alig-alig. Mindig, mindenütt arra törekedtem, hogy a meglévő munkahelyeket megőrizzem. Ha valakit mégis elküldtem, annak súlyos munkahelyi vétség volt az oka… Mint mondottam, a színvonalas és zavartalan betegellátás a vezérlő elveim egyike.

– Azt, hogy küzdő szellem, továbbá jó csapattal dolgozik, mi sem bizonyítja jobban, minthogy egyetlen év alatt oktatókórházzá lett az intézménye. A főbejáratnál ott függ a tábla: a Pécsi Tudományegyetem Oktató Kórháza.

– Nézze, számomra egy álom teljesült ezzel a címmel, nem hiába küzdöttünk érte, azt mondom: megérte! A fővárosban megkapni az oktató kórház címet, az magas fokú elismerés az intézmény – és egyben minden dolgozója – számára. De ha a fővárosi kórházak közül elsőnek a Szent Imre kapja meg, akkor az még nagyobb elismerés! Mindez az itt folyó szakmai és tudományos munka minősítése. Értékeli azt a képzést, azt az oktatói tevékenységet, amit a nálunk lévő orvosok végeznek a hallgatók érdeké-

ben. Az intézetünkben sok neves professzor dolgozik, nívós tudományos eredményekkel. Csak az elmúlt esztendőben 305 publikált tudományos munka született, kollégáink közül 13-an külföldi kongresszusokon vettek részt, szakmai folyóiratokban 50 közlemény jelent meg. Mintegy 150 orvostanhallgatót, 48 központi gyakornokot és 12 szakorvosjelöltet fogadtunk. A klinikai szakorvosképzés is elsőrendű nálunk. Nekünk pedig fel kellett nőni ehhez a feladathoz. Az új vezetőség irányítása mellett az intézet képes volt ezt az állomást elérni, amelyre nagyon büszke vagyok.

– Mindebből mit érzékelnek a betegek?

– Természetesen a cím nem csak a munkatársainknak szól, hanem a pácienseknek is, mert tudhatják és megnyugodhatnak, hogy jó helyen, egy oktató kórházban gyógyulnak. Magas színvonalú munkával járulunk hozzá, hogy ezt minél inkább érzékelhessék. Azok a hallgatók pedig, akiket mi képzünk, tudományosan és szakmailag is továbbviszik majd a nálunk tanultakat és tapasztaltakat, hogy még sikeresebben gyógyíthassák betegeiket.

– Az imént elmondottak szépen hangoztak, ám a költségek folyamatos emelkedése mellett a finanszírozás esztendők óta nem változik. Hogyan lehet így továbblépni?

– A legutóbbi rekonstrukciónak köszönhetően az intézmény mintegy 10 ezer négyzetméterrel bővült – és nagyon jó. Hátulütője viszont, hogy a finanszírozás nem számolt a rekonstrukciós területek fenntartásával és működtetésével, hasznosításával, márpedig emiatt éves szinten több mint 95 millió forintot veszítünk.

– Mennyire tartható a finanszírozás a HBCS és az aktuális TVK függvényében? Hogyan alakulnak a várólisták az intézményben?

– Az ez év július 1-jétől érvényes – július, augusztus, szeptember, október – teljesítményvolumen-korlát (TVK) számunkra gyakorlatilag nem változott. Miután azonban jelentősen megnövekedett a területi ellátási kötelezettség (TEK) ez előre vetíti, hogy amennyiben az új finanszírozási évre – 2012. november 1. és 2013. október 31. – nem történik TVK-emelés, akkor az úgy a betegellátás színvonalának csökkenéséhez, mint a várólisták növekedéséhez vezet majd. Reméljük, hogy nem következik be ez a helyzet. Egyébként a nyári – a vélhetően – alacsonyabb igénybevételre gondolva az aktív fekvőbeteg-ellátásnál kezdeményeztük az OEP-nél a szezonális index alkalmazását. De már most érzékeljük a nagyobb betegforgalmat, és ez ősztől csak növekszik majd. Mindenesetre a megnövekedett TEK a jelenlegi finanszírozás mellett csak a TVK jelentős emelésével, a szigorú keretgazdálkodással, s nem utolsó sorban a saját bevétel növelésével teljesíthető.

– Nem tévedek, ha azt mondom, a gazdasági válság következtében az egészségügyre fordítható forrás nem csak nálunk, hanem az Unió országaiban is csökkent?

– Ez igaz, mégis csak az aktív fekvőbeteg-

Dr. Bedros J. Róbert

ellátás koncentrációjával, a gyógyszerkasszsza csökkentésével, a belső tartalékok kiaknázásával és az esetleges uniós források bevonásával képzelhető el a betegellátás szinten tartása, illetve annak igény szerinti növelése. Továbbá, az előrelépésben a jövőben a sokat emlegetett betegút-szervezés és a kórházi ellátásokat kiváltó egyéb ellátások bővítése segíthet. Természetesen a beszerzéseknél ki kell használni a központosított és saját kezdeményezésű közbeszerzési eljárások lehetőségét, ezek árelőnyét. Ugyanakkor számos esetben szűkítik ezzel az intézmény mozgásterét az esetleges évközi kedvezőbb szállítási ajánlatok felé való elmozdulásra.

– Annyi korszerű technikát alkalmazó, 21. századi kívánalmaknak megfelelő osztályuk van (klinikai szintű trombózis és hemosztázis szakrendelés, a sürgősségi osztály, a lipid-részleg stb.), amellyel nem sok intézmény dicsekedhet. Számomra mégis érthetetlen, hogy például egy nőgyógyászati osztály mellett miért nincs urológia vagy reumatológia ellátás? Önöknél korábban legendás volt a termálforrás és a kénes vízzel való gyógyítás. Az Erzsébet Sósfürdőt országhatáron átnyúlóan ismerték. Mikor fordítható akár állami, akár piaci alapon ez ismét a betegek épülésére?

– A választ nem tudom, nem rajtam múlik. Mint ahogy a komplex traumatológiai ellátás megteremtése is a vágyaim közé tartozik, de a beindítása nem az én kompetenciám. Minden adottságunk meg lehetne ahhoz, hogy Budán egy modern sürgősségi központot üzemeltetessünk. Ez nem csak presztízskérdés, hanem ráció is. A profilbővítés, a szakmai-, a diagnosztikai központunk fejlesztése szintén a közeljövő feladatainak sorát gazdagítja. Logikátlan, a diagnosztizálás, a gyógyítás ellen való, hogy nincs MRI-készülékünk. Minden fejlesztés nehéz feladat elé állítja a vezetést is, de azt kell tenni, ami a betegeknek a leghasznosabb. Ezért fontos küzdeni! Nekem ettől szép az egész, emiatt van jövőképem…

– Júliustól sok egyéb között diabetológiából hatalmas betegellátási területet kaptak.

– Ha van pénz, paripa, fegyver, képesek leszünk a feladatoknak megfelelni. Szerencsére, valóban naprakész tudással rendelkező szakemberek dolgoznak nálunk.

– A szándékaik nemesek, de ismét visszatérve egy korábbi gondolathoz, vajon miként érzik a változásokat a betegek?

– Mérjük a betegelégedettséget, és azt tapasztaljuk, hogy folyamatosan javul. Kevés pénzből senkinek sem könnyű jó ellátást nyújtani… Mindenesetre az ellátás minőségének javítása továbbra is célunk. A Szent Imre Kórház nem volt, és ma sincs kiváltságos helyzetben, de egy főigazgatónak kutyakötelessége a fejlesztésekért, a betegellátás jobbításáért harcolni.

– Önöknél miként valósult meg a dolgozói béremelés?

– Az intézményeknek saját hatáskörben az elmúlt években nem volt lehetőségük a bérek rendezésére. Bizonyos hiányszakmáknál azért mi is igyekeztünk piacképes béreket megállapítani. Milyen következménnyel tettük? Házon belül sikerült kisebb-nagyobb feszültséget okoznunk... A jelenlegi béremelésre már igen nagy szükség volt, ám hiába is szépítenénk, a humánerő-elvándorlás továbbra is komoly gondunk. A Szent Imre Kórházban az is feszültség forrása lehet, hogy a jelenlegi bérrendezésből a műszaki-gazdasági hátteret biztosító kiszolgálók kimaradtak. Éppen azok, akiket jobbára minimálbérre vesszük fel. Így azon a területen sem véletlen a fluktuáció. A szakembergárda többsége, látva az eltelt rövid idő alatt a kórház szakmai fejlődését, gazdasági stabilitását – hiszem, hogy nem tévedek –, a jövőjét az intézetünkben képzeli el.

Nem a bér az igazi megtartó erő, hanem a kollektíva

BERNÁTH BEA

Talán az utolsó olyan orvos, aki a közelmúltig főigazgatói tevékenysége mellett egy gyógyító osztályt is vezetett – az Általános Sebészeti Osztályt. Emellett heti 10–15 órában operált, sőt tavaly decemberig még ügyelt is. Dr. Svébis Mihály, a kecskeméti Bács-Kiskun Megyei Kórház idén augusztusban öt évre kinevezett régi-új direktora egy ideig gondolkozott azon, hogy az időközben állami kézbe került intézmény főigazgatói posztjára ismét beadja-e a pályázatát. Végül többek között az az érv döntött, hogy látni szerette volna a vezetése alatt megkezdett nagy beruházások, így például a 11,6 milliárdos Pólus pályázat eredményét.

– A mostani főigazgatói kinevezésével le kellett mondania az Általános Sebészeti Osztály vezetéséről, de a gyógyítást folytatja, hiszen most, az interjúra is egy műtétről érkezett…

– A gyógyításról nem tudok és nem is akarok lemondani. A műtő egy más világ, olyan hely, ahol megszűnik minden külső zavaró tényező, ahol csak egy dologra koncentrálhat az ember. Itt nem lehet idegeskedni, nem lehet behozni a kinti problémákat, mert azt a beteg sínylené meg. Továbbá, egy jól sikerült operáció nekem is erőt ad. Talán ezek után nem értik félre, amit mondok: én azért is megyek a műtőbe, hogy feltöltődjek.

– És miért tartotta fontosnak, hogy ügyeljen is?

– Látni akartam, hogyan működik éjjel a kórház. Ezen kívül azt gondolom, hogy nem baj, ha egy vezető közvetlenül is részt vesz a napi munkában. Így ugyanis saját bőrén is érezheti, ha rossz döntést hozott. Tehát a napi, rutin-betegellátásban részt venni egyfajta önkontrollnak is jó volt.

– Talán az sem mellékes, hogy a beosztottjai így hitelesebbnek fogadják el, amit mond…

– Kétségtelen, hogy a mi területünkön is fontos, hogy a kórházi vezető orvos szakmailag is képzett legyen, mert aki csak csetlik-botlik, annak tényleg nincs hitele. Ráadásul egy szakmán belül is jobban megértjük egymást, nem véletlen, hogy orvosigazgató kollégámmal, dr. Bozóky Gézával felosztottuk a kórházban az orvosszakmai területeket: én a manuális szakmák művelőivel egyeztetem a döntéseket, Géza, aki belgyógyász, a belgyógyászati jellegű szakterületek kollégáival tárgyalja meg a dolgokat.

– Nemrég egy személyes döntést kellett meghoznia: határoznia kellett, indul-e a megváltozott tulajdonosi hátterű kórház főigazgatói székéért. Mivel már 2007 óta vezeti a kórházat, gondolom, nem volt nehéz a választás.

– Téved. Elég nagy dilemma volt számomra a döntés. Az utóbbi hónapok ugyanis nem voltak egyszerűek, hiszen a tulajdonosváltással rengeteg egyéb változás is történt, számos új feladatunk is lett. Nem kis kihívás megbirkózni ezekkel a nagy változásokkal, egy teljesen új rendszer épül ki, ami természetesen kezdetben sok nehézséggel is jár. Korábban, a megyei önkormányzattal már olajozott volt az együttműködés, az elnök úrral nagyon jó munkakapcsolatban voltunk, így akár egy rövid beszélgetés során is gyorsan tudtunk döntéseket hozni a kórház fontos ügyeiről. De – Kecskemét város is nagyon komoly támogatója kórházunknak, hiszen évi 28–30 millió forinttal járul hozzá ebben az évben is az ügyeleti díjainkhoz. Míg tehát korábban a kórházunk volt a megyében a zászlóshajó, mostantól az új tulajdonosokkal kell kialakítani hasonlóan jó kapcsolatot. Ezen felül jelenleg is zajlik, de nagyobbrészt még előttünk áll egyfajta, a régiónk beli kórházak közötti együttműködési struktúra-átalakítás. Tehát, amikor be kellett adni a pályázatot, mérlegelnem kellett, hogy csak a gyógyítással foglalkozzam-e a későbbiekben, vagy az említett nagy kihívásokat is felvállaljam. A kollégáktól és családomtól is sok biztatást kaptam, végül magam is beláttam, hogy be kell fejezni azokat a nagy beruházásokat, amelyek már az én főigazgatásom

Dr. Svébis Mihály

PÁLYAKÉP

Dr. Svébis Mihály 1953-ban született, a pest megyei Újhartyánban, a kecskeméti Piarista Gimnáziumban érettségizett, és a budapesti Semmelweis Egyetemen diplomázott 1980-ban. Az oklevél megszerzése után visszakerült Kecskemétre a megyei kórházba, ahol az óta is, 32 éve dolgozik. Időközben szakvizsgát tett sebészetből, valamint plasztikai- és égési sebészetből, tovább képezte magát Franciaországban, Strasbourg-ban és az USA-beli Cincinnatiben. Két éve pedig megszerezte az egészségügyi menedzsment-szakértői diplomát is. A kecskeméti megyei kórházban végigjárta a szamárlétrát: osztályos orvosként kezdte, kórházi adjunktus, majd az általános sebészeti osztály főorvosa lett. 15 éve került az intézmény vezetői közé mint orvosigazgató, 2007 óta pedig a kórház főigazgatója. Több szakmai és tudományos szervezetnek és testületnek tagja, így például a Szakmai Kollégium Általános Sebészet Tagozatának, a Magyar Sebész Társaság vezetőségének, valamint a Kórházszövetség elnökségének. Kitüntették többek között a Magyar Köztársasági Érdemrend Lovagkeresztjével, megkapta a „Bács-Kiskun Megyéért” díjat, és díszpolgára lett Kecskemét városának is.

alatt indultak. Úgy éreztem, nem tehettem volna meg, hogy a sokszor 5-6 éve húzódó ügyeket, illetve az átalakítással kapcsolatos feladatokat egyszerűen félbehagyom.

– Mondana egy kicsit többet az integrációról?

– Július 1-je óta Nagykőrös és térségének fekvőbeteg-ellátását is itt, a megyei kórházban végezzük. Ezen kívül 2013. január elsejével hozzánk kerül a Kiskunfélegyházi Városi Kórház is, így 199 ággyal nő majd az ágyszámunk és 242 fővel a dolgozói létszám. Jövőre szintén beolvad majd intézményünkbe a Kalocsai Városi Kórház, ami további 424 ágyat és 497 dolgozót jelent. A tervezett átalakítás után az ország egyik legnagyobb kórházává fogunk válni.

– Az integráció után mi történik a kalocsai, kiskunfélegyházi kórházépületekkel?

– Kalocsán sürgősségi betegellátó osztályt, egynapos sebészeti részleget alakítunk ki, és áttelepítjük a járóbeteg-ellátást a főépületbe. Kiskunfélegyházán is a kórház területére költöztetjük a járóbeteg-szakrendeléseket, a krónikus belgyógyászati, valamint a rehabilitációs ellátás is tovább működik.

– Mindezen nagy átalakításokat az a Pólus program alapozhatja meg, amely – ha jól számolom – 2007 óta folyik. Most hogy áll ez a több mint 11 milliárd forintos beruházás?

– Az új 15 ezer négyzetméteres épületszárny falai már állnak, most a géppark beépítésére várunk, de úgy tűnik, hogy tartható a jövő év június 30-i határidő. Talán csak az fáj egy kicsit, hogy mire megérkeznek a több éve a megrendelés pillanatában legkorszerűbbnek ítélt műszerek, addigra a hosszú pályázati eljárás miatt már kissé elavultak lesznek, és a piacon már sokkal többet tudó gépeket is lehet majd kapni. Persze ennek ellenére nagyon büszkék leszünk, ha megnyílik az új szárny, amelyben 1-2-3 ágyas szobák lesznek, és összesen 1341 új helyiség épül. Idekerül majd az anya-gyermek mátrix a csecsemő- és gyermekgyógyászati osztállyal, a szülészeti-nőgyógyászati osztály is a maga szülészeti ellátó egységeivel, valamint a neonatális intenzív centrummal. Itt helyezzük majd el a szív- és érrendszeri mátrixot, amely magában foglalja az intervenciós radiológiát és az angiográfiai labort, a belgyógyászati osztály másodlagos keringési megbetegedéseket ellátó egységét, a kardiológiát, a koronária-őrzőt és a kardiológiai diagnosztikát. Ugyanitt fogják ellátni a keringést megterhelő tüdőbetegségeket is. A szív- és érrendszeri mátrixba átkerülnek majd a DSA-berendezések, melyek már jelenleg is működnek, és lehetővé teszik többek között a keringési rendszer invazív ellátást igénylő betegségeinek 24 órás diagnosztizálását és gyógykezelését. Az új épületszárny ad majd otthont a regionális fej-nyaksebészeti mátrixnak: itt lesz az arc-, állcsont- és szájsebészeti ellátás, a fül-orr-gégészeti ellátás és a helyreállító, protetikai rehabilitációt elősegítő ellátás is. A Pólus keretében elkészült a rendelőintézet 3. emeleti ráépítése, és a közeljövőben az informatikai rendszer korszerűsítése, illetve a diagnosztikai gépek beszerelése is megkezdődhet. A DEXA-labort, a Központi Neurofiziológiai Laboratóriumot, és a Citodiagnosztikát is fejleszteni tudjuk. Összesen egyébként 3 milliárd forintért 454 új orvosi műszert vásárolunk, ami azt jelenti, hogy a műszerpark 34 százaléka újul meg.

A kecskeméti Bács-Kiskun Megyei Kórház aktív ágyainak száma 1051. Ezen kívül még 127 krónikus ágy is van az intézményben, tehát összesen 1178 ágyon látják el a betegeket. Az intézményben foglalkoztatottak száma 1756, ebből 276 orvos. A kórháznak összesen 34 betegellátó osztálya van, ebből 22 aktív fekvő-, 4 krónikus fekvő-, 8 pedig járóbeteg- + diagnosztikai osztály. Tavaly összesen 66 ezer 792 beteg kapott aktív és 1368 krónikus ellátást. A járóbeteg-ellátásban 1 millió 471 ezer 183 esetet kezeltek. A műtétek száma 2011-ben 17 ezer 675 volt. A kórház idei előirányzott költségvetése több mint 16,9 milliárd forint.

– Elég grandiózus átalakítás – gondolom, ön ellentétben a kollégáival, elégedett.

– Természetesen örülök ezeknek a változásoknak, de azért egy kis üröm is vegyül ebbe az örömbe. A Pólus pályázat feltétele volt, hogy az Izsáki úti telephelyet meg kell szűntetni. Ebbe a pályázatba minden osztály nem fért bele, a megyei önkormányzat, az akkori tulajdonos vállalta volna, hogy 3,5 milliárd forintért ezeket az ellátásokat is bevegyük a Pólus II. programba. A tulajdonosváltás miatt azonban ezzel már nem számolhatunk, de keressük az új tulajdonossal a megoldási lehetőségeket.

– Egy éve egy interjúban azt mondta: a legfontosabb két dolog, amire az egészségügynek szüksége van, az a struktúraváltás és a bérrendezés. Ha nem teljesen, de végül is mindkettő teljesült valamilyen szinten. Erre gondolt?

– Szerintem még kevesebb kórházra lenne szükség. Gondoljon csak bele: itt 100 kilométeres körzetben hét kórház van, sőt olyanok is akadnak, amelyek egymástól 20-30 kilométerre találhatók. A hétből kettő megyei szintű. A béremelésről pedig már mások is elmondták, hogy a szándék jó volt, a megvalósítás viszont nem az igazi. Hiszen az, hogy külön soron kezelik az emelt összeget, tehát a béremelés nem épült be az alapbérbe, bizonytalanná teszi az egész rendezést, hosszú távon nincs garancia rá. A kollégák érzik ezt, tehát valószínűleg nem éri el a célját, nincs itthon tartó ereje. Az ápolók bérrendezését is célszerű lenne felülvizsgálni, mert éppen a kvalifikált szakembereké várat magára.

– A megyei kórházból is sok orvos ment el külföldre dolgozni?

– Kecskeméten még nem jellemző az elvándorlás. Saját példánk alapján azt hiszem, hogy valójában nem a bér az igazi megtartó erő, hanem a kollektíva. Remélem, nálunk ez még sokáig így is lesz.

– Ezek szerint ön tudja a receptet, hogyan lehet pénz nélkül megoldani ezt a problémát. Kérem, árulja el a részleteket!

– Nem mondom, hogy pénz nélkül, de tényleg fontosabbnak tartom, hogy az itteni fiatal és kevésbé fiatal orvosok biztosak legyenek abban, hogy ha letesznek valamit az asztalra, akkor el is érhetnek valamit. 8–10 éve született egy döntés, amely szerint az itteni orvosokból akarunk főorvosokat képezni, lehetőleg nem kívülről hozunk vezetőket. Ez az óta így is van. Emellett a kollégák azt is tudják, hogy a kórháznak jó a híre, korszerű a műszerparkja, tehát szakmailag is sokat lehet itt fejlődni. Azaz, ha kicsiben is, de mi itt helyben tudunk nyújtani egyfajta életpályamodellt, ami egyelőre még képes itt tartani az orvosokat. Hozzá kell azonban tennem, hogy pénz nélkül sokáig ez a vonzerő sem működik már.

– A kecskeméti intézmény azon kevés kórházak egyike, amelynek alig van adóssága. Ezt hogy csinálják?

– Mi nem akkor kezdtünk oltani, amikor már égett az egész ház, hanem megfontoltan és időben elindítottuk a megszorításokat. Az is igaz persze, hogy az elmúlt 10 évben eljutottunk ódáig, hogy a szakmai színvonal csökkentése nélkül ma már nem tudunk tovább spórolni.

– Mindez jelentheti azt, hogy nem lesz gond ennek a jövőre felálló megaintézménynek a működtetésével?

– Működni fog, mégpedig kiválóan, ebben egészen biztos vagyok.

Egyre kevesebb a pszichiáter

LÓRÁNTH IDA

Abban a hazai pszichiátria képviselői szinte mindannyian egyetértenek, hogy 2007-ben nagy hiba volt az OPNI bezárása, illetve a szakma sokéves, egyre súlyosabb mértékű alulfinanszírozása. Erre világítanak rá az Állami Számvevőszék (ÁSZ) pár hete publikált jelentésében az ellátás minőségére vonatkozó kritikák. Ezen az áldatlan helyzeten javítana a tervekben már megfogalmazódott új Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI) létrehozása.

Német Attila professzor, a szakmai kollégium pszichiátriai és pszichoterápiás tagozatának elnöke július végén bejelentette: a budapesti Nyírő Gyula kórházat a tervek szerint a jövőben addiktológiai és pszichiátriai centrummá fejlesztik és ebből (az egészségpolitika szándéka szerint) később kialakulhat majd egy, az OPNI-hoz hasonló funkcióval működő, legmagasabb kompetenciaszintű országos intézmény, az Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet (OPAI). Hangsúlyozta: egy ilyen, harmadik progresszivitási szintű intézetnek a legmagasabb színvonalú betegellátást kell nyújtania, emellett kiemelt feladatai vannak az oktatás és a kutatás terén, valamint gyógyszertani központnak kell lennie. Hozzátette: erre a feladatra vállalkozott a Nyírő Gyula Kórház vezetésére benyújtott pályázati anyagában is. Elmondta továbbá, hogy ennek az országos központnak nem csak a jelenleg leromlott állapotú pszichiátriai ellátás fejlesztése és legmagasabb szintre való emelése lenne a célja, hanem a tudományos, a kutató-, és oktatómunka centralizálása is.

Az OPNI, a pszichiátriai ellátás múltja...

Szorongás, alvászavar, depresszió

A terv mielőbbi megvalósításának szükségességét nyomatékosan alátámasztja az ÁSZ közelmúltban megjelent vizsgálata is, amely a 2006–2011-es évekre kiterjedő hat év pszichiátriai ellátásának anomáliáit vizsgálta. A jelentés bevezető gondolatában utal az Európai Neuropszichofarmakológiai Kollégium tavaly szeptemberi tájékoztató dokumentumára, amely a kontinens harminc országára kiterjedő, a lakosság mentális állapotát tükröző vizsgálat eredményeit rögzíti. Az egy éven át tartó, országokon átívelő kutatás megállapította, hogy az európai lakosság 38,2 százalékának, vagyis majdnem 165 millió embernek van valamilyen mentális problémája: fellelhető náluk a vizsgálatba bevont 27-féle mentális kórkép valamelyike – de sokaknál többféle is. Feltételezések szerint az érintetteknek ez a közel 40 százalékos aránya még magasabb lehet, mert a vizsgálatban szereplő 164 milliós betegszám csupán a diagnosztizált eseteket foglalja magában, a felfedezetlen, „rejtőzködő" betegeket nem. A szakértők becslése szerint ezt a tényt, valamint a szakma által hagyományosan alkalmazott becslést is figyelembe véve leszögezhető, hogy Európában közel félmilliárd embernek lehet valamilyen mentális problémája, hiszen általános tapasztalat, hogy a betegeknek mindössze egyharmada fordul pszichológushoz vagy pszichiáterhez gondjaival. A kutatás eredményei azt mutatják, hogy leggyakoribb mentális problémák a szorongás (14 százalék), az alvászavar (7 százalék) és a major depresszió (6,9 százalék). Az ÁSZ jelentésének magyarországi adatait a KSH 2009. évi első, nemzetközileg is standardizált európai lakossági felmérésére alapozta, amely a 15 évesnél idősebb magyar lakosság népegészségügyi állapotát vizsgálta. E statisztika szerint a válaszadók hat százaléka ismerte be, hogy krónikus depresszióban, 3 százalékuk pedig azt, hogy valamely más mentális betegségben érintett. A valóság a szakma egyöntetű véleménye szerint ennél lényegesen rosszabb és árnyaltabb: a különféle mentális/pszichiátriai kórképek napjaink Magyarországán már a népbetegségek közé sorolhatók, mert a lakosság nagy tömegeit érintik. Szakmai becslések szerint a krónikus pszichiátriai betegségekben (skizofrénia, depresszió, demencia) több százezer ember érintett, emellett az európai átlagnál lényegesen több a depressziós férfi, az alkoholista, a bipoláris betegségben szenvedő – mindezek következményeként pedig magasabb a befejezett öngyilkosságok száma. A lakosság romló pszichés állapotára figyelmeztet az a tény, hogy 2010-óta ismét gyakoribbá váltak az öngyilkosságok. Ez a megállapítás önmagában is fokozott szakmai figyelmet igényel, hiszen ez a szomorú statisztika az ezredforduló óta egészen 2009-ig lassú, de tartós csökkenést mutatott. Általános nemzetközi tapasztalat, hogy az ellátás minőségének a javításával, illetve a közösségi támogató szervezetek munkájának intenzív segítségével az a statisztika jelentősen javítható.

Tízezer betegre másfél ágy

Az európai országok átlagát tekintve a becslések szerint a kontinens országaiban a GDP 3-4 százalékát költik a mentális/pszichiátriai betegségek gyógyítására, illetve a megbetegedések által generált költségekre. Ez az átlag, ha az egyes országok egészségügyi költségvetéseit vizsgáljuk, természetesen óriási különbségeket mutat. Vannak államok, ahol talán még ennél többet is költenek betegeikre, másutt viszont (pl. Magyarországon) az átlagnak csupán a töredékét. Az ellátórendszer költségeinek csökkentését szolgálta például az Egészségügyi törvény 2006-os módosítása, amely megváltoztatta a korábbi ellátási struktúrát, és számos kór-

ház pszichiátriai osztályának kapacitását csonkította, vagy szüntette meg. Bezárta továbbá a betegeket kezelő országos intézményt, az OPNI-t. Az ott megszüntetett 849 ágy kapacitásából mindössze 599 ágyat adtak át a főváros intézményeinek, a Semmelweis Egyetemnek, illetve a Pest megyei Önkormányzat kórházainak. A kapacitáscsökkentés eredményeként 250 pszichiátriai ággyal kevesebb maradt a fővárosban és környékén. A kapacitáscsökkentés nyomán kialakult áldatlan helyzetet az Állampolgári Biztosok Hivatala is többször kifogásolta. Az ombudsman többek között sérelmezte, hogy az országban egyenlőtlen a betegek ellátáshoz való hozzáférése, Heves megyében például 1,2 pszichiátriai ágy jut tízezer betegre, a Dél-Alföldön viszont 3,6 – de vannak olyan régiók, amelyekben egy sem. Az ellátás minőségének folyamatos romlása nem csak a kapacitások durva csökkentésével magyarázható, hanem azzal is, hogy egyre kevesebb Magyarországon a pszichiáter, a gyermekpszichiáter, a pszichológus, illetve a szakápoló. 778 pszichiáterből és gyermekpszichiáterből az átalakítások után már csupán 706 fő, 273 pszichológusból 191 fő dolgozott, a kórházi szakápolók létszáma pedig a felére, 1360-ról 729-re csökkent. Az ellátás minőségét jelentős mértékben rontotta a 2007 áprilisában bevezetett új finanszírozási rend, amely felére csökkentette a járóbeteg-gondozók támogatását, majd 2011 októberétől ez is teljesen megszűnt. Utóbbi tovább rontotta a területi ellátás működési feltételeit. Ekkor vezették be a régi finanszírozás helyett a homogén gondozói kódokat, ami azt eredményezte, hogy 2011-ben a 2006-os finanszírozásnál 16 százalékkal, vagyis 633 millió forinttal kevesebb jutott erre az ellátásra.

Az ÁSZ megállapítása szerint nincs összhang az egészségügyi és szociális területek munkája között, holott ennek a pszichiátriai és mentális betegek esetében különösen nagy jelentősége volna. Az ezredforduló táján az akkori egészségpolitika létrehozta a közösségi szolgáltatásoknak, valamint a pszichiátriai betegek rehabilitációjának a hálózatát, és lépések történtek az otthonápolás megszervezésére is, ezek az előremutató lépések nem folytatódtak. Elmaradt a pszichiátriai otthonok fejlesztése, kevés a férőhely. 2006-ban átlagosan 321 napot kellett várakoznia a betegnek az otthonba való bekerülésre, tavaly már 338 nap volt az átlag. Ám az ellátás egyenlőtlenségei miatt olyan intézmény is akadt, ahol a várakozási idő több mint ezer nap volt.

Hogyan hasznosult a ráfordítás?

Az ÁSZ szakértői az ellenőrzés céljaként jelölték meg többek között a pszichiátriai ellátás átalakítására fordított források hasznosulásának a mértékét, annak elemzését, hogy az átalakítás meghozta-e a kívánt eredményt, vagyis magasabb színvonalú, költséghatékonyabb, a lakosság által hozzáférhetőbb lett-e a szolgáltatás. Vizsgálati módszereiket a következőképpen körvonalazzák: „A pszichiátriai betegellátás eredményességének a 2006. és 2010. évek közötti változását tizenegy indikátor alakulásának elemzésével mértük. Az eredményesség javulása megállapításához azt a feltételt adtuk, hogy az alkalmazott indikátorok többsége kedvező irányban változzon. A népegészségügyi célkitűzésekkel összhangban kedvezőnek tekintettük, ha csökken az öngyilkosságok száma, valamint a százezer főre vetítve nem éri el a húszat, a fiatalkorúak körében 20 százalékkal visszaesik az elkövetett öngyilkosság miatti halálozás, ha az alkohol miatti májzsugor és egyéb alkoholos májbetegségek miatti halálozás 10 százalékkal csökken 2008-ig, ha csökken a drogfüggők száma, valamint ha nő a depressziós betegek kezelési aránya. Az eredményesség javulását jelző indikátoroknak értelmeztük továbbá az öngyilkossági kísérletet megelőző három hónapban pszichiátriai kezelésben részesültek arányának csökkenését, az aktív pszichiátriai ellátásból hazabocsátottak 30 napon belüli visszavételi arányának csökkenését, a pszichiátriai otthonokba történő elhelyezés várakozási idejét, a nem önkéntes pszichiátriai felvételek esetszámát, ha azok csökkentek, illetve a közösségi ellátásban lévő betegek számát, ha az emelkedett".

... és a jövője: az OPAI a Nyírő Gyula Kórházban.

Összegző megállapításaik között többek között kijelentik: bár a szaktárca és a szakmai szervezetek már 2008-ban elkezdték kidolgozni a pszichiátriai betegellátás teljesítményértékelésének a paramétereit, azok eredményességét és költséghatékonyságát máig nem értékelték, mivel ezek kiértékelésére még ma sincs elfogadott módszertan. Megállapítható továbbá, hogy a vizsgálat kezdő évéhez, 2006-hoz képest a pszichiátriai betegek ellátását szolgáló források felhasználása romlott, a közpénzfelhasználás 2011-re eredménytelenebb lett, mint a kezdetekkor volt. Romlott a hatékonyság az öngyilkossági kísérletek megakadályozása területén, nőtt a befejezett öngyilkosságok száma. Nem csökkent a drogfüggők létszáma, kevesebb depressziós beteg kapta meg a számára szükséges kezelést. Gyakoribb lett a pszichiátriai osztályokról hazabocsájtottak 30 napon belüli visszatérése az intézménybe, nőtt a pszichiátriai otthonokba való felvétel várólistája. 2008-ig eredményként könyvelhető el az alkoholos májzsugorban szenvedő betegek létszámának 10 százalékos csökkenése, továbbá a közösségi ellátásban részesülők számának a növekedése, 2008 után azonban változott a tendencia. További gondként említik, hogy „a 2011. év májusában a kormány által elfogadott Semmelweis-terv a » népegészségügyi célok« elérése érdekében kívánta átalakítani a pszichiátriai ellátást, valamint egy új intézmény – az OPAI – megalapítását tűzte ki célul. Az intézet megvalósíthatósági tanulmányának elkészítése a kormányhatározatban megjelölt határidőre nem valósult meg, egyeztetése, kiegészítése még folyamatban van. Pénzügyi forrást a program nem rendelt a feladatokhoz. Rontják a népegészségügyi célkitűzések elérésének esélyét, hogy a pszichiátriai ellátást is érintő speciális stratégiák közül a drogstratégiát többször átdolgozták, az alkoholstratégiát még nem fogadták el". Az ellátás számadatai közül a jelentés megemlíti többek között, hogy 2006–2010 között 0,6 százalékkal csökkent az intézményekben ellátottak száma – 629 ezerről 626 ezer főre. A nappali szociális bentlakásos ellátottak létszáma viszont körülbelül 20 ezerről 75 ezerre gyarapodott. Ugyanebben a periódusban 5 százalékkal, 4,6 milliárd forinttal csökkent az ellátás OEP-támogatása.

Mentális segítség doktornőknek

LÓRÁNTH IDA

A különféle felmérések, tanulmányok adatai szerint a hazai orvostársadalom egészsége más diplomásokhoz viszonyítva rosszabb. Különösen igaz ez a doktornőkre, akik a szakma és a család közötti konfliktusok miatt gyakran már 35–45 éves korukban komoly nehézségekkel találják magukat szemben. Dr. Győrffy Zsuzsa, a SE Magatartástudományi Intézet kutatója az okokról, a lehetséges megoldásokról, a felkínált segítségről beszélt.

Több mint hat éves kutatómunka eredményeit összegeztem Az (orvos) egészséghez való jog anomáliái – Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében című könyvemben, amelyhez az adatok összegyűjtése még 2003–2004-ben kezdődött – emlékszik vissza a kutatás kezdeteire dr. Győrffy Zsuzsa. – Ezzel párhuzamosan az SE Magatartástudományi Intézet által végzett reprezentatív felmérésben (Hungarostudy 2002) is részt vettem, ahol az egészségügyben dolgozó diplomás nők helyzetét vizsgáltam.

Az orvosnők egészségi állapotának háttértényezőit korábban még nem vizsgálták behatóan, bár az orvosok egészségi állapotát, az előforduló betegségek gyakoriságát már egy rendszerváltás előtti tanulmány, illetve az Országos Munkaegészségügyi Intézet későbbi vizsgálata is elemezte (utóbbiban csak házi gyermekorvosok, illetve az alapellátásban résztvevő fogorvosok szerepeltek). Összehasonlításképpen rendelkezésemre állt néhány nemzetközi vizsgálat adatsora. A külföldi trendek azt mutatták, hogy az ottani diplomásoknak, így az orvosoknak, orvosnőknek is jobb az egészségi állapotuk, mint az adott ország átlagos populációjának. Ugyanakkor számos nemzetközi konferencia és tanulmány is foglalkozott az orvosok között előforduló mentális problémákkal.

Arra voltam kíváncsi, vajon Magyarországon is hasonló-e a helyzet, itt is egészségesebbek-e az orvosok, illetve orvosnők. A vizsgálatban négyszáz orvosnő adataiból, illetve a velük folytatott életinterjúkból próbáltam következtetéseket levonni. A reprezentatív orvosnői minta adatait azután összehasonlítottam a Hungarostudy 2002 országos, reprezentatív felmérés diplomás női mintájának mutatóival.

Kiindulópontként azt vizsgáltam, vajon egészségesebbek vagy betegebbek-e a magyar orvosnők a lakossági átlagnál. Ha pedig betegebbek, akkor ennek mi lehet az oka, milyen külső és belső tényezők játszhatnak benne szerepet?

Jónak tartják szubjektív egészségi állapotukat

Vizsgálatom eredményei szerint az orvosnők körében gyakrabban fordulnak elő krónikus betegségek – például a szív- és érrendszeri betegségek, daganatos, illetve nőgyógyászati megbetegedések – mint a más szakmában tevékenykedő diplomás nőknél. Ráadásul az orvosnőknél az átlagosnál korábban (34–43 éves korban) jelentkeznek ezek a betegségek. Ugyanakkor megállapítható, hogy mindezen tényezők ellenére az orvosnők szubjektív egészségi állapotukat nagyobb arányban tartják jónak vagy nagyon jónak, mint a kontrollcsoport tagjai. Elemzéseim szerint a megbetegedések háttértényezői között három meghatározó elem rajzolódik ki: az egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés, az alvászavarok fokozott jelenléte, valamint a közepes és erős mértékű szerepkonfliktus. Ezek mindegyike a hagyományos kockázati tényezők melletti jelentős magyarázó tényezőnek bizonyult.

Az egészségi állapot vizsgálata mellett közel száz kérdést tettem fel az interjúalanyoknak, többek között az egészségkárosító szokásaikra, a műszakbeosztásukra (a váltott műszak kiemelt kockázati tényező!), a munkahelyükön őket érő környezeti hatásokra (altatógáz, röntgen, fertőzések, stressz stb.) vonatkozóan. A hivatás és a magánélet közötti szerepkonfliktus mértékét is megvizsgáltam. Noha a diplomás nők esetében eleve komolyabb e két terület között a konfliktus, mint a lakosság egyéb rétegeiben, az orvosnőknél a többi diplomáshoz képest is másfélszer gyakoribb a szerepkonfliktus. Az elvárások és a tényleges helyzet közötti különbség miatt folyamatos a mentális feszültség, amelyből később depresszió, kiégés, egyéb lelki problémák és az általuk előidézett szomatikus tünetek keletkezhetnek.

Általános tendencia, hogy az orvosnők fele a szűrővizsgálatokat is elhanyagolja, holott nekik kellene példát mutatniuk a betegeiknek. A dohányzás, az alkoholfogyasztás a doktornőknél nem jelent magas egészségügyi kockázatot, mivel kevesekre jellemző, ám a túlzott gyógyszerfogyasztás annál gyakoribb.

Gyakori a szerepkonfliktus

Érdekes felvetéssel szolgált dr. Molnár Regina kolléganőm, aki egy tanulmányában a joghallgatónők és a medikák saját hivatásukról, karrierjükről alkotott elképzeléseit elemezte. Az abban szereplő megállapítások is igazolták a feltevést: a leendő jogásznők életfelfogása merőben különbözik a medikáké-

Az alábbiakban egy korábbi cikkünk néhány adatát szükségesnek látjuk korrigálni (a szerk).

A Belimed A.G. 2009 júliusában megvásárolta a Sanamij BV-t. Ettől az időponttól kezdve a Sanamij termékek gyártása megszűnt. A vásárlás után Magyarországon a Belimed készülékeinek eladásával a Belimed Infection Control Kft. foglalkozott, emellett a régi Sanamij készülékek egy részét is szervizelte. A svájci tulajdonos 2012 májusában folyamatos, jelentős vesztesége, valamint az elvárt eladások teljes elmaradása miatt a Belimed Infection Control Kft. működését végelszámolással, jogutód nélkül beszüntette.

tól. Előbbiek lényegesen nyitottabbak, rugalmasabban gondolkodnak, karrierelképzeléseik a realitás talaján állnak. Az orvostanhallgató nők inkább altruisták, a szakmájukra koncentrálnak, konzervatívabbak, zártabb a világuk, pályaképük a valóságtól jobban elrugaszkodik, mint a jogásznőké. Életfelfogásukra jellemző, hogy többségük az egyetemi évek alatt még teljes mértékben összeegyeztethetőnek tartja a családi, magánéleti teendőket a pályával. Úgy véli, hogy orvosként és családanyaként mindkét szerep kihívásainak képes lesz maradéktalanul eleget tenni: kiváló orvos lesz, miközben feleségként, anyaként is kitűnően megállja majd a helyét. Feltételezhető, hogy a későbbi hivatásgyakorlás során éppen ez, az élet minden területére kiterjedő maximalizmus és a realitások között tátongó űr, a kettő tartós és feloldhatatlan ellentéte idézheti elő az átlagnépességnél gyakoribb testi és lelki betegségeiket.

Dr. Győrffy Zsuzsanna

PÁLYAKÉP

Dr. Győrffy Zsuzsa egyetemi adjunktus. 2009-ben szerzett PhD fokozatot a Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskolájában. Értekezésének címe: Stressztényezők és morbiditás a magyarországi orvosnők körében. 2001 óta az SE Magatartástudományi Intézete orvosi szociológiai részlegének oktatója és kutatója. A Gyógyító Nőkért Alapítvány kuratóriumának elnöke.

A fenti kutatás mellett kutatócsoportunk a pszichiáternőket külön is megvizsgálta. A kapott eredmények szerint náluk még erősebb a szerepkonfliktus, és több az ebből következő megbetegedés.

Kiégés szindróma

A nemzetközi vizsgálatok eredményei is alátámasztják azt a Magyarországon tapasztalt tényt, hogy a kiégés szindróma „első hulláma" már az egyetem elvégzése után elérheti a fiatal orvost, mégpedig azért, mert hatalmas különbséget lát az általa megálmodott pálya és a valóság között. A hivatás gyakorlása során az orvosokat olyan sok és erős stresszhatás éri (a beteg szenvedése, halála, a tehetetlenség érzése, szorongás a műhibától, a betegtől vagy hozzátartozójától elszenvedett atrocitás, stb.), amit nehezen tudnak mentálisan feldolgozni. Némely külföldi kutató szerint ezek a lelki hatások olyan erősek, hogy a kiégésnél is súlyosabb, poszttraumás stresszként kezelendők.

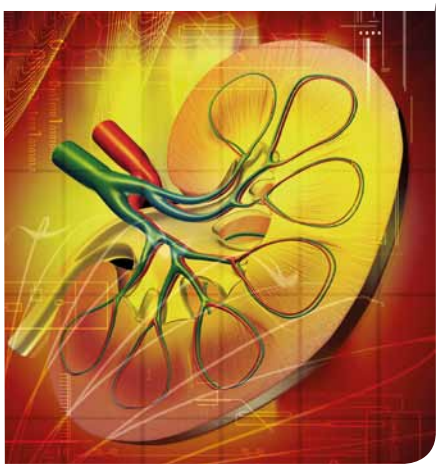
A sokféle testi és lelki problémával küszködő hazai orvosnőknek és az egészségügyben dolgozó többi nőnek szeretnénk aktív, hathatós segítséget nyújtani, ezért hívtuk életre idén tavaszszal a Gyógyító Nőkért Alapítványt (alapítói: dr. Barabás Katalin, prof. Csabai Márta, dr. Győrffy Zsuzsa, dr. Molnár Regina), amelyen keresztül képzett pszichológusok nyújtanak közvetlen segítséget az ágazatban dolgozó nőknek. Munkatársaink online tanácsadás keretében e-mailen adnak szakszerű választ a munkahelyi konfliktusokkal, életvezetési, családi és munkahelyi problémáikkal kapcsolatos kérdésekre. Továbbá, segítséget nyújtanak a stresszhelyzetek megoldásához, illetve a túlterheltség és feszültség terheinek levezetéséhez. A térítésmentes szolgáltatást nyújtó szakemberek, illetve a részletes információk az alapítvány honlapjáról érhetők el (www.gyogyitonokert.hu).

Ehhez hasonló, az egészségügyben dolgozó nőkre fokuszáló szolgáltatás mostanáig nem létezett Magyarországon. Vizsgálatainkból világosan látszik, hogy az egészségügy dolgozóinak általában, a nőknek pedig különösen nagy testi és lelki terheket kell elviselniük, ezért célul tűztük ki, hogy a magunk szerény eszközeivel megpróbálunk segíteni. A szakszerű tanácsadáson kívül a terveink között szerepel az érintettek számára idén ősztől tréningek, terápiás tanfolyamok szervezése is. Az ott elsajátítottak olyan szellemi befektetést jelenthetnének, amellyel könnyebben kezelhetnék konfliktusaikat, és ezen keresztül egészségi állapotuk is javulna – vázolja céljaikat és terveiket a kutató.

Minden, ami nefrológia

RADNAI ANNA

Budapesten tartották a Vese Alapítványok Nemzetközi Szövetségének 13. éves Konferenciáját. Az esemény sajtótájékoztatóján a megelőzés és a nefrológiai ellátás különböző aspektusait mutatták be a szakma hazai prominensei és a kongresszus kapcsán Magyarországra látogató külföldi szakemberek.



Középpontban a vese

Poszterekkel és előadásokkal mutatkoztak be a különböző országok vese alapítványai, szó esett mindenről, ami a vesebetegek ellátásában és a fontos szerv károsodásának megelőzésében a XXI. században fontos lehet. Prof. dr. Reusz György, a Magyar Nephrologiai Társaság elnöke és a Nemzeti Vese Program szakmai vezetője kiemelte: a példákat látva kollégáival együtt azt érezhették, hogy jó úton indultak el, amikor a Magyar Nephrologiai Társaság, a Magyar Transzplantációs Társaság, a Magyar Vese-Alapítvány vezetői összefogást kezdeményeztek a lakosság tájékoztatása (elsődleges prevenció) és a vesebetegséggel élők minél figyelmesebb nyomon követése, oktatása (másodlagos prevenció) céljával. A társaság elnöke ugyanakkor hangsúlyozta: azzal, hogy megreformálták a megváltozott munkaképesség megállapításának metodikáját, a vesebetegek jelentős része is elveszítette rokkantnyugdíját vagy a korábbinál kisebb összeget kap havonta, ráadásul gyógyszereik egy részének támogatása is csökkent vagy megszűnt, ami jelentősen megnehezíti az orvosok számára, hogy ezeket a betegeket transzplantálható állapotba hozzák. Így életük végéig dialízis kezelésre szorulnak majd, ami jóval költségesebb megoldás, mint a veseátültetés.

Timur Erk, a Vese Alapítványok Nemzetközi Szövetségének elnöke hasonló szempontokat hangsúlyozott, ám ő posztjának megfelelően a fejlődő országokban élő páciensek szempontjait tartotta szem előtt. Minél korábban és minél jobb állapotban fedezzük fel a szegényebb országok lakosai között a vesekárosodással élő betegeket, annál kevesebb anyagi ráfordítással tudunk segítséget nyújtani – jelentette ki. A beteg szempontjából legjobb, egyben pedig a leggazdaságosabb, ha az orvosok felfedezik a még gyógyszeres és életmód-terápiával karban tartható stádiumú pácienseket is, a további romlást pedig veseátültetéssel, és nem korán megkezdett, életfogytig tartó, vesepótló kezeléssel kompenzálják.

A négy napos konferencia szakmai programjáról prof. dr. Rosivall László, a Magyar Vese-Alapítvány elnöke tájékoztatott. A nemzetközi találkozó során a szakemberek a nefrológiában elért eredmények és a megoldandó feladatok mellett megismertették egymással országaik alapítványait, ezen keresztül bemutatták az egyes régiók gondjait és lehetőségeit. A világ minden tájáról érkező résztvevők között orvos, egészségügyi szakdolgozó és beteg egyaránt szép számmal akadt, a rendezvény célja ugyanis többek között éppen az volt, hogy összehozza a nefrológia területével bármilyen oknál fogva kapcsolatban álló embereket és csoportokat. A Nemzetközi Bizottság által kidolgozott tudományos programban a szakterületen belül mutatkozó új trendeket, a Nemzetközi Vesenap elkövetkező 2013-as üzeneteit és a Szövetség egyéb jövőbeni feladatait is meghatározták az egybegyűltek. Külön munkacsoportokban egyeztették a pszichonefrológia és a nefrológiai rehabilitáció jelentőségét a vesebetegek ellátásában.

A magyarországi alapítvány elnöke ejtett néhány szót a kongresszus gazdag poszterszekciójáról is. Ahány ország, annyiféle alapítvány mutatkozott itt be, kezdve a 400 főt foglalkoztató, szinte multinacionális vállalati szinten működő holland szervezettől egészen a magyar közösségig, amely néhány szakember és érintett áldozatos munkája nyomán valósult meg. A posztereken az érdeklődők részletekbe menően tájékozódhattak a különböző országokban elért sikerekről – ötleteket gyűjthettek egymástól pl. a prevencióra és a betegoktatásra vonatkozóan. Szintén ennek a szekciónak részeként ismertették a betegek gyógyításában elhivatott gyógyítók a holisztikus szemlélet fontosságát a nefrológiában.

Dr. Rosivall László a sajtótájékoztatón kiemelte dr. Polner Kálmánnak, a Szent Margit Kórház II. Belgyógyászat-Nephrológiai Osztálya vezető főorvosának munkáját. Polner Kálmán a konferencián több előadásban és poszteren mutatta be munkatársaival elért sikereit. Kiemelkedő ezek közül pl. a Börzsönyben található diósjenői betegoktató tábor, melyet a főorvos személyesen vezényel le minden évben. A tábor ingyenes üdülési lehetőség festői környezetben a legtöbbször rossz szociális körülmények között élő betegek számára, ahol ráadásul betegségükkel kapcsolatban is mindent megtanulhatnak – a kezeléssel kapcsolatos előírások helyes betartásától kezdve az állapotuk miatt szükséges életmódig. A jelen lévő dietetikus megtanítja a pácienseknek, hogyan tartsák be diétájukat. A helyes étkezési szokások pozitív hatásairól az érintettek maguk is meggyőződhetnek: a szakember segítségével diagramokat készítenek arról, hogy miként változnak vesefunkciós paramétereik a diéta betartásának köszönhetően. Az egészséges életmód részeként a mindennapos torna is mindig nagyon népszerű a diósjenői nyaralás során. A hosszú délelőttökön és délutánokon emellett pszichológus és szociális munkás foglakozik a betegekkel, és híresen jó eredményt érnek el Polner Kálmánék a nővér-beteg kapcsolatok alakítása terén is, mert a táborban a páciensek kötetlenebb viszonyba kerülhetnek az őket gondozó ápolókkal.

Rosivall László végül bejelentette, hogy egy ún. „Budapesti Nyilatkozat" elfogadását és kiadását tervezik, melynek célja – az elnök szavai szerint – „egy, a fenntartható fejlődést szem előtt tartó, a krónikus betegeket kiszolgáló komplex – azaz a lelki, a testi és az egyéni szükségleteket figyelembe vevő – ellátórendszer kidolgozása."

Takarékosabb üzemmód Ajkán

LÓRÁNTH IDA

A tervek szerint jövő nyár közepére elkészül az ajkai Magyar Imre Kórház csaknem 700 millió forintos épületenergetikai fejlesztése. A beruházás munkálatainak elkezdését dr. Nyári Ildikó, az intézmény főigazgatója július végén jelentette be, és elmondta, hogy a rekonstrukció ideje alatt sem csökken a gyógyító munka intenzitása. A kivitelezés azonban bizonyos részlegeknél megkövetelheti az átmeneti költöztetést, amiért is a betegek és a kórház dolgozóinak türelmét és megértését kéri.

A KEOP 5.3.0 jelzésű uniós pályázat keretében az ajkai kórház egyrészt épületenergetikai fejlesztésre, másrészt a közvilágítás korszerűsítésére nyert támogatást. A beruházás összértéke 666 millió forint lesz, amelyből 499,5 milliót az Európai Unió, illetve az állami költségvetés finanszíroz, a város pedig önrészként 166,5 millió forinttal járul hozzá a terv kivitelezéséhez. A projekt a kórház négy épületrészének energiafelhasználás szempontjából való teljes felújítását, illetve korszerűbbé tételét célozza. Tekintettel arra, hogy az intézmény eddigi energiaköltségei, éppen az elavult, több mint negyven éves energetikai rendszere és az épületek rossz hőszigetelése miatt igen magasak voltak, kézenfekvő és rendkívül időszerű a modernizálás. A felújítás során kicserélik az elavult nyílászárókat, kívülről az épületek modern, energiatakarékos szigetelést kapnak. Ezzel nem csak a kedvezőbb hatásfokú energiafelhasználást támogatják, hanem az épületek külső burkolatának, homlokzatának az állagmegóvása is évekre megoldódik. A külső hőszigeteléshez öt centiméter vastag szigetelést alkalmaznak, szükség szerint helyenként belülről is szigetelnek majd. Bizonyos épületrészeknél hőszigetelő üvegborítást alkalmaznak a falak külső részén. A magas fűtési költségek mellett eddig nagy terhet jelentett a kórház költségvetésének a drágán működő, elavult melegvizes és vízlágyító rendszer is. Ennek helyét veszi majd át a rekonstrukció után az a modern, óránként 25 köbméteres átfolyó teljesítményre képes vízkezelő- és vezetékrendszer, amely a korábbinál mérhetően kisebb költséggel lesz működtethető. Az amortizálódott, szintén drágán működő fűtési rendszer korszerűsítése, modern megoldásokkal való átalakítása szintén a projekt része.

Egy másik, struktúraváltást támogató fejlesztési projekt keretében 1,6 milliárd forintot fordíthat a kórház a diagnosztika és egyéb központi egységek fejlesztésére. E fejlesztésnek köszönhetően megoldódik a fekvőbeteg-osztályok és a központi tömb közötti közvetlen összeköttetés, ami feltehetően költséghatékonyabbá teszi az intézmény működtetését. Egy éve ért véget a sürgősségi ellátás fejlesztésére kiírt uniós pályázat megvalósítása. Ennek köszönhetően SO1 és SO2 szintű sürgősségi szolgáltatás jöhetett létre a Magyar Imre kórházban – ebbe beletartozik a gyermek sürgősségi ellátás is. Ennek az uniós pályázatnak az összértéke 445,1 millió forint volt, amelyhez 44,5 millió forint önrésszel járult hozzá a város önkormányzata. Mivel a korábbi sürgősségi részleg szűkös területen működött, a pályázati támogatás éppen időszerű volt. A megújult ellátás lehetőséget kínál arra, hogy a kórház a beérkező összes sürgősségi beteget egy helyen fogadja, és megvalósulhatott a központi betegregisztráció, illetve a korszerű, integrált betegirányítási rendszer is. Kialakítottak többek között egy modern, nagy befogadóképességű várót, amely mind az ambuláns, mind a mentővel érkező betegek fogadására képes. Megnövelték a vizsgálóhelyiségek alapterületét, megfelelő felszereltségű csecsemő és gyermek vizsgálót, illetve fekvőhelyeket alakítottak ki. A támogatásnak köszönhetően sikerült modernizálni a már elavult műszerparkot is. Ezek az új eszközök, berendezések teljesítik az új szakmai minimumfeltételeket is. A felsorolt fejlesztéseknek köszönhetően javult a betegellátás minősége. Rövidebb lett a várakozási idő, kisebb a kórházból más intézményekbe továbbküldött betegek száma. A teljesen újjászületett sürgősségi osztály, illetve szolgáltatásai 2011 év vége óta állnak a betegek rendelkezésére.

Dr. Nyári Ildikó

Az ajkai Magyar Imre Kórház

Rácz Jenő: egyelőre nem mutatkoznak az átalakítástól várt eredmények

SÁNDOR JUDIT

Az egészségügyi rendszer átalakításának elveiben most is konszenzus van, de a végrehajtás érdeksérelmekkel jár. Az eddigi változások nem elégségesek a problémák megoldására, mondta Rácz Jenő az ÖEN Konferencián, megjegyezve: a tisztújítás olyan hiba, amelyet nem lehet korrigálni, mert mély sebeket hagy az egészségügyben és sokba kerül az ellátórendszernek.

Bár a változások szükségesek voltak, ám nem nevezhetők elégségesnek és radikálisnak sem, inkább a palliatív jelző illik rájuk – fogalmazott Rácz Jenő, a Magyar Kórházszövetség elnöke az Önkormányzati Egészségügyi Napok XVI. Kongresszusán, augusztus 30-án. Egyelőre nem javult a betegellátás színvonala, igaz, ezt nem is lehet elvárni ennyi idő alatt, tette hozzá azzal, hogy ugyanakkor ígérni sem szabad az azonnal érzékelhető pozitív változásokat. Egyelőre a költséghatékonyság sem mozdult pozitív irányba, mert például egy több mint egy éve hatályos jogszabály köti a kórházvezetők kezét. Hiába lenne szállítójuk jó ajánlattal, nem írhatják ki a közbeszerzést addig, amíg meg nem kérdezik a Büntetés-végrehajtást (BV), tud-e ugyanarra a termékre ajánlatot adni. Ha igen, és annak összege 20 százaléknál nem magasabb, mint a beszállítóé lenne, akkor a BV ajánlatát kell elfogadniuk. Mindezt tetézi, hogy a minőségi problémákat a vásárlónak (akit a jogszabály „kedvezményezettnek" nevez) kell bizonyítania. Így fordulhat elő, hogy a BV-től drágábban kell például WC-papírt vásárolniuk, amiből jóval többet használnak gyenge minősége miatt – hozott fel egy példát az abszurditásra, nem kis derültséget keltve. Jelenleg 302 tétel van a BV kínálatában, ilyen például a mosatás, de a börtönrács is, s várhatóan az egyszer használatos textíliák is felkerülnek az ajánlati listára – hívta fel az érintett beszállítók figyelmét, jelezve, ez már nem játék, itt már összességében milliárdokról lesz szó. A költséghatékonyság jegyében kötelezővé tett BV-vásárlások miatt egyelőre 20 százalékos költségnövekedéssel kell számolniuk a spórolás helyett, tette hozzá.

A Kórházszövetség legitimitásáért

Próbaidős veteránoknak minősítette a pályáztatásba kényszerített kórházvezetőket, magát az egész eljárást pedig, nem először, méltatlannak és hibásnak. „Másfél éve foglalkozunk azzal, hogy kik legyenek a kórházigazgatók, holott ez nemcsak egy személy egzisztenciális problémája, hiszen közben zajlik az átalakítás a maga bizonytalanságaival" – fogalmazott, s hozzátette: az egész procedúra nem kecsegtet semmiféle haszonnal ahhoz képest, amennyi rizikóval jár. Ráadásul megmagyarázhatatlan a 62 éves korhatár, hiszen a magyar nyugdíjazási rendszer nem időhöz kötött: a korhatár növekszik az évek múlásával. A kormánynak természetesen joga van határt húzni, de ez akkor nem diszkriminatív, ha mindenkire érvényes. Ahogy az ezzel kapcsolatos szövetségi közleményükben is már jelezték, a döntés gondot okozhat a Kórházszövetségben is, hiszen az elnökségben többségbe kerülnek azok a vezetők, akik „alatt" nem lesz kórház. Mivel a szövetség elnökségének legitimitása az intézményképviseleti státusz híján megkérdőjelezhető, alapszabályt kell módosítaniuk, illetve elő kell készíteniük a tisztújítást is.

Sakkoznak a kórházak, mi legyen: fúzióba, integrációba lépjenek fennmaradásuk érdekében? Egy biztos, mondta az elnök, a kórházi egyéni túlélési stratégiáknak ma már nincs értelmük, csak térségi együttműködésben lehet gondolkodni. Bár az állami rendszer könnyen érvényt szerez akaratának, a helyi lakossági és politikai érdekekkel konfliktusokba kerülhet.

Se körzőkkel, se Excel-táblázatokkal

Ha őszintén bevallják a kórházak, ma nincs olyan fekvőbeteg-ellátó intézmény, amelynek minden osztálya megfelelne a minimumfeltételeknek, ezért garantálható, hogy a nyár elején megjelent szabályozást módosítani fogják, vagy kitolják a határidejét, már csak azért is, mert a források nem állnak rendelkezésre a teljesítéshez az ágazatban. Szinkronba kell hozni a struktúra- és kapacitásváltozásokat, a progresszivitási szinteket, a TEK-et és a TVK-t, mert ezek között egyelőre hiányos az összhang. Példaként említette a sümegi pszichiátria problémáját: míg szervezetileg az általa igazgatott veszprémi kórházhoz tartozik, addig területi ellátási kötelezettsége szerint a Zala megyei kórházhoz csatolták – tény, hogy közelebb van a zalai intézményhez. Megjegyezte: se a körzőkkel, se Excel-táblázatokkal nem tudják megfelelően megoldani az ellátás szervezését, de reményei szerint az anomáliák kiküszöbölhetőek. A TESZK-ek egyelőre nem elég erős szervezetek, a betegút szervezésében nem tudnak finanszírozási következményeket érvényesíteni. Összefoglalásként elmondta, hogy az átalakítás elveiben konszenzus van (és volt is), de a végrehajtás érdeksérelmekkel jár (lásd például a funkcióváltó kórházakat), ugyanakkor az eddigi változások nem elégségesek a problémák megoldására. Vannak olyan hibák, amelyeket fölösleges volt elkövetni, és nem is lehet azokat korrigálni: a vezetőváltások mély sebeket hagynak az egészségügyben és sokba kerülnek az ellátórendszernek.

Orosz Éva: behozhatatlan leszakadásban vagyunk

Az adekvát ágazati jövőképet, a szakmai koncepciót magában foglaló ellátásszervezést hiányolja Szentes Tamás egészségügyi és szociális főpolgármester-helyettes, aki szerint emiatt továbbra is torz és nem felel meg a mai kor szakmai, technikai követelményeinek az intézményi hálózat, s nem beszélhetünk új struktúráról. Szerinte ugyanis nem történt meg a nagyságrendileg értelmezhető átalakítás, nem valósult meg az életet „leképező" betegútrendszer kialakítása sem. Úgy vélte, meg kellene fogalmazni, hogy hová szeretne a szakma el-

jutni, s jelentős forrásallokációra van szükség, ugyanis az elkövetkező időben nem várható, hogy növekedjen az egészségügyre fordítható pénz nagysága.

Az egyre inkább behozhatatlan lemaradásunkra hívta fel a figyelmet Orosz Éva, az ELTE tanára, jelezve, már nem csak a nyugati, hanem a visegrádi országokhoz képest is leszakadtunk. A gazdasági nehézségek miatt gyengül a társadalmi szolidaritás, mindezt fokozza az elhibázott társadalompolitika, amely a rászorulóktól további áldozatvállalást követel. Kiemelkedően magas, harmincszázalékos az elszegényedés és kirekesztés kockázata hazánkban az uniós országokat tekintve, például a csehekhez képest a duplája.

Téves nézeteket vallanak a döntéshozók az egészségügy és a gazdaság viszonyáról, hiszen csak teherként, a költségvetés kiadásaként szemlélik az ágazatra fordított pénzeket. Számításai szerint az elmúlt öt évben akkora forráskivonás történt az egészségügyből, mint amekkora az E. Alap egyéves költségvetése. Forrásbővülés nélkül nem képes kitörni az ördögi körből az egészségügy. Ehhez szükség lehet fájdalmas intézkedésekre is, a co-payment szélesítésére, a magánkiadások növelésére. De legalább ennyire szükséges a politikai elit gondolkodásmódjában változást elérni, tette hozzá.

Szabadfoglalkozású orvosok segítenének

A struktúraváltást segítené a szabadfoglalkozású orvoslás engedélyezése Dózsa Csaba egészségügyi közgazdász, a META elnöke szerint, ugyanis ennek köszönhetően az orvosok egyéni érdeke nem tartaná életben a jelenlegi struktúrát, hiszen nem ettől függene a jövedelmük. Boncz Imrével, a META alelnökével együtt arra hívták fel a figyelmet, hogy a vállalkozásélénkítő, foglalkoztatást javító programok tovább csökkentik az E. Alap bevételét, tehát várhatóan az egészségügyre negatív hatással lesznek. Ráadásul, Pásztélyi Zsolt, a járóbeteg-szakellátási szövetség elnöke szerint fokozzák a HR-krízist, ugyanis a minimálbéren bejelentett orvosok nem tudnak majd nyugdíjba menni. A járóbeteg-ellátásról szólva elmondta, csendes leépülés folyik, nagy botrányok nélkül. Jelenleg nem érdemes definitív ellátást nyújtani ezen a területen, ugyanis nincs semmiféle ösztönzés erre vonatkozóan, csak szavak szintjén van rá igény továbbra is. Úgy vélte, nem annyira a TVK okoz gondot, hanem az alapdíjak változatlan nagysága, és szükség lenne végre a kódkarbantartásra is.

Szócska: a vízfej fél éven, egy éven belül érezhetően csökkenni fog

BERNÁTH BEA

A kórházak intézményi formájának meghatározása, a járóbeteg-ellátás fejlesztése, a vízfej érezhető csökkentése valamint a magánforrások beáramoltatásának lehetősége – ezeket a feladatokat határozta meg Szócska Miklós az egészségügy közeljövőjének legfontosabb feladataiként az Önkormányzati Egészségügyi Napok XVI. Kongresszusán.

Az egészségügyért felelős államtitkár hangsúlyozta, hogy természetesen addig is folytatni kell a már megkezdett programokat, így az egészségügyben dolgozók bérrendezését. Az államtitkár ezen a konferencián is elmondta, hogy a bérrendezésből kimaradt alapellátók már idén novembertől szintén 14 százalékos emelést kapnak, ami felnőtt, gyermek és vegyes háziorvosi praxisonként plusz 70–80 ezer forintot jelent havonta. A területi ellátási kötelezettséggel dolgozó fogorvosok esetében ez havi 30 ezer, a védőnőknél havi 25 ezer forint. Emlékeztetett: a bérrendezés első lépcsőjében, augusztusban körülbelül 86 ezer dolgozó, most pedig nagyjából 27 ezer, az alapellátásban dolgozó szakember juthat több pénzhez, a folytatáshoz szükséges fedezet pedig a jövő évre is megvan.

Szócska Miklós nem adott egyértelmű választ azokra a kérdésekre, hogy mikor rendezik majd az emelésből most is kihagyott sportegészségügyi, foglalkozás-egészségügyi dolgozók bérét, illetve azoknak az orvosoknak, szakdolgozóknak a fizetését, akik, bár közfinanszírozott ellátásban tevékenykednek, kényszerből vagy más okokból nem közalkalmazottak, hanem közreműködői, azaz vállalkozói státuszban vannak. Az államtitkár csupán annyit mondott: azon vannak, hogy senkit se hagyjanak ki a bérrendezésből, „a segítség úton van".

Az államosítás kapcsán az államtitkár elmondta, hogy az egyes intézmények egyedi problémáit rendszerszinten kívánják kezelni. Tehát az államhoz került kórházaknál például egységes bérszámfejtést, egységes honlapot, egységes telekommunikációt kívánnak bevezetni. Ez utóbbi azt jelenti, hogy a rendszerbe kapcsolt intézmények ingyen telefonálhatnak majd egymással. Itt jegyezte meg Szócska Miklós azt is, hogy eddig a külön-külön beszerzett energiaforrások több százmillió forint felesleges többletköltséget jelentettek, a hatékony közös beszerzés viszont például az áram esetében akár 1 milliárd forintos megtakarítást is jelenthet.

Ennek kapcsán Szócska Miklós ismertette az egészségügyi intézmények még nem hivatalos adósságállományát. E szerint a kincstári körbe tartozó intézmények 60 napon túli tartozása július 31-én 7,9 milliárd forint volt, míg a gazdasági társaságok lejárt szállítói állománya 8,4 milliárd forintra rúgott.

Az önálló járóbeteg-szakrendelők tulajdoni helyzetét firtató kérdésekre nem adott egyértelmű választ az államtitkár. Bár korábban felröppent a hír, hogy a szakrendelők mégsem kerülnek állami kézbe, Szócska Miklós az ülésen csak annyit mondott, meg kell vizsgálni a lehetőségét az önkormányzati tulajdon megerősítésének. A döntés később, de még az ősszel várható. Másnap egyébként egy rádióinterjúban megerősítette, hogy nincs szó az államosítás végleges elhalasztásáról, csupán arról, hogy a kérdést ősszel újratárgyalják.

A jövőbeni tervek közül a kongresszus résztvevői leginkább a magánforrások

bevonására voltak kíváncsiak. Erről Szócska Miklós azt mondta: nem tőkéről, nem privatizációról beszél, hanem például betegimportról, illetve az egészségügyi tudás exportjáról. Pontosan arról szól a terv, hogy minden olyan lehetőséget meg akarnak vizsgálni, ami az alaprendszert nem sérti. A „vízfej csökkentéséről" is csak annyit mondott az államtitkár, hogy fél éven, egy éven belül érezhető lesz. Valamint azt is hangsúlyozta, hogy az uniós pályázatok túlságosan bürokratikus folyamatát is szeretnék megváltoztatni.

A kongresszus előadói között felszólalt az orvosi és a szakdolgozói kamara elnöke is. Mindketten arról beszéltek, hogy bár örvendetes a 10 év óta először bevezetett bérrendezés, de aránytalanságai, bizonytalanságai miatt számos feszültséget szült az egészségügyi dolgozók körében. Éger István, a MOK vezetője azt emelte ki, az orvosi kamara szerint elfogadhatatlan, hogy különbséget tesznek a közfinanszírozott ellátásban dolgozók között a munkaviszonyuk alapján, illetve azt sem fogadják el, hogy az ágazatban dolgozók egy része teljesen kimaradt a rendezésből.

Balogh Zoltán, a MESZK elnöke szerint is korrigálni kell a bérrendezés elveit. A jövőben például a főiskolát, egyetemet végzett szakdolgozók bérrendezésének prioritást kell élveznie.

Két jogász próbálta felvázolni a konferencián az egészségügyet érintő legújabb szabályokat illetve törvénymódosításokat.

Kovácsy Zsombor, az új munka törvénykönyvébe foglalt hálapénz-elfogadási szabályokról beszélt, amelynek alapján ehhez a munkáltató engedélye szükséges. A szakjogász szerint nem szerencsés, hogy ezzel a módosítással törvényi szintre emelték a hálapénz intézményét, hiszen ezzel az a látszat keletkezik, hogy ez egy hivatalos legális aktus volna.

Kőszegfalvi Edit, a kecskeméti megyei kórház szakjogásza többek között az ügyeleti rendszer új szabályairól beszélt. Ennek alapján akár átlagosan 30 százalékkal is nőhetnek az ügyeleti kifizetések, a szakjogász szerint azonban nem látható ennek a változásnak a forrása. Szó volt ezen kívül a fegyelmi intézmények megszűnéséről és a rendkívüli felmentés bevezetéséről, a változó munkahely megszűnéséről és a kirendelés lehetőségéről válság, illetve különleges jogrend esetén.

Selmeczi Kamill, a FAKOOSZ elnöke megköszönte az alapellátás finanszírozásának emelését az egészségügyi államtitkárnak a konferencián, de megjegyezte: szeretnék, ha még szeptemberben megkezdenék a tárgyalásokat a további, akár még erre az évre szóló emelésről is. Szócska erre reagálva azt mondta: ősszel mindenképpen szeretné folytatni az egyeztetéseket a háziorvosi szakmával.

256 szeletes CT Szombathelyen

ZÖLDI PÉTER

Augusztus 29-én Szócska Miklós egészségügyi államtitkár jelenlétében avatták fel a Markusovszky Kórház 256 szeletes CT-berendezését.

Jelentősebb túlzás nélkül állíthatjuk, a szombathelyi Markusovszky Kórház Radiológiai Osztálya az augusztus végén felavatott berendezéssel az ország technológiai szempontból legmodernebb radiológiai egységévé vált. 3T térerejű MR és nagy szeletszámú CT a szombathelyi megyei kórházon kívül jelenleg csupán két városban érhető el egyszerre: Budapesten és Pécsett.

Dr. Nagy Lajos kardiológus professzor, az intézmény vezérigazgatója kérdésünkre így indokolta a nagy szeletszámú CT-berendezés beszerzésének fontosságát: „Olyan CT-re vágytunk, amely nem csak a problémák kizárására alkalmas, hanem konkrét véleményalkotást tesz lehetővé, a betegek nagy részéről definitív diagnózist mond. A kardiológiai ellátásban ugyanis a legmodernebb kardio-CT-diagnosztikával a szívkatéterezések jó része kiváltható. Az első hónapok tapasztalatai ígéretesek. Alkalmaztuk azt a szakembert, aki hosszú évek óta üzemeltet ilyen gépet Magyarországon, és a gyakorlati eredmények azt mutatták, hogy ez a Philips iCT 256 gép lehetővé teszi sok betegünk számára, hogy ne kelljen katéterlaborba feküdnie. Olyan véleményt alkothatunk, amely alapján a betegek nagy részét nem kell a katéterlaborba továbbküldeni, akit pedig továbbküldünk, nála többletinformációt nyújt a képalkotás – az átmérőről, a plakk falban való terjedésének távolságáról – például a sztentválasztás stratégiájához. Egy 256 szeletes CT kiválóan alkalmas arra, hogy ne helyettesítse, hanem kiegészítse a kardiológiai tevékenységet."

Szócska Miklós, Nagy Lajos és Király István osztályvezető főorvos az új CT mellett

A szombathelyi kórház példája kiválóan mutatja, hogy a klinikai diszciplínák hogyan illesztik tevékenységükbe a rohamtempóban fejlődő képalkotás legmodernebb eszközeit. Ahol ugyanis a katéteres labor működéséhez innovatív gondolkodás is társul, fel kell mérni azt a tényt, hogy a noninvazív képalkotás mostanra került abba a helyzetbe, hogy a katéteres labort kiegészítve, a betegek széles spektrumának diagnosztikáját tudja nagy biztonsággal megvalósítani. Ha valaki katéterlabort üzemeltet, azért teszi, hogy a betegek érdekében működtesse. A betegek érdeke pedig az, hogy az ő szempontjukból fontos diagnosztikus információkat megkapják – ha kell, CT-vizsgálattal, ha kell, katéteres beavatkozással.

A Philips iCT 256 szeletes CT-berendezés nem csak kardiológiai alkalmazásban, hanem a legtöbb vizsgálattípus tekintetében is megindokolja a nagy szeletszámú technológia fontosságát: a tapasztalatok szerint sokkal hatékonyabbá teszi az általános ellátást, és nagymértékben hozzájárul a Markusovszky Kórház egyik fő profiljának számító onkológiai képalkotás igényeinek gyors kiszolgálásához.

Hektikus, mégis szép szakma a szívsebészé

SÁNDOR JUDIT

Harminc éve a Házban, vagyis a Városmajori Klinikán dolgozik, érsebészként kezdte, majd szívsebészként folytatta. Igazi, karizmatikus orvos, aki ért a betegei nyelvén, és akit széles körben tisztelnek szakmájában. Dr. Szabolcs Zoltánnal a szívsebészet helyzetéről, a szakma szépségeiről, nehézségeiről, a szívtranszplantációról, a marfanos betegek gyógyításáról beszélgettünk. Először is azt kérdeztük, milyen egy átlagos napja.

– Mindig van valami sürgősségi, váratlan dolog, ami akár a feje tetejére állíthatja az adott napot. Szeretnénk, ha megtervezett, félkatonai fegyelemmel szervezett tevékenység lenne a szívsebészet, ami persze lehetetlen, hiszen az aktuális problémák felülírják az áhított rendet. Tegnap például vérzések, jelentősebb szövődmények voltak, reggel ezek az esetek vártak rám, ezeket kellett először ellátni. Általában mindig vannak, akik nem érettek a műtétre, akiknek az állapota multidiszciplináris döntéseket igényel. Például van olyan betegünk, akinek sürgősen szívre lenne szüksége, de hiába van fenn az Eurotransplant sürgősségi listáján, a donorszív még nem érkezett meg. Ilyenkor keringéstámogató eszköz beültetésére szorulhatunk, hogy a beteg átvészelje a várakozási időszakot. Az Eurotransplant valóban nagy lehetőség, két felnőtt betegünk kapott így szívet, mindkettőjük rövid ideig volt listán, de ilyen váratlan helyzet mindig előfordulhat.

– Ha már a transzplantációt hozta szóba: a várólista-bizottság elnökeként jól ismeri a hazai helyzetet, amelyről elég lehangoló képet szokott festeni. Változtak-e valamelyest a dolgok?

– Ebben az évben tapasztalható először, hogy több beteget küldenek tovább, akiknek így esélyük van, hogy a szívtranszplantációs várólistára kerüljenek. A legutóbbi bizottsági ülésen megállapíthattuk, hogy míg évek óta három-öt beteg kerül elénk havonta, most tizenöt beteget néztünk meg. Erre a hazai szívtranszplantációs program húsz éve alatt nem volt példa! A betegek közül kilenc rögtön fel is került a listára. A körülmények javulásában a médiának nagy szerepe van, hiszen folyamatosan számol be a különböző eseményekről, gondolok például a hazai transzplantáció húszéves jubileumára, az Eurotransplanttól érkezett új szívekre, és azok sikeres beültetésére, az Egyetem új szívelégtelenségi, szívtranszplantációs osztályának átadására a Városmajori Klinikán. Az állandó híradások minden jel szerint felkeltették a háziorvosok, kardiológusok figyelmét is. Egyelőre a várólistára kerülő betegek száma még mindig kevés, az Eurotransplant elvárása szerint 85 betegnek kellene a listán lennie, ezzel szemben most 27 beteg van rajta. 2011-ben talán 18 beteg került fel a várólistára és mintegy 35 beteg fordult meg a folyamatosan változásban lévő listán (öten haltak meg a várólistáról), tehát még messze vagyunk az elvárt számtól. Fontos, hogy minél több beteg legyen, mert annál nagyobb esély van arra, hogy a donorszerv valamelyiküknek beültethető lesz, és még több életet tudunk megmenteni. Összességében elmondhatom, javul a helyzet – a szakma, az egészségügyi vezetés és a média együtt tudott dolgozni az előrelépés érdekében.

– Ha tényleg feltöltődne a lista, akkor is lenne forrás a drága műtétekre?

– A szívtranszplantációnak nincs felső korlátja, ha negyvenet megcsinálnánk, azt is fizetnék. Ugyanakkor sok helyen gond az alapvető gyógyszer biztosítása, hosszúak a várólisták. Kétségtelen, hogy van egy kettősség a mai egészségügyben: miközben sok helyen a „Kalmopyrin" körül folyik a harc, megjelennek az egészségügyi ellátás csúcspontjait képviselő, naprakész eljárások és eszközök, mint például a műszív, a billentyűsztent, a nagy és kockázatos érműtéteket kiváltó endograft felhasználásának lehetősége. A Városmajori Klinika szívsebészete sem panaszkodhat, ugyanis többet operáltunk, mint tavaly vagy tavalyelőtt ugyanebben az időszakban, és egyelőre a TVK-n belül vagyunk. Ezzel együtt nem értük el a 2006-os szintet, akkor ugyanis havonta 70–80 műtét volt, most pedig hetvenhez közelítünk. Házon belül nem nagyon érezzük a források szűkösségét, ami a kiváló intézményi menedzsmentnek is köszönhető.

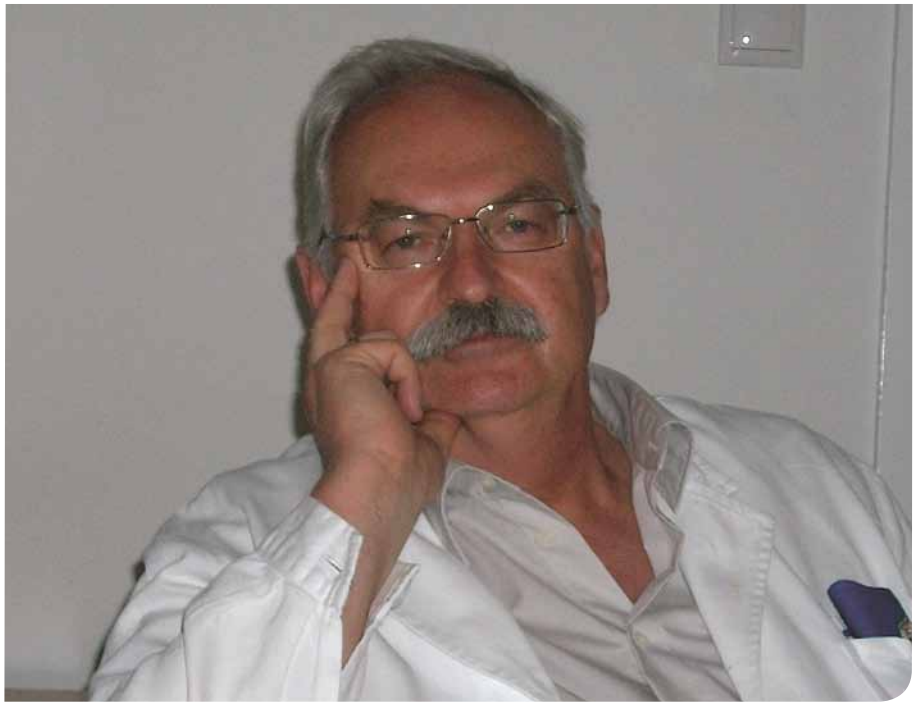
– Fejlesztésekre is futotta, hiszen nemrég adtak át egy új részleget a klinikán.

– A kilencágyas, szívelégtelenségi és szívtranszplantációs osztály óriási segítség a betegek ellátásában. Multidiszciplináris funkciói vannak: működésében a kardiológia, az intenzív terápia, a szívsebészet, a hemodinamika, és sokszor az érsebészet is szerepet kap. Amikor döntést kell hozni, a szakmák képviselői részt vesznek a konzíliumokon. Az osztály a házi hierarchiába van sorolva, kardiológus kolléga vezeti, helyileg is jól lett kialakítva, bárhonnan fél perc alatt el lehet érni. Itt fog működni a nemrég létrehozott ECMO-team is. Az ECMO egy keringéstámogatási eszköz, csak a műszív előzi meg. Nem minden betegnek kell ugyanis műszív, van, akinek ez a keringéstámogató eszköz elegendő a segítséghez. Gyors beültetését ECMO-team végzi, amelyben két szívsebész, két intenzív kardiológus, két intenzív terápiás orvos és három kardiotechnikus van. A team tagjai különleges kiképzést kaptak: hogyha egy betegnél életmentés céljából felmerül az eljárás lehetősége, akkor az ECMO-team dönt, van-e esély, milyen típusú eszközt, hogyan ültessenek be. Nehogy valaki azt higgye, hogy főorvosokból áll a csapat, nem! Rátermett, esetenként fiatal szakorvosokból.

– Az orvosok megtartása ma legalább olyan fontos feladata a menedzsmentnek, mint az intézmény szakszerű irányítása.

– Nálunk nagy súlyt helyeznek arra, hogy a fiatal kollégák műtéti lehetőséget kapjanak, kongresszusokra, szimpóziumokra járjanak, megfelelő tudományos jövőképük legyen. Sokan PhD hallgatók, vagy már végeztek is. Nem véletlen, hogy összességében sok fiatal kollégánk van. Tudjuk

mindannyian, hogy az országot elhagyó, elhagyni készülő kollégáknál csak egyik ok a fizetés, a másik ugyanis szakmai: nem tudnak labdába rúgni az idősebbek mellett. Nálunk is olyanok a fizetések, amilyenek, de a klinikai menedzsment odafigyel a fiatalok szakmai fejlődésére. Viszik előre a csapatot, megnyitják a lehetőségeket az új technológiák előtt. Eközben persze minden egyes forintra odafigyelnek, például, hogy miért magas az antibiotikum-felhasználás, miért vannak fölösleges vizsgálatok. Orvosonként figyelik, kinél fogy több vér, kinél vannak gyakrabban szövődmények, kik azok, akik költségesebben érik el ugyanazt az eredményt, mint a kollégáik.



Dr. Szabolcs Zoltán

PÁLYAKÉP

Dr. Szabolcs Zoltán 1977-ben summa cum laude végzett a SOTE Általános Orvosi Karán, majd 1981-ben általános sebészetből, 1984-ben érsebészetből, s rá két évre szívsebészetből szerzett szakvizsgát. Az orvostudomány kandidátusa 1993-ban, másoddiplomáját az SE Egészségügyi Menedzserképző Központban szerezte 1998-ban. Habilitációját 2010-ben védte meg. A győri kórházban kezdett dolgozni 1977-ben, majd 1982-től a városmajori klinikán először érsebészként, utóbb szívsebészként. Jelenleg egyetemi docens, a szívsebészeti profil vezetője. Évek óta oktat a marosvásárhelyi egyetemen, ahol a szívsebészet társprofesszora. A felnőtt szívsebészeti beavatkozások teljes skáláját végzi, kiemelten az aorta ascendens és aortaív-sebészetet. A Marfan-szindróma cardiovascularis szövődményei szívsebészeti ellátásának, és a felnőtt szívátültetési programnak a vezetője. 2006-ban a Nemzeti Szívtranszplantációs Várólista Bizottság elnökévé választották. 2002-től a Marfan-kórban szenvedő betegek szívsebészeti ellátásának országos központjává fejleszteti az SE Ér- és Szívsebészeti Klinikáját. Jelenlegi munkahelyén a „vér nélkül" (Jehova tanúin) végzett szívműtétek regionális központját alakítja ki. Amerikában, Angliában, Németországban járt tanulmányúton. A Magyar Szívsebészeti Társaság ötletgazdája és létrehozója 1994-ben. A Társaság titkára 1997–2003-ig; elnöke 2003–2006-ig. 2002 óta a Magyar Marfan Alapítvány Elnöke. A Dunamenti Szívsebészeti Fórum (Danubian Forum for Cardiac Surgery) ötletadója és létrehozója; a Fórum magyar nemzeti delegáltja, General Coordinator of the DFCS); a Fórum elnöke 1996-ban és 2006-ban. Tagja a Magyar Kardiológusok Társaságának, a Magyar Angiológiai Társaságnak, az International Society of Cardiovascular Surgerynek. Ugyancsak tagja a Magyar Sebész Társaságnak és a Magyar Transzplantációs Társaságnak. Az European Club of „Young" Cardiac Surgeons (ECYCS) magyar tagja 1990-től. 2003 és 2008 között a Kardiológiai Szakmai Kollégium Szívsebészeti Szakcsoportjának, 2009-től pedig az újjáalakult Kardiológiai Szakmai Kollégiumnak, majd 2010 óta a Szívsebészeti Szakmai Tagozatnak is tagja.

– Szavaiból úgy tűnik, szigorúságban, költséghatékonyságban kezdünk élen járni, de vajon hogyan áll a szakma? Mindig azt halljuk, lemaradunk, lemaradtunk. Mi igaz a szívsebészetre?

– A széles spektrumon operáló magyar sebészek, akik szívet, tüdőt, eret is operáltak, az 1940-es évek közepén ott voltak a világ élvonalában! Csak egy példa: 1945-ben megcsinálták az első zárt mitrális commissurotomiát, és rá négy évre már hazánkban is megtörtént az első műtét. Aztán ahogy egyre költségesebbekké váltak a beavatkozások, Magyarország kezdett lemaradni. 1956-ban alkalmazták először a világon a szív-tüdő motorokat, mi a hatvanas évek elején ajándékba kaptuk az elsőt egy Amerikában élő jótevőnktől, a marosvásárhelyi származású Köteles Bélától. Ahogy behozták az új technikát hazánkba, külföldön máris újabb, és egyre drágább eljárásokat alkalmaztak. Ez jellemző a mostani időszakra is. Van némi lemaradásunk, de a Városmajori Klinika és az egyetemi menedzsment mindent elkövet, hogy ez csökkenjen, így vagyunk a műszív lehetőségével is.

– A műszív első alkalmazása sajnos nem vált sikertörténetté, mégis mérföldkő: új eljárást honosítottak meg.

– Igen, mert ez a sikertelenség mégiscsak képes volt áttörni a finanszírozási problémából adódó hallgatás falát. Mindenki emlékezhet, hogy a médiának köszönhetően mekkora közérdeklődés kísérte az eseményt, mennyire szorítottak az emberek, hogy az új gyógyítási lehetőséget sikeresen alkalmazzuk, majd a beteg elvesztése mennyire megrendített mindenkit. Aztán beindult a gyermekműszívprogram a GOKI-ban. Az első beültetések költségeit az intézmények állták, a mi esetünkben az Egyetem. Aztán az egészségügyi vezetés már érezhette, hogy ezt a programot nem lehet leállítani, és megadták a támogatást. Most tartunk ott, hogy 2012-ben tíz műszív igénybevételét finanszírozza az OEP.

– Pozitívan nyilatkozott az új szakmai kollégiumi rendszerről, amelyben önálló tagozatot kapott a szívsebészet. Beigazolódott az optimizmusa?

– Amikor indult a rendszer, azt mondtam, hogy a puding próbája az evés, ebben benne volt az óvatosság a múltbeli tapasztalatok miatt. Az orvosi tagozatoknak ugyanis korábban rengeteg feladatot adtak, ám a végül nehéz munkával megszült véleményünket igazából soha nem vették figyelembe. Azt tapasztalom, hogy a jogalkotás során az egészségügyi

kormányzat sok vonatkozásban elfogadja a kollégium álláspontját. Például a területi ellátási kötelezettség kialakításával kapcsolatban megkérdezték a tagozatokat, és figyelembe vették a javaslatokat – akárcsak a minimumfeltételek kialakítását illetően. Ez utóbbiban az jelenik meg, amit a tagozat javasolt, tehát, ha valamit túlzottnak éreznek a kollégáink, akkor ránk kell haragudniuk, nem az egészségügyi vezetésre. Állást kell foglalnunk új típusú, költséges műtéti eljárások befogadásáról, például a katéteres aortabillentyű-sztentek engedélyezéséről, s véleményünket figyelembe is veszik.

– Szívügye a Marfan-szindrómás betegek kezelése, gondozása. Hogyan alakult ki a kapcsolata az ebben a ritka betegségben szenvedőkkel?

– Valóban ritka betegség, ami például egy háziorvosi praxisban talán elő sem fordul. A szívsebészetben azonban egyáltalán nem ritka, ugyanis a nagy érkatasztrófák meglehetős százalékában marfanos betegekkel találkozunk. Ha már kialakul a disszekció, magas halálozással jár. Miért nem lehet ezt megelőzni? A betegen ugyanis látszik, hogy marfanos, jellegzetes szomatikus jegyeket visel. „Miért nem operáljuk meg a szakadás előtt?", gondoltam magamban, és elkezdtem ezzel a betegcsoporttal foglalkozni. Így jutottam el 2002-ben a Magyar Marfan Alapítvány megalapításához. Úgy vélem, minden orvosnak kell valami olyat csinálnia, amiben járatosabb, mint a többiek. Sokat segített a számítógép elterjedése az alapítvány munkájának megismertetésében, a honlapunkat folyamatosan nézik az érintettek, anélkül, hogy a háziorvos, sportorvos felhívta volna a figyelmüket a betegségükre. Nemrégiben egy kosárlabdázó került a látókörömbe – holott a marfanos betegek nem űzhetnek ütköző sportot, mert a táguló főverőér esetleg megreped, elszakad. A fiatalember a nemzeti válogatottba készült, s bár az édesapjánál is ismert volt a tünet, eddig elmentek mellette a sportorvosok… A betegek gondozásában a kollégák mellett már vannak fiatal követőim is: két medikushallgatónk nagyon komolyan belefolyt a Marfan-kutatásokba, van bennük kellő elszántság, hogy folytassák, már most tudományos sikereik vannak. A klinikán sikerült olyan műhelymunkát kialakítani, amelynek során az orvosutánpótlás biztosítása mellett széles körben megvalósult a szakemberek összefogása is: az ortopédustól kezdve a szemészen, genetikuson át a szívsebészig.

– Mi kell ahhoz, hogy valaki szívsebész legyen? És egyáltalán: vonzó ez a hivatás a mai fiataloknak?

– A szívsebészet is, mint minden más, átalakul. Ha ma megkérdezi a hatodéves medikusokat, nagyon kevesen akarnak sebészek, szívsebészek lenni, még kevesebben traumatológusok. Belépett a pénz és a megélhetés mint szempont. Vannak kurrens szakmák, mint például az aneszteziológia, mert azzal külföldön azonnal el lehet helyezkedni, vagy az intervencionális kardiológia, ahol a legújabb innovációkat tudják kipróbálni. Ha valaki szívsebész akar lenni, és minden rendben megy, akkor 31 évesen szakvizsgázik. Ekkor még nem tud önállóan operálni, kell néhány év, hogy egy idősebb kolléga segítségével megszerezze a rutint. 35–40 éves, mire saját pacientúrája alakul ki. Hektikus szakma, nem bővelkedik sikerélményben, sok az asszisztálás, az adminisztráció. Aki jól akarja csinálni, annak reggeltől estig folyamatosan talpon kell lennie, bírnia kell a többórás műtéteket fizikai erőnléttel is. Minden igyekezete ellenére meghalhat a betege, szövődmények léphetnek fel, ami az embert megviseli lelkileg. És miután hazamegy, nem tudja abbahagyni: én megpróbáltam, de nem sikerült, mert állandóan ezt kell csinálni, ugyanis ha nem folyamatosan ez foglalkoztat bennünket, akkor nem alakulnak megfelelően a dolgok. Erre rámehet a család is. Nekem szerencsém van, a feleségem megértő, elfogadta a helyzetet, a fiam és a lányom pedig ebbe nőtt bele. A lányom állatorvos, a férje is, aki sokat van távol, de a lányomnak nem szokatlan ez az élethelyeztet. A többség azonban nem ebben nőtt fel. Van olyan fiatal kollégám, akit otthagyott a menyasszonya – nem jelentett vonzó perspektívát a számára, hogy reggel korán eljön a párja, este pedig későn érkezik, és még pénzt sem visz haza. Ahogy ez egy csapatmunka a munkahelyen, ugyanúgy otthon is kell egy olyan hátország, amely erőt ad, ahol az ember jól érzi magát. Nem gondolom, hogy megszállott lennék… attól érezném rosszul magam, ha nem tudnék ott lenni, amikor baj van. Időnként felettem is összecsapnak a hullámok, akkor lassúbb életre, kevesebb felelősséggel járó munkára vágyom, aztán lehiggadok, megnyugszom, és csinálom tovább.

Rendszerszemléletben gondolkodni

ZÖLDI PÉTER

Adányi Balázzsal, a Vasútegészségügyi Nonprofit Kiemelten Közhasznú Kft. informatikai igazgatójával legújabb fejlesztésükről beszélgettünk.

– Igazgató úr, milyen struktúrát kell lefednie a vasútegészségügy informatikai csapatának?

– Eltérően a legtöbb egészségügyi szervezettől, a Vasútegészségügyi Nonprofit Kiemelten Közhasznú Kft. a volt MÁV egészségügyi intézmények jelentős részét megörökölve jött létre, ezáltal az ország különböző pontjain rendelkezik rendelőintézetekkel, alapellátási, háziorvosi, üzemorvosi, fogorvosi és krónikus betegellátó intézményekkel. A helyi, divizionális szervezeteket egy központi menedzsment irányítja, amely a stratégiai döntéseket hozza. Ezért már korábban is az a döntés született, hogy egységes informatikai rendszert hozunk létre, amely kiterjed az egészségügyi adminisztrációs szoftverekre, és gazdasági és munkaügyi szoftverekre is. Jelenleg központi szerverparkon

üzemelő rendszereket alkalmazunk. Medikai rendszerként a MedWorkS, gazdasági rendszerként az SAP, HR-rendszerként az Orgware rendszereit használjuk. Közel ötmilliárdos költségvetéssel dolgozunk, az üzemorvosi- és járóbeteg-szakrendelőket is beleértve 70 telephellyel rendelkezünk. Ezek informatikai kiszolgálása természetesen komoly feladatot jelent, és nagymértékben eltér az iparágban egyébként megszokott feladatoktól.

– Hogyan képesek ennyire szerteágazó struktúrát üzemeltetni?

– Kevés olyan medikai informatikai rendszer működik ma Magyarországon, és azok is jelentős átalakításra szorulnak, amelyek képesek több telephely és sok felhasználó egységes kiszolgálására. Struktúránk komoly elvárásokat támaszt a műszaki háttérrel, így az adathálózatokkal szemben is, amelyek sajnos országosan egyáltalán nem olyan jó minőségűek és megbízhatóak, mint rendszerünk üzemeltetéséhez szükséges lenne. Egy ekkora struktúrában komoly kihívást jelent a rendszerek menedzselése is, hiszen sok telephelyünkön nem oldható meg a közvetlen informatikusi segítség. Ezért amellett, hogy mindenhol távoli elérést alkalmazunk, nagyon komoly garanciális rendelkezésre állási elvárásaink vannak, hiszen egy tőlünk több száz kilométerre lévő számítógép javítása, cseréje gyakran többe kerülne, mint maga a számítógép költsége.

– Miért szánták rá magukat radiológiai háttérrendszereik fejlesztésére?

– E területen a fejlesztési igény nem az informatikai oldalon merült fel, hanem a szakma elvárása volt. Mint sok más helyen, nálunk is megjelent a szakmai igény a hagyományos filmes technológia leváltására, elsősorban a digitális radiológia szakmai előnyei, a jobb diagnosztikai lehetőségek, a filmelőhívás nehézségeinek elhagyása miatt. Miután azonban több, nagyobb rendelőintézettel rendelkezünk, és ezekben mindenhol korszerűnek számító, jó minőségű röntgenberendezések működnek, az intézményvezetés nem a röntgengépek cseréjében gondolkodott. Budapesti szakrendelőnkben elsőként egy foszforlemezes megoldást vezettünk be, ezzel teszteltük a digitális radiológia lehetőségeit. Meg kell hagyni, ezt a megoldást nem találtuk teljesen jövőbe mutatónak. Úgy gondoljuk, a foszforlemezes technológia átmenet a hagyományos filmes és a digitális radiológia között, az előbbi bizonyos hátrányait megtartva.

– Végül milyen megoldást választottak?

– Úgy döntöttünk, hogy a vezeték nélküli flat paneles detektortechnológiát vezetjük be. Ez a digitális eszközök detektorát használja fel, olyan formátumban, amely a filmes kazetta helyére is beilleszthető. Mivel mi wifi-technológiájú eszközöket vásároltunk, ezek sokkal mobilabbak, mint az egybeépített digitális röntgenberendezés, tehát sokkal rugalmasabban lehet képeket létrehozni, és szemben a foszforlemezes alkalmazásokkal, néhány másodpercen belül megjelenik a kezelőpulton az elkészült kép. Itt rögtön eldönthető, hogy megfelelő-e a minősége és ezután kerül a PACS-rendszerbe, ahol a feldolgozása megtörténhet.

– Hogyan kapcsolják ezt a technológiát a többi rendszerhez?

– Intézményrendszerként nekünk mindig rendszerszemléletben kellett gondolkoznunk. E megoldás tervezésével párhuzamosan is elkezdtünk arról gondolkodni, hogy ezek az informatikai megoldások hogyan illeszkednének jelenlegi rendszereinkhez, illetve jövőbeli elképzeléseinkhez. Ezért egy Magyarországon eddig viszonylag szokatlan kérést fogalmaztunk meg a megoldásszállítók felé. Mégpedig azt, hogy a szokásos PACS-megoldásokon túl azt a lehetőséget is biztosítsák, hogy az összes rendelőintézetünk, amely fel van szerelve ezekkel az eszközökkel, ne csak saját magának tudjon leletezni, hanem egymásnak is be tudjanak segíteni. Jelenleg négy rendelőintézetünkben működik a digitális röntgendiagnosztika. Szegeden éppen szeptember első hetében adták át a HU-RO pályázati rendszer keretében megvalósuló rendszert. Ebben szegedi rendelőintézetünk egy romániai kórházzal, egy magyar kórházzal és több magyar rendelőintézettel közös hálózatba kapcsolódva egymásnak tud röntgenfelvételeket leletezni.

Adányi Balázs

– Kik szállították a technológiát?

– Szerencsés módon mindkét pályázat nyertese a Getronics Magyarország Kft. és Béker-Soft Informatika Kft. volt, így egységes rendszert tudtak megvalósítani. Így amikor a HU-RO pályázat teljes mértékben megvalósul, technikailag elképzelhető, hogy egy romániai beteg leletét például a soproni rendelőintézetünkben leletezzék. Számunkra az, hogy radiológus szakorvosunk Szegeden vagy Sopronban végzi a leletezést, azonos értékkel bír.

– Hogyan épülnek fel az egyedi rendelőintézeti egységek?

– Minden rendelőintézetünkben olyan PACS-rendszert telepítünk, amely az intézet egy éves leletanyagát képes tárolni. Emellett minden képből másolatot küld

a rendszer a központunkban elhelyezett tárolórendszerbe, melyen online módon három év teljes intézményi beteganyaga érhető el. Csak az ennél régebbi felvételek kerülnek háttértárolóba. Tapasztalataink szerint a járóbeteg-szakellátó intézményekben az egy évnél régebbi képanyag visszakeresése nagyon ritka, a három évnél régebbiek legtöbbször csak biztosítói vagy jogi problémák felmerülése esetén szükségesek. A Béker-Soft Informatika DIVAS PACS-rendszeréhez kapcsolódóan egy saját magunk által menedzselt rendszert is beüzemeltünk minden intézményben. Ez lehetővé teszi, hogy a szakorvosi munkahelyeken is megtekinthetők legyenek a felvételek egy egyszerűsített leletező szoftver segítségével. E megoldás különlegessége, hogy mivel felépítésünkből adódóan sok munkahelyen alkalmazunk vékony klienseket, olyan szoftvert kellett találni, amely képes a vastag kliens és vékony kliens technológián is működni. Sőt, a rendszer képes arra is, hogy a betegek által gyakran CD-lemezen behozott képet már a betegirányításnál beolvassuk a rendszerbe, számtalan problémát és időveszteséget megszüntetve. Szakorvosunk így saját számítógépén, a központi radiológiai megtekintő rendszerrel nézheti meg a felvételeket. Ezen túl a rendszer alkalmas arra is, hogy külső intézménytől online módon fogadjon DICOM-formátumú felvételeket.

– Milyen szakmai kihívásokat kellett megoldaniuk a szállítóknak?

– Elsősorban az adatminőség szempontjából volt fontos feladat a medikai és radiológiai rendszer összekapcsolása. Így a radiológiai rendszer minden esetben a medikai rendszerből veszi át a betegek adatait, ezáltal a betegazonosítás nagy pontosságúvá válik. Korábbi rendszerünknél sajnos ez nem így működött, emiatt jelentős problémákkal kellett szembesülnünk. A fővállalkozó Getronics Magyarország Kft. a hardverháttér megteremtését biztosította, és a fővállalkozói feladatokat látta el. Ez nem volt egyszerű, hiszen nem csak a telephelyekre helyeztük ki a PACS-szervereket és a leletező állomásokat, hanem biztosítani kellett, hogy az adatok átadása mind a helyi PACS-rendszerre, mind a központi tárolóba is megvalósuljon. Ezen kívül biztosítani kellett azt is, hogy az egyes telephelyek egymásnak meg tudják oldani a leletezést. Ezt a feladatot a Béker-Soft Informatika TERASY teleradiológia rendszerének egy speciális változata valósítja meg, amely integráltan működik a telephelyi DIVAS PACS-rendszerekkel. Emellett fontos jellemző a rendelkezésre állás is, amelyet ilyen nagy informatikai rendszernél nem csak a minőségi elvárások, hanem a menedzselhetőség is biztosít. Olyan menedzsmentrendszert követeltünk meg a fővállalkozó Getronicstól, amellyel az összes hosszú garanciaidejű DELL szerver és aktív elem állapotát a központból követni tudjuk.

– Milyen sikerrel?

– A cég egységes rendszert szállított, így alapvető elvárásunk: a menedzselhetőség és rendelkezésre állás valóban biztosítható volt. Rendelkezésre állási elvárásunk szerint még teljes körű meghibásodás esetén is 24 órán belül vissza kell állítani a teljes üzemet. A tavaszi indulás óta egyébként a PACS és a teleradiológai rendszer esetében nem tapasztaltunk jelentősebb meghibásodást.

– Mekkora leletezési feladatot fog ellátni az új rendszer?

– A teljes kiépítésben hat telephelyen lesz digitális röntgen, illesztjük ultrahang-berendezéseinket, fogászati röntgeneinket. Napi vizsgálati számunk több száz röntgen lesz, elérve a legnagyobb kórházak vizsgálati számait. Ezt a mennyiséget leletezni, menedzselni és tárolni kell, ami nem lesz egyszerű feladat, de az új technológiával tökéletesen felkészültünk rá.

A beruházásról megkérdeztük dr. Pásztélyi Zsoltot, a Vasútegészségügyi Nonprofit Kiemelten Közhasznú Kft. ügyvezető igazgatóját is.

– Igazgató úr, milyen szerepet játszik a vasútegészségügy komplex rendszerében az informatika?

– 2004 előtt szigetszerűen működő részek jellemezték a vasút-egészségügyi informatikai rendszert. A mindenkori menedzsment számára fontos szempont volt, hogy az adatrögzítés és -szolgáltatás egységesen történjen. Ez teszi lehetővé az adatok gyors leválogatását, a precíz felsővezetői döntéshozatalt, ez alapozza meg belső elszámolási rendszerünket is. Ezen túl az informatikai rendszereknek jelentős folyamatszabályozási hatásuk is van, ezt az elmúlt időszakban mindig ki is használtuk. Azonban a jó informatikai rendszer nem csak nekünk, orvosoknak, szakdolgozóknak, vezetőknek fontos, hanem betegeinknek is, hogy rugalmasan, központi folyamatok segítségével kérhessenek betegfogadási időpontot, érhessék el internet szerverünket, érezzék, hogy a szolgáltatásokat egy jól működő ellátónál veszik igénybe. Ezeket a céljainkat is sikerült elérni az elmúlt időszakban.

Dr. Pásztélyi Zsolt

– Milyen megtakarításokat, hatékonyságnövekedést eredményezhet a radiológiai informatikai rendszer fejlesztése?

– A képlet egyszerű: unikum vagyunk a magyar egészségügyi ellátók között. Társaságunk hét telephelyen tart fenn hagyományos radiológiai vizsgálatokat végző vizsgálót, ilyen lehetőséggel semmilyen más szolgáltató jelenleg nem rendelkezik. Ez a diverzitás magában hordozza azt a lehetőséget, hogy kiterjesztett leletezéssel a divízióink egymás számára rendelkezésre álljanak, a tevékenység időbeli megosztásával. Ennek a belső elszámolási rendszere jelenleg kialakítás alatt áll. A fő cél nem is a költségcsökkentés – hiszen ezt önmagában az előhívó és a film megtakarításával a digitális rendszerre történő átállás biztosítja –, hanem a helyettesítések egyszerű megoldása, és a járóbeteg szakrendelések számára megnyújtott radiológiai rendelkezésre állás volt.

Mennyit ér az ápolói diploma?

LÓRÁNTH IDA

Az egészségügyi szakdolgozókat az augusztusi béremelés megosztotta: a diplomás ápolók egyértelműen elégedetlenek és megbántva érzik magukat. Bugarszki Miklóssal a Magyar Ápolási Egyesület elnökével a szakma, a képzés, az elvándorlás gondjairól beszélgettünk.

– A nővérek, egészségügyi szakdolgozók augusztus elején kapták először kézhez a kormány által megígért bérkiegészítést. Információi szerint hogyan fogadták az emelést, elégedettek-e, megnyugodtak-e a kedélyek a szakmában?

– Akik kaptak béremelést, azok januárig visszamenőleg elszámolva, egy összegben vették kézhez a fizetésüket, vagyis hét havi emelést kaptak egyszerre, így augusztusi bevételük látványosan megnőtt. Ennek hatására a nővérek jelentős része pillanatnyilag elégedettnek látszik. Az emelés valódi mértékével majd a szeptemberi fizetésük kézhezvételekor szembesülnek. Vannak természetesen olyanok is, akik már most elégedetlenek, mert vagy nagyon keveset, vagy egyáltalán nem kaptak béremelést. Nem kaptak például a bértábla C-kategóriája alatt elhelyezkedők, akiknek a garantált bérminimum alatti keresetét emelték fel a minimum szintjére. A többiekhez képest rosszabbul jártak a diplomás egészségügyi szakdolgozók, körükben nagyon nagy az elégedetlenség.

– A kórházak éppen arra panaszkodnak, hogy a diplomás szakdolgozók létszámhiánya miatt képtelenek teljesíteni az érvényben lévő szakmai minimumfeltételeket. Nem éppen őket kellett volna nagyobb mértékű fizetésemeléssel ösztönözni, hogy helyben maradjanak, vagy kórházhoz szerződjenek?

– Egyesületünk mostanában több panaszos levelet kapott diplomás ápolóktól, akik azt sérelmezik, hogy 25–30 éves jogviszony után mindösszesen 4500 forintos fizetésemelést kaptak. A közalkalmazotti bértábla eddig is több területen generált bérfeszültséget, a mostani emelés ezt tovább gerjesztette. A bértáblában az A, B, C-kategóriák a garantált bérminimum miatt már régebben „rácsúsztak" az E-kategóriára, vagyis a fizetésben nem mutatkoztak meg az egyes kategóriákba sorolt dolgozók kvalitásai közötti különbségek. A mostani emeléssel a helyzet tovább romlott, a D-E kategóriák „rácsúsztak" az F, vagyis a főiskolai diplomával rendelkezők kategóriájára. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy e három kategória bérezése (függetlenül a szakmai végzettségtől) nagyjából egyforma lett. A diplomás egészségügyi szakdolgozók külön sérelmezik annak a kettős mércének az alkalmazását, amelynek ők lettek a kárvallottjai. A béremelést elrendelő jogszabály szerint az ágazatban dolgozó „egyéb diplomások" (pszichológusok, labordolgozók, mérnökök, biológusok stb.) 31 ezer forintnál valamivel magasabb havi fizetésemelést kaptak, ellentétben a diplomás szakápolók 3–5 ezer forintos emelésével. A magasan kvalifikált szakápolók ezt a számukra hátrányos megkülönböztetést nagyon fájlalják, és rendkívül méltánytalannak tartják.

– Milyen megoldást kínál ennek a fiaskónak a jóvátételére az egészségügyi kormányzat?

– Pár nappal ezelőtt az Egészségügyi Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusán Cserháti Péter, az EMMI helyettes államtitkára tájékoztatójában elmondta, hogy a dolgozók visszajelzései alapján megteszik majd a szükséges korrekciós lépéseket. Reménykedünk benne, hogy ez hamarosan valóra válik majd. A diplomások hátrányos megkülönböztetésén kívül sokan kifogásolják azt is, hogy a jelenlegi többletfizetést a dolgozók nem „alapilletmény-emelés", hanem „illetménykiegészítés" címén kapták, ami azt jelenti, hogy például forráshiányra hivatkozva az bármikor visszavonható lenne. Ennek további következménye az is, hogy a pótlékok mértéke egy forinttal sem emelkedett. Nem vonom kétségbe az egészségügyi kormányzat jó szándékát, és nagyon reménykedem benne, hogy az említett problémákat a gyakorlatban is mihamarább korrigálják.

– A nem állami tulajdonban lévő egészségügyi intézmények dolgozói teljesen kimaradtak a béremelésből. Nekik is megígérték az egészségpolitikusok a mielőbbi béremelést. Ők vajon miben reménykedjenek?

– A kongresszuson az is elhangzott Cserháti Péter tájékozatójában, hogy az egészségügyi dolgozók bérrendezésének második lépcsőjében az ő helyzetüket is rendezik majd. Elmondása szerint olyan egységes „kórháztörvény" elkészítésére lenne szükség, amely az említett problémákat végérvényesen megoldja. Jómagam úgy vélem, az ágazatban dolgozók bérezésében (teljesen függetlenül attól, hogy a saját intézményük OEP-finanszírozottként éppen milyen működési formában teljesíti a feladatait) nem szabad különbséget tenni. Úgy látom, az egészségpolitika vezetői látják, érzékelik a meglévő problémákat, kérdés, hogy azok orvoslásához mekkora lesz a saját mozgásterük. Például lesz-e elég forrás a terveik megvalósításához. Az egészségügyi dolgozók érdekvédő szervezeteként mi arra törekszünk, hogy akár tárgyalásos úton, akár más módon megkíséreljük elérni azt, hogy a felsorolt gondok megoldódjanak.

– A fentiekből világosan látszik, hogy éppen a diplomások, vagyis a legmagasabban képzett ápolói réteg kapta a legkisebb anyagi megbecsülést, ezért rendkívül elégedetlenek. Képzettségük, nyelvtudásuk révén pedig ők a leginkább mobilisak, akiket külföldön tárt karokkal várnak. Érezhető, hogy köreikben megerősödött az elvándorlás szándéka?

– Pontos számadataink nincsenek, azt viszont tudjuk, hogy a külföldön munkát vállaló egészségügyi dolgozóink létszáma folyamatos emelkedést mutat. Nyilvánvaló, hogy a diplomával, nyelvtudással rendelkező ápolók már az iskola elvégzése után gyakrabban próbálkoznak a külföldi munkavállalással, mint az alacsonyabb végzettségűek. Az alacsonyan tartott diplomás ápolói bér következményeként minden bizonnyal a jövőben még erősebb lesz ez a tendencia. Ennek ellenére azt feltételezem, hogy tömeges elvándorlása nem kell felkészülni, s nem azért, mert annyira elégedettek lennének az itthon dolgozó diplomás szakdolgozók, hanem mert a magyar társadalomból még mindig hiányzik a mobilitás. Ez abból a tényből is látszik, hogy a nyugati határ menti településekről sok ápoló inkább vállalja a mindennapos 60–80 kilométeres ingázást, mint az Ausztriába

költözést. Nehezen hagyják el a lakóhelyüket, családjukat, baráti körüket. Bár a fiataloknál, különösen a pályakezdőknél ez egyre kevésbé lesz akadály. Az ápolói diploma presztízsét (éppen a gyenge anyagi elismerés miatt) jól mutatja az a tény is, hogy egyre kevesebben jelentkeznek az ápolói képzésekre. Arról nem beszélve, hogy a diákoknak költségtérítéses oktatás esetén körülbelül évi háromszázezer forint hozzájárulást kellene fizetni.

– Az orvosokhoz hasonlóan az ápolóknál is megjelentek a külföldi toborzóirodák képviselői?

– Információim szerint például Borsod-Abaúj-Zemplén megyében már a hallgatóknak ajánlanak külföldi nyári gyakorlatot, így a diploma megszerzése után rögtön a külföldi fogadó kórházban kezdik meg a munkát. Mivel a magyar ápolói képesítést nemcsak Európában, hanem az egész világon is elismerik, nincs akadálya a munkavállalásuknak. Az elvándorlást szerintem csak a diplomás ápolók képzettségüknek megfelelő bérezésével lehetne megakadályozni. A jelenlegi gyenge anyagi háttéren kívül az sem segít az elvándorlás megakadályozásában, hogy a döntéshozók egy új jogszabállyal megbontották a bértáblát, amelyben már külön szabályok vonatkoznak az orvosokra. Igazságosabbnak tartanánk, egy egységes, az egészségügyi dolgozók mindegyikére vonatkozó bértáblát, amely nem tesz különbséget diploma és diploma között.

– Hallottam már olyan kórházvezetői véleményt is, hogy a magyar egészségügynek valójában leginkább nem diplomás ápolókra, hanem így mellett dolgozó nővérekre van szüksége. Ezért szükség volna a nyolcadik osztályt végzőket már az iskolában felkeresni, és megismertetni velük a szakma szépségeit. A tizennégy éves korban még lelkes, tettre kész gyerekekből két éves képzés után lehetne pótolni a hiányzó ápolói létszámot. A diplomásoknak úgyis „derogál" így mellett szolgálatot teljesíteni.

– A hazai felsőfokú ápolóképzés olyan magas szakmai színvonalú ismereteket ad, amelyek birtokában tökéletesen elláthatók azok a szakmában mutatkozó szükségletek, amelyek egy ápolóval szemben támaszthatók. Sajnos, a szakmai kompetenciák máig nem tisztázottak, így senki sem tudja, hogy munkája során mi és mennyivel több a feladata egy diplomás ápolónak, mint az alapképzettségű kollégájának. Ennek következménye, hogy végzettségtől függetlenül minden ápoló nagyjából azonos feladatokat lát el. Ha pedig azonosak a feladatok, kézenfekvő, hogy a munkáltató az „olcsóbb", ám alacsonyabb képzettségű munkaerőt választja majd. Mivel az ápolói gárda bázisát mégiscsak az alacsonyabb képzettségűek tömege jelenti, mi sem tartjuk haszontalannak azt az ötletet, hogy már az

Bugarszki Miklós

iskolában keresni kellene az utánpótlást. Természetesen nem a nyolcadik osztályban, hanem a középiskolában, ahonnan a tízedik osztálytól lehetne elindítani az egykori egészségügyi szakközépiskolához hasonló képzést a pálya iránt érdeklődők számára.

- Az egészségügyi kormányzat döntéshozóival ismertették-e a fentebb körvonalazott problémaegyüttest?

– Márciusban, a tervezett béremelés elosztása miatt, akkori információink alapján nyílt levéllel fordultunk az Országgyűléshez. Abban leírtuk, hogy véleményünk szerint a rendelkezésre álló összeget az igazságosság hamis látszatát keltve osztanák meg fele-fele arányban az orvosok (17 500 fő) és a szakdolgozók (78 000 fő) között. Ennek a valóságban az lesz az eredménye, hogy az egészségügyi szakdolgozók csupán egynegyedét kapják az orvosoknak juttatott béremelésnek. Ez az ágazaton belül kezelhetetlen feszültségekhez vezethet, aminek végkövetkezménye a szakdolgozók fokozódó mértékű pályaelhagyása. Kifejtettük határozott álláspontunkat, miszerint a különbségtétel szükségtelen, aránytalan, méltánytalan és megalázó. Kértük az Országgyűléstől, hogy ezen aránytalanság elkerülése és az ágazati béke megőrzése érdekében ne engedje, hogy egy elhibázott döntéssel kockára tegyék a betegellátás biztonságát, tovább rontsák a minőségét. Mindezek érdekében a következőket javasoltuk: a béremelésre rendelkezésre álló összeget egységesen kezeljék. Az elosztásnál őrizzék meg a közalkalmazotti bértábla eddigi szerkezetét, amely garancia lehet az aránytalanságok elkerülésére. Továbbá, felhívtuk a figyelmet rá, hogy a magyar egészségügy működése legalább olyan mértékben függ az ápolóktól, mint az orvosoktól, ezért kértük, támogassák javaslatainkat és vegyék figyelembe a közel 80 000 szakdolgozó jogos igényét. Az egyesület áprilisi kongresszusán közös állásfoglalásban rögzítettük a problémáinkat, kéréseinket. Meghirdettük a „türelem évét", és kértük a döntéshozókat, hogy ez idő alatt rendezzék a munkakörülményekkel, bérezéssel, képzéssel, szakmák közötti megkülönböztetéssel kapcsolatos sérelmeinket. Kértük továbbá, hogy az államtitkárságon belül teremtsék meg az ápolás önálló képviseletének a lehetőségét, illetve a GYEMSZI-nél hozzanak létre egy országos ápolási igazgatóságot.

– Március, április óta érkezett valamilyen érdemi válasz a döntéshozóktól?

– Eddig egyetlen válaszlevelet kaptunk, amelynek tartalmából leginkább az egészségügyben eddig történteket ismerhettük meg. Kéréseinkre konkrét választ nem kaptunk. Várom Szócska Miklós államtitkár úr válaszát a nyár elején kezdeményezett, személyes találkozást indítványozó levelemre.

– Korábban említette, hogy a napokban tartották az Egészségügyi Szakdolgozók Szakmai Konferenciáját. Összefoglalná pár mondatban az ott elhangzottakat?

– Negyvenhárom éve minden esztendőben megtartjuk ezt a kongresszust, amely elsősorban nem egészségpolitikai, hanem szakmai kérdésekkel foglalkozik. A résztvevők megosztják egymással a mindennapi feladatok tapasztalatait, tudományos kutatásaik eredményeit. Az idén ettől függetlenül szóba kerültek az aktuális problémák is. Újdonságként a kongresszuson civil fórumot is tartottunk, ahová meghívták az egészségügy területén működő civil szakmai szervezetek képviselőit is. Ezek a szakmai civil szervezetek együttműködési szándékukat fejezték ki, aminek értelmében a jövőben szorosan együtt dolgoznak majd nem csak egymással, hanem a szakdolgozói kamarával is az ágazati problémák, többek között a béranomáliák rendezésének ügyében. Vagyis az általuk képviselt szakdolgozói csoportok érdekeinek hatékonyabb érvényesítése céljából egységbe tömörültek és együttesen lépnek fel.

Ápolandó tapasztalat

RADNAI ANNA

Társadalmi megbecsülés, megfelelő anyagi feltételek, folyamatos, rugalmas és célorientált képzés teremthetné meg a sikeres ápolói munka, egyben a vonzó életpálya alapjait Magyarországon. A szakápolás működésének, fejlődésének nemzetközi folyamatairól, a követendő példákról, valamint a lehetőségekről beszélgettünk Zrínyi Miklóssal, a DE OEC Egészségügyi Főiskolai Karának oktatójával.

– Ön az ápolói szakma avatott szakértője, az Egyesült Államokban, mikor doktori képzésben tanult, ápolásból szerzett PhD-t, és a WHO színeiben is szerepet vállalt ápolókkal és szakdolgozókkal kapcsolatos projektekben. Hogyan alakult pályája a kezdetektől?

– 1994-ben a Hajnal Imre Főiskolai Karon végeztem diplomás ápolóként. Ezt követően egy évig a Nephrocentrum Alapítványnál vettem részt hemodializált betegek kezelésében, ott szereztem szakmai gyakorlatot. 1995-ben felvettek Cleveland-ben a Case Western Reserve University Ápolástudományi Karára, ott doktori hallgatóként tanultam 1999-ig, PhD fokozatom kézhezvétele után hazajöttem. Rövid időre állást vállaltam a Teva gyógyszercégnél, majd 2001-ben a WHO koppenhágai irodájában lettem tudományos tanácsadó. Az „ápolás és szülészność" munkacsoport tagjaként az volt a feladatom, hogy meghatározzam azokat a hivatalosan is elfogadható hatékonysági mutatókat, amelyek segítségével az ápolók által végzett munka szakmai eredményessége pontosan mérhető. Kiterjedt kutatásokat végeztünk, és hatalmas adatbázist építettünk a témában. A munkacsoportunk vezetőjének emellett volt egy elképzelése, melynek megvalósulása érdekében szintén sokat dolgoztunk: szerettük volna Európa-szerte bevezetni a family nurse – családgondozó ápoló – szakmát. A szakma képviselője egy közösségi ápoló személyzet lett volna, aki a család minden tagját képes ellátni – a három generáció problémáit felmérni és ellátni a kompetenciakörébe tartozó feladatokat. Sajnos ez így nem valósult meg. Ezután megint két évet a Tevánál dolgoztam, majd 2002–2005-ig a WHO genfi központjában, a humánerőforrástervezési szervezeti egységnél vállaltam munkát. A már akkor kialakulófélben lévő ápolói és szakdolgozói humánerőforráskrízisre próbáltunk megoldásokat találni a különböző tagországok számára – ajánlásokat fogalmaztunk meg, hogy miként lehetne kezelni ezt a helyzetet, globális stratégiát dolgoztunk ki, mely 2006-ban meg is jelent a WHO éves jelentését tartalmazó kiadványban. Jelenleg a DE OEC Egészségügyi Főiskolai Karán oktatok a mesterképzésben, főként kutatásmódszertant és statisztikai elemzést.

– Mennyire nyitottak ezekre a tantárgyakra a végzős szakápolók?

– Egyrészt ezek a tantárgyak a kötelező képzés részei, másrészt a mesterképzésre általában már a fejlesztések iránt valamilyen szinten elhivatottak jelentkeznek, akiket a kutatás is érdekel. A gond inkább az, hogy Magyarországon hiányoznak az anyagi feltételek, az elméleti tudás nehezen ültethető át a gyakorlatba. Amerikában ez másként van. Ezeknek a tárgyaknak az intellektuális színvonala is magasabb szinten áll, és komoly infrastruktúrát is rendelnek e mögé. Míg ott a kutatás ezen az ápolói területen is professzionális szakma, itthon ahhoz képest csupán hobbiszinten űzhető.

– Milyen egyéb különbségeket vagy akár hasonlóságokat figyelt meg a két ország mesterszintű képzésében?

– Az egyik legjelentősebb különbség, hogy Amerikában valahol az 50-es évek tájékán már elfogadták a döntéshozók, a szakma és a társadalom, hogy az ápolás nem kizárólag gyakorlati szakma, hanem önálló tudományág – erre a rangra emelték, és így is kezelik. A Nemzeti Egészségkutató Intézetben külön terület foglalkozik a szakmával, és egy-egy érdekes, erre a területre specializált kutatás számára nem nehéz anyagi hátteret is biztosítani. A másik nagy különbség a kritikus tömeg. Az Egyesült Államokban az elmúlt 50–60 évben tudatosan dolgoztak azért, hogy megfelelő számú szakembert képezzenek ki bizonyos feladatokra, ezek a szakemberek ma rendelkezésre állnak, és az utánpótlásuk is megoldott. Nálunk sajnos nincs olyan generáció, amely a kutatási profilt képviselné ezen a területen, tehát nincs is, aki átadná az ifjúságnak a tudást – még ha lennének is olyan fiatalok, akik ezen a téren kívánnak ismereteket szerezni és tevékenykedni. A különbség egyébként abban is mérhető, hogy bár nálunk is napvilágot lát egy-egy oktató kiadvány, a tudásfelhalmozás messze nem olyan mértékű, mint amilyen Amerikában, ahol évente-kétévente majdnem minden tankönyvet újraírnak. Erre éppen az elvégzett hatalmas mennyiségű kutatás alapján van lehetőségük, leírják a gyakorlati tapasztalatokat. Ehhez itthon szellemi és anyagi kapacitások kellenének.

– Milyen irányban halad az ápolás fejlesztése a tengeren túl – inkább az általános tudás vagy az orvosi szakterületeken minél mélyebbre ható tudás felé orientálódik a képzés?

– Valóban, az ápolásban is leképezik az orvoslás profiljait, ettől nem nagyon lehet eltérni: szakmai specialitások vannak, és ehhez az ápolásban is alkalmazkodni kell. A kutatások is ebbe az irányba mutatnak. Az ápolásban ugyanakkor a folyamatok a szakma teljes egészét tekintve is több szinten zajlanak, általános jellegű kutatásokat is végeznek a szakemberek. Egy példával megvilágítva: a szakosodás olyan szintű náluk, hogy már a génterápiával foglalkozó szakorvoslásban is zajlanak anyagilag támogatott kutatások, melyek a szakterülethez kötődő ápolási feladatok ellátását a lehető legmagasabb szintre emelhetik a gyakorlatban. Emellett általános ápolói témájú kutatások is futnak, pl. a minőségügyi rendszerhez kötődően. A terület egyik legelismertebb kutatója, Linda Aiken, a Philadelphiai Egyetem professzora, aki azt vizsgálta, hogy egy adott képzettségű ápolóra hány beteg ellátása hárulhat optimálisan. A minimumlétszám lényeges kritérium az ápolás minőségét és sikerességét tekintve. Munkájának hatására számos ország több kórházában meghatározták, hogy bizonyos szakterületeken öt betegnél több személy nem juthat egy ápolóra, másként ugyanis a kutatások eredménye szerint nagyobb a kockázata a szövődményeknek, a fertőzéseknek,

a baleseteknek, és nem utolsó sorban a halálozásnak. Számszerűen kimutatták, hogy minden egyes, a maximálisan ellátható betegszámon felül eső páciens 27 %-kal növeli a nem kívánt események kockázatát.

– Az említett amerikai viszonyokhoz képest Magyarországon köztudottan súlyos szakemberhiánnyal küzd az ápolói szakma, és az utánpótlás sem biztosított. Az elsőként említhető pénzhiány mellett milyen egyéb okai lehetnek még a hazai állapotoknak?

Dr. Zrínyi Miklós PhD

– Valóban az egyik legsúlyosabb ok a pénzhiány. Az Egyesült Államokban jelenleg az aneszteziológiai szakápoló a legnagyobb hiányszakma. Mivel a gond súlyos méreteket öltött, a for profit működő kórházakban ma már évi 180 000 dolláros fizetésért keresnek ilyen szakembereket. A magyar szakápolók fizetése nyomába sem ér ennek az összegnek, de ez a díjazás még az amerikai viszonyokhoz képest is magas: a tengeren túl egy háziorvos évi 150 000 dollárt, egy gyermekorvos 250 000 dollárt keres. Az óriási igényhez tehát hatalmas megbecsültséget rendelnek a probléma megoldása érdekében. Magyarországon és általában Európában szabályozott az egészségügyi piac, nem lehet a bérekkel manipulálni, még akkor sem, ha hiánygazdaság alakult ki. A szakember-elvándorlásnak ez az egyik legfontosabb oka, az emberek keresik a jobb megélhetés lehetőségét. Emellett tény, hogy az erkölcsi megbecsültség is rengeteget számít. A harmadik fontos szempont a kompetencia kérdésköre. Magyarországon a négy éves ápolói képzés során elsajátított tudásnak mindössze ha a felét tudják az ápolók a gyakorlatban is hasznosítani – nincs a tudásukhoz rendelt kompetenciakörük. Ezzel szemben pl. Angliában – ugyan limitált mértékben –, de gyógyszereket is felírhat az az ápoló, aki ennek megfelelő vizsgát tett. Hazánkban nemrég botrány tört ki abból, hogy a diplomás ápolók nem köthetnének be infúziót, annak ellenére, hogy ezt a tevékenységet képzésük során kötelező jelleggel megtanulják elvégezni. A világ másik felében az ápolók önálló munkát végezhetnek, és ez önmagában vonzó a képesítést szerzett szakemberek számára, a magas fizetésen túl is. Ezen a ponton visszakanyarodhatunk a társadalmi megbecsültség kérdésköréhez is, hiszen minél önállóbban dolgozik egy szakma, annál nagyobb megbecsültségnek örvend. Az orvosról elhisszük, hogy meg tud bennünket gyógyítani, kompetenciáját fontos értéknek tekintjük, és ezt ki is akarjuk fejezni valamilyen megbecsülés formájában. Ha azonban egy szakembernek nincs kompetenciája, arról a társadalom is elhiszi, hogy nem tud semmit nyújtani. Ez egy nagyon rossz spirál, melyből remélem, előbb-utóbb kitör majd a szakma, de az biztos, hogy ehhez még évtizedek szükségesek.

– Genfben a WHO humánerőforrás-tervezési szervezete csapatában a humánerőforrás-problémák kutatásával és megoldási javaslatok kidolgozásával foglalkozott. Beszélne bővebben azokról az évekről?

– Vizsgálataink során a világon zajló folyamatokat vettük alapul, és azt találtuk, hogy a humánerőforrás-hiánynak több különböző oka is van. Vannak olyan országok, amelyek egyre kevesebbet invesztáltak az utánpótlásképzésbe, tekintettel arra, hogy rendelkeznek azzal a forrással, amellyel megvásárolhatják a munkaerőpiacról a szükséges szakembereket – ilyen részben az Egyesült Államok, Kanada és az Egyesült Királyság, vagy Németország. Ez nem azt jelenti, hogy ezekben az államokban egyáltalán nincs képzés, ám ami megvalósul, az messze elmarad saját igényeiktől. Egy USA-ra vonatkozó előrejelzés szerint – mivel az 50-es években tömegesen születettek a gyerekek – 2025-re közel 800 000 szakdolgozónak kell nyugdíjba vonulnia, az ő helyüket nem tudják ilyen rövid időn belül szakemberekkel pótolni – már csak ezért is huzamosabb ideje ráálltak arra, hogy piaci alapon vásároljanak munkaerőt. A világ más országaiban tudatosan foglalkoznak egészségügyi személyzet képzésével, ezt a tevékenységet iparágként űzik, így tesznek pl. a Fülöp- szigeteken, Malajziában, Indiában és bizonyos afrikai országokban. Kifejezetten külföldre képeznek munkaerőt nagyüzemben – olyan ez, mintha bemennénk egy hatalmas humánerőforrás hipermarketbe, ahol bármilyen szakterületen képzett orvost vagy szakdolgozót meg lehet vásárolni. Emellett létezik még a kölcsönadott munkaerő modellje – ami India fő profilja –, melynek értelmében pl. műtét-

hez szükséges teljes teamet kölcsönözhetsz, mondjuk két hétre. Mint egy autókölcsönzőben – megmondod, mire van szükséged, leszállítják a személyzetet, majd a munka végeztével a szakemberek távoznak. Amerikában és Kanadában is angolul beszélő munkaerőt keresnek, és Magyarországra is szakemberforrás-országként számítanak. Európán belül is kezd egyre intenzívebbé válni a munkaerő-elmozdulás.

– Mi lehet a megoldás?

– Japánban pl. robotápolókat gyártanak, de ez egy sajátos megoldás, nyilván nem működhet a világ minden pontján. Az Unió alapszabálya kimondja, hogy a munkaerőmozgás szabad az európai állampolgárok számára, tehát nem hiszem, hogy a Magyarországon életbe lépett helyhez kötés hosszú távon itthon tartaná az ápolószemélyzetet – ahogyan az orvosokat sem. Feltehetőleg át kell rendezni az egészségügyben az anyagi viszonyokat, és a munkakörülményeken is jelentősen javítani kell. A helyzetet tovább súlyosbítják majd a nyugdíjak körüli problémák, ugyanis az elvándorlásnak kétféle oka létezik: az emberek egyrészt önmagukért vállalnak külföldön munkát, másrészt szeretteik miatt. Különösen az afrikai és az ázsiai országokra volt eddig jellemző, hogy az ottani fiatalok azért mennek külföldre dolgozni, hogy fizetésük egy jelentős részét hazaküldve el tudják tartani a családjukat: megfelelő nyugdíjban nem részesülő szüleiket és adott esetben más családtagokat is. Számíthatunk rá, hogy ez a modell Magyarország esetében is működésbe lép majd. Más országok tudatosan a nyugdíjrendszerüket támogatják a munkaerő-kiáramoltatással. Az egyik megoldás, amelyet korábban a WHO is javasolt, az lehetne, ha limitálnák a munkaerő-vándorlás mértékét, az Egyesült Államok számára javasolták pl., hogy olyan munkavállalói vízumokat adjanak ki, amelyek bizonyos idő után lejárnak. A menedzselt elvándorlás fogalma is napvilágot látott: eszerint az országok számon tartanák elvándorolt állampolgáraikat, és időről-időre megpróbálnák ezeket a szakembereket visszacsábítani az anyaországba. Ezt az ajánlást egy európai központi adatbázis létrehozásával lehetne pl. megvalósítani, amelybe minden diplomázott egészségügyi szakember regisztrálna, az egészségügyi intézmények – vagy a különböző országokban szükséges licenciavizsgákat levezénylő hivatalok – pedig bejelentenék, ha új munkaerőt vesznek fel. Azt sem szabad elfelejteni, hogy míg bizonyos országokban egy adott szakterületen kevés, más országban éppen túl sok szakember van. Európában közös stratégiát építhetnénk pl. az imént említett regisztrációs rendszer alapján, és a munkaerő egy részét át lehetne irányítani különböző országok között.

– A menedzselt elvándorlás Magyarország szakember-hiányára azonban csak akkor lehetne megoldás, ha adottak volnának a vonzó körülmények.

– Néhány munkatársammal együtt kutattuk az elvándorlási kedv okait, és azt találtuk, hogy ez nem pénzben mérhető. Döntően a stressz, a létbizonytalanság, a leterheltség, a kiégést okozó körülmények azok, amelyek elől menekülnek a szakemberek. Természetesen a bér terén is szükséges egy olyan szintet biztosítani, amiből tisztességesen és biztonságosan megélnek, de az erkölcsi megbecsülés, a pozitív visszajelzés a társadalom részéről, illetve a munkakörülmények fontosabbak az ezen felül megkereshető összegeknél. Sajnos nálunk ezek az értékek is nagyon hiányoznak, de nem csak Magyarországon van ez így. Az emberi munkaerő értéke mostanáig leáldozóban volt, gondolom, eljön az idő, mikor újra felragyog majd.

– Az említett modell, a külföldi piacra irányított szakembergárda kinevelése vagy akár befogadása ugyanakkor teljesen más egészségügyi struktúrát feltételez, mint a Magyarországon most célba vett, egymásra épülő ellátási szintekből álló egészségügy.

– Valóban, nálunk a képzés sem alkalmazkodott eléggé a változásokhoz. A magyar egészségügy erőteljesen kórházcentrikus, nem alapellátás-orientált rendszer, és az ápolóképzés is ennek megfelelően alakul. A nagy kihívás pedig – és nem csak a magyar viszonyok között – az lenne, hogy minél kevesebb embert, minél rövidebb időn keresztül kelljen kórházban ápolni, sokkal jobb volna, ha az öngondozás képességét tanulná meg minél több ember, hogy a krónikus panaszait is az otthoni szakápolás keretein belül tarthassa. Ennek érdekében azonban olyan képzést kellene a szakdolgozók számára biztosítani, amely lehetővé teszi számukra az önálló munkavégzést. A képzés azonban már csak azért sem ilyen, mert nem létezik a felvevőpiac sem – az alapellátás területén nem alkalmazzák a háziorvos mellett a jó, kompetens szakembereket, akikre pedig szükség volna. Nyugat-Európában ez nem így működik, ott a lakossági igényhez igazítják a szakdolgozók kompetenciáját, amelyet pedig a képzés során töltenek fel tartalommal.

– Koppenhágai WHO-s munkája során milyen tapasztalatokat szerzett?

– Ami a legérdekesebb volt, hogy az Egyesült Királyság területén dolgoznak olyan ápolók és szülésznők, akik eredményesen be tudnak tölteni bizonyos orvosi munkaköröket is. Ennek oka, hogy az ottani szakemberek felismerték: nem tudják az orvoshiányt a külföldről érkező orvosok bevándorlásával teljesen megoldani, ezért az ott dolgozó ápolók közül kell egy réteget olyan szakmai képzésben részesíteni, hogy bizonyos orvosi kompetenciákat is rájuk lehessen ruházni. A háziorvosok feladatkörét 90%-ban el tudja látni egy ilyen képzettséggel rendelkező szakápoló – a betegek legnagyobb elégedettségére. Ilyen képzésekre nálunk is szükség volna. Híve vagyok az általános képzésnek is – egy éven keresztül. Ezt követően azonban el kell dönteni, hogy a magyar egészségügyben milyen szinteken, milyen képzettségű szakemberekre van szükség, és ennek megfelelően kell a továbbtanulásra motiválni a fiatalokat. Az elvándorlás egyik legjelentősebb oka az álláshiány – hiszen feleslegesen képezünk olyan szintű ápolókat, akik vagy nem találnak munkát, vagy nem dolgozhatnak megérdemelt kompetenciájuknak megfelelően. A másik fő irány, amit Koppenhágában kidolgoztunk, az a már említett „családgondozó ápoló" szakma képzésének és kompetenciakörének kidolgozása. Óriási igény lenne az otthoni, és közösségi gondozás térhódítására, erre azonban az OEP nem biztosít elegendő forrást. Magyarországon 300 magáncég foglalkozik otthoni szakápolással, Hollandiában pl. két ilyen vállalkozás működik – és nem azért, mert ott kisebb az igény erre az ellátási formára.

– Zárszó?

– Örök optimista vagyok, bízom benne, hogy nem egy óriási humánerőforrás-katasztrófa szembesíti a társadalmat azzal, hogy a dolgokat a helyükön kellene kezelni. Akik emberekkel dolgoznak, azoknak kiemelt anyagi és erkölcsi megbecsültség járna. Az emberek gondozására irányuló munka értéke felbecsülhetetlen – legyen az óvónői, tanítói, ápolói, orvosi vagy egyéb feladat. Van egy reklámszlogen: „... és minden más megfizethetetlen..." Szeretném látni, hogy ezt a klipet valaki az orvosokra és az ápolókra vonatkozóan is elkészíti: „Amit ők csinálnak, az neked megfizethetetlen!"

Igazán hatékony megoldás szakrendelőknek is

ZÖLDI PÉTER

Szeptember eleje óta már több mint egy tucat vezeték nélküli röntgendetektor működik Magyarországon. A Carestream DRX-1 rendszert szállító Medimat Kft. ügyvezető igazgatójával, Gémes Lászlóval a tapasztalatokról beszélgettünk.

Gémes László

– Igazgató úr, mind világszerte, mind Magyarországon a vártnál jóval nagyobb sikert aratott a vezeték nélküli röntgendetektoros technológia. Mi áll ennek hátterében?

– Egyértelmű világtrend, hogy a hagyományos röntgendiagnosztika a detektoros technika felé halad. A Carestream négy éve arra talált kiváló megoldást, hogy a direkt digitális röntgenek jelentős költségét nagymértékben csökkentsük, és a legmagasabb diagnosztikai teljesítményt alacsonyabb bekerülési áron nyújthassuk. A vezeték nélküli DRX-technológia legnagyobb előnye, hogy a meglévő röntgenberendezésekhez is azonnal alkalmazható. Mára a világ legnagyobb képalkotó diagnosztikai cégei is a vezeték nélküli technológia felé mozdultak el. Nekiálltak a vezeték nélküli detektorok és az azokat integráló röntgenrendszerek gyártásának, de ezen a területen egyértelműen a Carestream a „trendsetter".

– Melyek a vezeték nélküli technológia legjelentősebb előnyei?

– A vezetékes technológiához képest óriási előny a nagyobb flexibilitás és üzembiztonság. A detektor szabadabban mozgatható, a vezeték nem korlátozza a röntgenfelvétel készítését. Ráadásul mára eljutottunk odáig, hogy a vezeték nélküli technológiák felára kezelhető, a vezetékes technológiákhoz képest jelentősen csökkent. Köszönhető ez annak is, hogy a vezeték nélküli technológia gyártási volumene az elmúlt két évben hihetetlen mértékben megugrott. Csak a Carestream DRX rendszerből világszerte 5000 telepítés valósult meg.

– Ebből hány érkezett Magyarországra?

– Mára már több mint egy tucat ilyen rendszer működik az országban. A technológia bizonyított az elmúlt években. Legrégebbi rendszereink háromévesek, azóta gyakorlatilag említésre méltó üzemzavar nélkül, folyamatosan működnek és több millió röntgenfelvételt készítettek. Ismert és elterjedt a technológia, mert költséghatékonyan nyújt lehetőséget a meglévő röntgen-berendezések digitalizálására, mind a szakrendelői, mind a kórházi környezetben. Erre számos élő példát lehet mutatni Magyarországon. Sőt, ha valaki új röntgenberendezés vásárlásában gondolkozik, akkor is feltétlenül érdemes megfontolnia a vezeték nélküli detektor-technológiát. A Carestream DRX igazán hatékony megoldás az új rendszerekben is. Ezt igazolják az új digitális röntgengépeink, mint a Veszprémben működő DRX-Evolution, vagy a szeptemberben Szegeden telepítendő DRX-Ascend direkt digitális röntgen.

A Carestream DRX-Ascend

– Milyen szakmai előnyöket nyújt a technológia?

– A DRX-technológia szakmai előnye, hogy a pácienst alig kell mozgatni vagy átfektetni, hiszen közvetlenül a betegekhez helyezhető a digitális detektor. Ezt egy beépített vagy vezetékes detektorral működő röntgennel bonyolultan és jelentős korlátokkal lehet csak megvalósítani. Sokkal nagyobb a felvétel-technikai szabadságfok, lerövidül a vizsgálati idő és ritkább a meghibásodás. Ezt felismerve kezdett el több, nagy készülékgyártó versenytársunk is hasonló rendszereket gyártani.

A Carestream DRX-1 vezeték nélküli detektora

– Mi a magyarázat arra, hogy más vezeték nélküli rendszerek nem terjedtek el Magyarországon?

– Valóban megjelentek már a versenytársak a vezeték nélküli piacon, ahol mi már a második generációs detektorunkkal vagyunk jelen. Azonban az új DRX detektor fizikai és minőségi paraméterei – elsősorban a karbonszálas erősítésű háznak köszönhető robusztusság – még mindig meghaladják a versenytársakét. Márpedig a robusztusság és megbízhatóság az ilyen vezeték nélküli rendszerek egyik legfontosabb tulajdonsága, természetesen az egyéb paraméterek mellett. A fejlesztés során a Carestream a mechanikai kialakításra kiemelt figyelmet fordít, ez a fejlesztői munka érett be és mutatkozik meg a több ezer eladott rendszerben.

– Milyen szerviztapasztalatokat szereztek az elmúlt három évben a DRX-technológiával?

– Tapasztalataink alapján még a nagyon intenzíven használt DRX-detektoroknál is várakozásainknál jóval kevesebb beavatkozásra volt szükség. Természetes, hogy megfelelő körültekintéssel kell használni a detektort, ugyanúgy, mint bármilyen korszerű és érzékeny orvostechnikai vagy elektronikai eszközt. Az egyik legrégebben Magyarországon üzemelő detektorunk naponta több száz felvételt készít egy nagy forgalmú kórházban, és hozza a formáját, annak ellenére, hogy jelentős mechanikai igénybevételnek van kitéve. A foszforlemezes technológiánál ilyen nagy igénybevétel és több százezres felvételszám után már néhány kopó alkatrészt és valószínűleg a kazettákat is cserélni kellett volna.

– Milyen fejlődés várható a jövőben a röntgendiagnosztika területén?

– A vezeték nélküli DRX-detektorrendszer megjelenését ahhoz a kilencvenes évek eleji állapothoz hasonlítanám, amikor megjelentek a vezeték nélküli telefonok, sokkal könnyebbé téve az irodai munkát. Aztán hamar ott volt a táskaméretű, majd a kézi mobiltelefon, mára pedig nyilvánvalóan minden mobillá vált. Csupán sejtem, hogy mit hoz a jövő a röntgendiagnosztikában, mert a fejlődés mindig az egyszerűbb és rugalmasabb irányába halad. Az már világosan látható, hogy a digitalizálás nem csak a röntgenosztályt foglalja magában, hanem szinte az összes klinikai osztályt, így a patológiát, belgyógyászatot, gasztroenterológiát, urológiát és kardiológiát is. Az itt működő képalkotó rendszerek is integrálódnak majd a képarchívumba. Olyan kórházat vizionálok, ahol minden képi és szöveges dokumentum digitálisan és egységes szabványban áll rendelkezésre, azonnal elérhető és feldolgozható, sőt a PACS-rendszereken keresztül regionális vagy országos szinten integrálódik.

– Mit gondol az egyes vélemények szerint már háttérbe szoruló foszforlemezes technológiáról?

– A foszforlemezes technológia kiválóan kiegészíti a direkt digitális technológiákat azokban az esetekben, ahol nem gazdaságos mindenhová DRX-rendszereket vagy még drágább direkt digitális röntgeneket telepíteni. A telefonos példánál maradva: még ma is használnak az irodákban vezetékes telefont és faxot, és nem is akarják ezt mobil technológiával kiváltani, holott technikailag lenne erre lehetőség. Továbbá, a foszforlemezes technológia a kis forgalmú és még megbízható röntgenberendezéssel rendelkező helyeken is kiváló alternatívát jelent, a filmmel összehasonlítva. Sőt, az utóbbi években nagyon komoly fejlesztések valósultak meg például a foszforlemezes mammográfia tekintetében. Már a Carestream is tud kínálni olyan passzív detektoros mammográfiai rendszert, amely megközelíti a lényegesen drágább direkt digitális mammográfok képminőségét, ezért reális alternatívát jelenthet.

– Hogyan képes megfelelni a növekvő piaci igénynek cégük, a Medimat Kft.?

– Ügyfeleink azt igénylik, hogy számukra megoldásokat nyújtsunk, ne csak egyes készülékeket ajánljunk. Szerencsére a Carestream termékválasztéka úgy kibővült, hogy teljes rendszermegoldásokat tudunk ajánlani a kis intézményektől a nagy radiológiai osztályokig. Rendszerben gondolkodhatunk, amely magába foglalja az új röntgenberendezéseket és a meglévő röntgenek digitalizálását, valamint a PACS-rendszert is. Minden készülékünk nagy előnye a magyar nyelvű kezelői felület és az elismerten felhasználóbarát filozófia. Büszkék vagyunk arra, hogy a fejlett technológiát korábban még nem alkalmazó asszisztensek, radiográfusok is azonnal elsajátítják a kezelést. Hasonló a helyzet a Carestream PACS-rendszerével is, amely már a kisforgalmú intézmények számára is elérhető árú. A magyar felhasználók így kiforrott és világszerte jelentős felhasználói körrel bíró rendszerrel dolgozhatnak. Minden készülékünket távoli felügyelettel tudjuk menedzselni, mint ez a fejlett informatikai rendszerekre jellemző. Ezeket az értékeket a magyar egészségügyben működő több mint száz intézményi partnerünk visszaigazolja, így megfelelő motivációval tudjuk kiszolgálni a hazai képalkotó diagnosztika igényeit.

Az ügyeleti feladatellátás és önkéntes többletmunka-megállapodás módosított szabályai

DR. KŐSZEGFALVI EDIT

Jogi rovatunk március hónapban foglalkozott az ügyeleti ellátás szabályaival, amelyet azonban az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló 2012. évi LXXIX. Törvény jelentős mértékben módosított 2012. július 1-jei hatállyal. Az új szabályok elsősorban a rendes munkaidő terhére történő, illetve a napi 12 órát meghaladó ügyeleti feladatellátást és az ügyelet díjazásának rendelkezéseit érintette.

Ezen új rendelkezések ismertetése során szükséges az önkéntes többletmunka vállalásra vonatkozó új jogszabályokat is áttekinteni, hiszen az ügyeletek egy részét a munkáltató csak ezen megkötött megállapodás terhére tudja elláttatni. A módosított szabályok a 2003. évi LXXXIV. törvényben az alkalmazottakra vonatkozó résznél kerültek szektorsemlegesen megfogalmazásra (a továbbiakban jogállási törvény).

Ügyeleti feladatellátás rendes munkaidő terhére

A jogállási törvény változatlanul lehetőséget biztosít arra, hogy az egészségügyi dolgozó törvényes munkaidejének egy részét ügyeleti feladat ellátásával teljesítse, amelynek mértéke a heti 16 órát nem haladhatja meg. Azaz a munkáltató egyoldalú elrendelése alapján rendes munkaidőben a dolgozó bekapcsolódik az egészségügyi szolgáltató ügyeleti szolgálatába. Az egészségügyi dolgozó ezen feladat ellátásáért nem ügyleti díjat kap, hanem a havi munkabérét, illetményét, hiszen a havi törvényes munkaidejének a terhére történik az ügyeleti feladat ellátása. A munkáltatónak a dolgozó munkaidő-beosztásában meg kell jelölnie, hogy a rendes munkaidő mely részében kell ügyeleti feladatot ellátni, és így jól elkülöníthetővé válik az ezen tevékenységre fordított időtartam. Noha heti 16 óra áll rendelkezésére a munkáltatónak, mégis egy korlátozó szabályt a jogalkotó megfogalmazott. Ugyanis kimondta, hogy amennyiben a napi munkaidő egy részében ügyeleti feladat ellátására kerül sor, ennek az időtartama a 12 órát csak kéthetente haladhatja meg. Azaz kéthetente a munkáltató megteheti, hogy egy 24 órás rendes munkaidőbe osztja be a dolgozót azzal, hogy 12 órát követően már nem műszak-, hanem egészségügyi ügyeleti feladatot lát el a dolgozó, ezzel felhasználva az adott héten rendelkezésre álló 16 órás keretet.

A köztes héten pedig a heti 16 órából valójában egyhuzamban 12 óra használható fel, például úgy, hogy egy szombati napon a munkáltató rendes munkaidőbe osztja be a dolgozót azzal, hogy ezen időtartam alatt kizárólag ügyeleti feladatot kell ellátnia. Mivel a jogalkotó heti 16 órás limitet határoz meg, és nem utal arra, hogy munkaidőkeret átlagában kell ezt betartani, ebből adódóan ezen időtartamok nem vonhatóak össze, azaz, ha adott héten nem kerül felhasználásra, akkor ez a következő hétre már nem vihető át.

Munkáltató által elrendelhető ügyelet

A módosított szabályok is lehetőséget adnak arra, hogy évi 416 óra erejéig a munkáltató egyoldalúan ügyeleti szolgálatra ossza be az egészségügyi dolgozót. Az ügyeleti szolgálat valamennyi órája munkaidőnek minősül, és amennyiben az érintett egészségügyi dolgozó rendkívüli munkát is végez, akkor a rendkívüli munkavégzés időtartama és az ügyelet együttes időtartama összeadódik, és ezek együttes tartama sem haladhatja meg az év 416 órát. Az elrendelhető ügyeleti feladat ellátását figyelembe véve hetente az egészségügyi dolgozó 48 óra munkaidőre kötelezhető, és így a heti 40 órás törvényes munkaidőn felül heti 8 óra használható fel, amely havi szinten kb. 32 óra ügyeleti feladat ellátásra való beosztásra ad lehetőséget a munkáltatónak. E körben is megjelenik azonban egy úgynevezett kéthetes korlátozó szabály, szintén a napi munkaidő mértékéhez kapcsolódóan. A jogalkotó ugyanis kimondja, hogy a munkáltató által elrendelt ügyeleti szolgálat esetében is csak kéthetente van lehetőség a 12 órát meghaladó munkavégzésre. Azaz arra, hogy a rendes munkaidőt követően a munkáltató egy 16 órás ügyeleti szolgálatra ossza be a dolgozót, vagy esetleg egy heti pihenőnapon egy 24 órás ügyeleti szolgálatot rendeljen el, csak kéthetente van lehetőség. Az elrendelhető ügyeleti szolgálatot a munkaidő-beosztásban szintén fel kell tüntetni.

Önként vállalt többletmunka keretében végzett egészségügyi ügyelet

A jogállási törvényben változatlanul él azon szabály, hogy hetente akár 24 órás önkéntes többletmunka terhére ügyeleti feladat ellátására kerülhet sor, ha erre vonatkozóan a felek között megállapodás megkötésére kerül sor. Az önkéntes többletmunka keretében végzett ügyeletnél nincs korlátozó szabály. Azaz az önkéntes többletmunka esetében akár hetente is megteheti a munkáltató, hogy a rendes munkaidőt követően 16 órás önként vállalt többletmunka-ügyeletet rendel el, vagy heti pihenőnapon 24 órás ügyeleti szolgálatot. Természetesen ebben kötve van az önkéntes többletmunka megállapodásban vállalt időtartamhoz, a munkaidő-beosztásnál csak ezen mértéket lehet felhasználni.

Összegzésképpen elmondható, az ügyeleti szolgálat a módosított jogszabályi rendelkezések alapján is három formában látható el: rendes munkaidő terhére, az évi 416 óra erejéig egyoldalú munkáltatói elrendelés, illetve önkéntes többletmunka megállapodás alapján. Ez a három jogintézmény egymás mellett alkalmazható, azzal a megszorítással, hogy a jogalkotó

2012. július 1-jétől a rendes munkaidő terhére és a munkáltató által elrendelt ügyeleti feladat ellátásánál egy kéthetes elrendelési limitszabályt vezetett be. A munkáltatónak a munkaidő-beosztás elkészítésénél figyelemmel kell erre lenni, ez olyan korlátozó szabály, amelyet a felek sem megállapodásban, sem pedig kollektív szerződésben nem módosíthatnak, azaz a szabály betartása kötelező.

Ügyelet díjazása

Attól függően, hogy az ügyelet milyen formában kerül ellátásra, a díjazására vonatkozó szabályok is eltérőek.

A jogállási törvény garantált díjtételeket határoz meg azzal, hogy a felek, illetve a kollektív szerződés ennél magasabb mértékű díjazást megállapíthatnak.

Rendes munkaidő terhére ellátott ügyeleti feladat díjazása

Ezen feladat ellátásáért az egészségügyi dolgozó a havi illetményét kapja meg, plusz ügyeleti díjazásra nem kerül sor. Ugyanakkor a jogalkotó bevezetett egy új jogcímen történő díjazást arra az esetre, ha a napi 12 órás munkaidőt meghaladóan történik az ügyeleti feladat ellátása, illetőleg, ha az általános munkarend szerint, azaz szombat-vasárnap vagy munkaszüneti napon végez a dolgozó rendes munkaidő terhére ügyeleti feladatot. Ha napi 12 órát meghaladóan történik a rendes munkaidő terhére történő ügyeleti feladatellátás, akkor a 12 órát meghaladó időtartamra a dolgozónak az egyébként a havi illetményében elszámolt óradíjon felül 50%-os pótlékot kell megfizetni. Azaz, ha a munkáltató hétköznap 24 órás munkaidőt rendel el – ezen belül 8 órás műszakot és 16 órás ügyeleti feladat ellátását –, akkor a 12 óra munkavégzést követően a következő 12 órára 50%-kal megemelt óradíjat kell fizetnie. Így például ha a dolgozó reggel 8-tól másnap reggel 8-ig rendes munkaidő terhére munkát végez, akkor délután 18 és másnap reggel 8 óra között 50%-kal megemelt óradíjat fog kapni.

Új jogcím került bevezetésre július 1-től ügyeleti pótlék címén, amelyet akkor kap meg az egészségügyi dolgozó, ha rendes munkaidő terhére szombaton vagy vasárnap végez ügyeleti feladatot. Itt nincs 12 órát meghaladó limit, a szombaton, vasárnapon történő rendes munkaidő keretében végzett ügyelet minden órájára az egyébként havi illetményében elszámolt óradíjon felül további 50%-os ügyeleti pótlék illeti meg az egészségügyi dolgozót. Például, ha a munkáltató kimondja, hogy szombaton az érintett dolgozó az első 12 órában rendes munkaidő terhére ügyeleti feladatot lát el, majd a következő 12 órában már a munkáltató által elrendelt ügyeleti szolgálatot teljesít, akkor a rendes munkaidő terhére történő ügyeleti feladatellátásért a havi illetményében lévő óradíjon felül további 50%-os pótlékot kell számára számfejteni.

Azaz a jogalkotó emelt összeggel kívánja ellentételezni a napi 12 órát meghaladó és az általánostól eltérő munkarendben történő szombati, továbbá vasárnap rendes munkaidőben történő munkavégzést.

Az évi 416 óra terhére elrendelt ügyelet díjazása

A munkáltató által elrendelt ügyeleti szolgálat díjazása tekintetében a hatályos szabályok azt mondják ki, hogy a felek megállapodása vagy a kollektív szerződés az irányadó, ha nem, akkor pedig garantált ügyeleti díjakat határoz meg a törvény 70-80, illetve 90%-os mértékben. Ezek az ügyeleti díjak is módosulnak abban az esetben, ha 12 órát meghaladóan történik a munkáltató által elrendelt ügyeleti szolgálat teljesítése, illetőleg ha szombat-vasárnap kerül sor az ügyeleti szolgálat elrendelésére. Ha a munkáltató által elrendelt ügyeleti szolgálat kapcsán a dolgozó napi munkavégzése a 12 órát meghaladja, akkor ebben az esetben a 12 órát meghaladó rész vonatkozásában az egyébként járó ügyeleti díj 50%-kal megemelt összegét kell megfizetni. Ez valójában azt jelenti, hogy hiába rendeli el a munkáltató az évi 416 óra terhére az ügyeletet, a 12 órát meghaladóan ennek terhére elvégzett ügyelet díjazása megegyezik az önkéntes többletmunka díjazásával. Így például, ha a munkáltató elrendel egy 16 órás ügyeletet a rendes munkaidőt követően, akkor az ügyelet első 4 órájára a normál ügyeleti díjat kell megfizetni, majd a következő 12 órára már az egyébként járó ügyeleti díj 50%-kal megemelt összege jár az egészségügyi dolgozónak 2012. július 1-jétől.

Önként vállalt ügyelet díjazása

Ha önként vállalt többletmunka keretében történik a napi 12 órát meghaladó munkavégzés, ott plusz díjazás nem jár, hanem az önként vállalt többletmunkára előírt magasabb, azaz az egyébként járó ügyeleti díj 50%-kal megemelt összegét kell fizetni. Természetesen az 50 %-os mértéktől a felek felfelé eltérhetnek, hiszen a díjazás kérdését az önkéntes többletmunkára vonatkozó megállapodásban rendezhetik.

Heti pihenőnapi munkaszüneti ügyelet díjazása

A jogalkotó már 2012. március 1-jén többletdíjazást vagy plusz pihenőidőt rendelt el, ha az egészségügyi dolgozó heti pihenőnapján vagy munkaszüneti napon ügyeleti szolgálatba került beosztásra. Ezen szabályozás került pontosításra azzal, hogy fő szabály szerint a heti pihenőnapi munkaszüneti napi ügyeleti díj mellett elsősorban az ügyelet tartamával azonos pihenőidőt, pihenőnapot kell az adott egészségügyi dolgozó számára biztosítani. Ha azonban nem sikerül a kompenzációs heti pihenőnapot, pihenőidőt biztosítani, akkor egy magasabb díjazással kell az ügyeleti ellátást kompenzálni, azaz az egyébként járó ügyeleti díj 50%-kal megemelt összegét kell megfizetni az egészségügyi dolgozó részére. Ezen túlmenően a következő heti pihenőnapot úgy kell a munkáltatónak kiadni, hogy 7 napon belül egy 24 órás egybefüggő pihenőidőt kivehessen az egészségügyi dolgozó.

A fenti szabályok azt jelentik, hogy amennyiben a dolgozónak vasárnapi heti pihenőnapon elrendelik az ügyeleti szolgálatot, akkor a munkáltató kifizeti a garantált 90%-os ügyeleti díjat és mellette biztosít egy kompenzációs pihenőnapot (természetesen, ha a felek az ügyleti díjat megállapodásban vagy kollektív szerződésben rendezik, akkor a jogszabályi garantált ügyeleti díj helyett ezt fogja a dolgozó megkapni).

Ha a kompenzációs pihenőidőt, pihenőnapot a munkáltató nem tudja biztosítani, akkor a 90%-os ügyeleti díj 50%-kal megemelt összegét kell ügyeleti díjként megfizetni, azaz 135 %-ot. Ha ezen a vasárnapi napon önkéntes többletmunka terhére végez ügyeletet az egészségügyi dolgozó, akkor az önkéntes többletmunkáért az egyébként járó ügyeleti díj 50%-kal megemelt összege illeti meg (90%-os ügyeleti díj 50%-kal megemelt összege), kompenzációs pihenőidő mellett. Ha a pihenőidő nem biztosítható, akkor az önkéntes többletmunkáért járó 135%-os ügyeleti díj összegét kell további 50%-kal megemelni. Azaz kompenzációs pihenőidő hiányában a dolgozó ügyleti díjként 195%-os díjtételt kap. A megemelt ügyeleti díj mellett pedig olyan munkaidő-beosztást kell készíteni, hogy a következő hét vasárnapjáig a dolgozó a neki egyébként járó heti pihenőnapjából legalább egy egybefüggő, 24 órás pihenőidőt megkapjon.

A 2012. július 1-től hatályba lépő szabályozás jól tükrözi, hogy a jogalkotó többlet-pihenőidővel, illetőleg többletdí-

jazással kívánja ellensúlyozni azt, hogy a dolgozó a heti pihenőnapján, munkaszüneti napján ügyeleti feladatot lát el akár a munkáltató utasítására, akár önkéntes többletmunka terhére.

Önként vállalt többletmunka módosított szabályai

Az egészségügyi dolgozók vonatkozásában 2003. május 1-jétől lehetőség van önként vállalt többletmunkát végezni, amelyet rendkívüli munkavégzésre, illetőleg ügyeleti feladat ellátására lehet felhasználni. Az önkéntes többletmunkára vonatkozó szabályok szintén módosításra kerültek 2012. július 1-jétől. Részben a megállapodás tartama és kötelező nyilvántartás tekintetében fogalmazott meg a jogalkotó új szabályokat, részben a többletmunka korlátozása és megtiltása, mint új jogintézmény került megfogalmazásra.

Megállapodás önként vállalt többletmunkáról

Változatlan szabály, hogy az önként vállalt többletmunka tekintetében a feleknek egy írásbeli megállapodást kell megkötniük. Új rendelkezés azonban, hogy a határozott idő mellett lehetőség van határozatlan időtartamú megállapodás megkötésére is.

Ha a felek maradnak a határozott időtartam mellett, akkor ennek felső mértéke a munkáltatónál irányadó munkaidőkeret, ha pedig nincs munkaidőkeret, egy hónapos időtartamra kerülhet megkötésre. Azaz, ha a felek határozott időtartamban állapodnak meg és a munkáltatónál négyhavi munkaidő-keretet alkalmaznak, akkor ez négy hónapos időtartamra kerülhet a megállapodás megkötésre. A felek saját maguk döntik el, hogy határozott vagy határozatlan időre kerül megkötésre az önként vállalt többletmunkára vonatkozó megállapodás. Az alaki előírásra tekintettel az írásbeliség kötelező, szóban önként vállalt többletmunkával kapcsolatos megállapodást nem lehet kötni. Az önként vállalt többletmunka-megállapodásnak kell kötelező módon tartalmaznia, egész órában megjelölve az önként vállalt többletmunka mértékét, megjelölve az előre tervezett és előre nem tervezett munkára igénybe vehető időtartamát.

Azaz az önkéntes többletmunka megállapodásban rögzíteni kell a vállalt többletmunkának azt a mértékét, amelynek felhasználása tervezett módon történik, például 15 óra ügyeleti feladat ellátására, és külön meg kell jelölni az úgynevezett előre nem tervezhető módon igénybe vehető, önkéntes többletmunka mértékét. Célszerű az önkéntes többletmunka-megállapodásban az előre nem tervezett önkéntes többletmunkára okot adó tényezőket is nevesíteni. Például, hogy beosztástól eltérő rendkívüli munkavégzésre vagy készenlét alatti munkavégzés vonatkozásában mennyi önként vállalt többletmunka vehető igénybe. Az új szabályozás alapján elválik az önként vállalt

Azonnal „hadra foghatóan”

többletmunka körében, hogy mely része az, amelyet biztosan a munkáltató fel fog használni, és mely része az, amely csak a felhasználásra okot adó ok bekövetkezte esetében használható fel.

Önkéntes többletmunka-megállapodás felmondása

Az önkéntes többletmunka-megállapodást a felek felmondhatják. A felmondás függ attól, hogy a megállapodás határozatlan vagy határozott időre került megkötésre. A határozatlan idejű megállapodás indokolási kötelezettség nélkül felmondható, a felmondást követő hónap utolsó napjával szűnik meg. Azaz, ha a határozatlan időre szóló megállapodást 2011. szeptember 1-ével felmondja az érintett egészségügyi dolgozó, akkor október 30-ával fog a megállapodás felmondás jogcímén megszűnni.

A határozott időre szóló megállapodás esetében nincs indokolási kötelezettség nélküli felmondás, hanem maga a törvény nevesíti a felmondási okokat. Az alkalmazott egészségügyi dolgozó abban az esetben mondhatja fel a határozott időre kötött megállapodást, hogyha annak teljesítése számára személyi, családi vagy egyéb körülmények tekintetében aránytalan sérelemmel járna. Ezen túlmenően fontos, hogy ez az ok a megállapodás megkötését követően kell, létrejöjjön. Például hogyha egy egészségügyi dolgozó lakóhelyet változtat, és a lakóhely-változtatása miatt nem tudja úgy gyermekeinek az elhelyezését megoldani, hogy önkéntes többletmunkát vállaljon, akkor, ha az elköltözésre az önkéntes többletmunka-megállapodás megkötését követően került sor, ez egy megalapozott felmondási ok, hiszen bizonyíthatóan aránytalan sérelmet jelentene a családja számára az önkéntes többletmunka vállalása. Hasonló ok lehet, ha váratlanul valamelyik családtag megbetegszik, és szükségessé válik az ápolása, amely miatt az egészségügyi dolgozó már önkéntes többletmunkát nem tud vállalni.

A munkáltató részéről is lehetőség van a határozott időre szóló megállapodás felmondására, azonban a munkáltató esetében is a megállapodás megkötését követően kell, hogy olyan új körülmény merüljön fel, amely lehetővé teszi, hogy más munkaszervezési eszközökkel biztosítsa a folyamatos ellátást. Például, ha önkéntes többletmunka megállapodásra azért volt szüksége, mert nem volt elég betöltött státusza, amelyet utóbb sikerül betöltenie, akkor ez olyan ok, amire alapozva a határozott időre szóló önkéntes többletmunkára vonatkozó megállapodás felmondhatóvá válik. Itt is él az a szabály, hogy a felmondás közlésének időpontját követő

hónap utolsó napjával szűnik meg a megállapodás. A felmondási ok fennállását minden esetben annak kell bizonyítania, aki hivatkozik erre.

Felmondási idő jogszabályi mértékétől a kollektív szerződés és a felek is eltérhetnek rövidebb vagy hosszabb felmondási időtartam kikötésével. A jogszabály nem nevesíti, ugyanakkor álláspontom szerint közös megegyezéssel is megszüntethető az önkéntes többletmunka-megállapodás.

Önkéntes többletmunkára vonatkozó nyilvántartás

A módosított szabályok pontosították az önkéntes többletmunkát vállaló egészségügyi dolgozókról vezetett nyilvántartás tartalmát is. A nyilvántartás részben személyes adatokra vonatkozik, részben a vállalt többletmunkára, részben pedig a vállalás alapján ténylegesen elrendelt, teljesített munkaidőre.

A személyes adatok vonatkozásában az önkéntes többletmunkát vállaló dolgozó nevét nyilván kell tartani, célszerű azt az osztályt is megjelölni, ahol dolgozik. Szükséges a vállalt órakeret vonatkozásában nyilvántartani az előre tervezhetően és előre nem tervezhetően igénybe vendő önkéntes többletmunka mértékét is. Azaz a nyilvántartásban is fel kell tüntetni a megállapodásban meghatározott tervezhető és a nem tervezhető önkéntes többletmunka mértéket.

A nyilvántartásnak az előre tervezhető és nem tervezhető önkéntes többletmunka tényleges megvalósulásáról is tartalmaznia kell adatot. Az önkéntes többletmunka-nyilvántartás lehetőséget ad arra, hogy ellenőrizni lehessen, vajon valóban a vállalt önkéntes többletmunka mértékéig került-e sor a munkavégzésre. Ezen túlmenően minden nyolc óra önkéntes többletmunka kiegészítő szolgálati időnek minősül, így a nyilvántartás alapján történik az erre vonatkozó jelentés. Nagyon fontos új rendelkezés, hogy az önkéntes többletmunkáról vezetett nyilvántartást az egészségügyi államigazgatási szervvel a működési nyilvántartási adatok körében közölni kell.

Az önkéntes többletmunka-megállapodásra vonatkozó rendelkezések 2012. július 1-jével lépnek hatályba, így ezt követően már csak az új jogszabályi előírásoknak megfelelő önkéntes többletmunka megállapodások kerülhetnek megkötésre. A korábban megkötött önkéntes többletmunka megállapodások hatályosak, ugyanakkor a július 1-jétől kötelezően vezetett nyilvántartás érdekében szükséges azokat kiegészíteni a tervezhető és nem tervezhető önkéntes többletmunkára vonatkozó adatokkal, hiszen a régi önkéntes többletmunka-megállapodások ezt nem tartalmazzák.

Önkéntes többletmunka korlátozása, megtiltása az egészségügyi államigazgatási szerv részéről

2012. július 1-jétől a jogállási törvény az egészségügyi államigazgatási szerv részére lehetőséget biztosít arra, hogy az önkéntes többletmunkát korlátozza vagy megtiltsa.

A munkáltatónak a működési nyilvántartási adatok körében kell az egészségügyi államigazgatási szervvel közölni az önkéntes többletmunkáról vezetett nyilvántartást, és ez alapján lehetősége lesz az államigazgatási szervnek, hogy az ellátottak biztonságával vagy az egészségügyi dolgozó egészségét nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzéshez való jogával összefüggésben megtiltsa vagy korlátozza a munkáltató által elrendelhető, 48 órát meghaladó munkavégzést. Az egészségügyi dolgozó oldaláról akkor kerülhet sor az önkéntes többletmunka megtiltására vagy korlátozására, ha egészségi állapotában, teherbírásában vagy a munkavégzési képességét érintő személyi körülményekben beállt változásra tekintettel ez indokolt, vagy pedig felmerül az ellátottak biztonságának a veszélyeztetése mint korlátozó, tiltó ok. Az önkéntes többletmunka korlátozására vagy megtiltására maga az államigazgatási szerv részéről hivatalból, vagy az egészségügyi dolgozó, a munkáltató vagy pedig az egészségbiztosítási szerv vagy a működési nyilvántartás-vezető szerv kezdeményezése alapján kerülhet sor. Azaz kezdeményezheti e tiltó vagy korlátozó intézkedés meghozatalát maga a munkáltató vagy az egészségügyi dolgozó, de maga az OEP is. A kezdeményezésnek természetesen utalni kell arra az okra, amely miatt a korlátozást, illetőleg a tiltást kezdeményezi az egészségügyi államigazgatási szervnél az érintett jogszabályban nevesített szerv vagy személy. Az önkéntes többletmunka korlátozása vagy megtiltása határozott időtartamra vonatkozhat. A maximális időtartama hat hónap lehet, ezen belül az egészségügyi államigazgatási szerv dönt, hogy milyen időtartamra korlátozza, illetőleg tiltja meg a heti 48 órát meghaladó munkavégzést az egészségügyi dolgozónak. Erre vonatkozóan az államigazgatási szerv egy határozatot hoz, és e határozott időre szóló határozat legfeljebb két alkalommal felülvizsgálható a dolgozó kérelmére. Azaz az egészségügyi dolgozó kezdeményezheti, hogy a tiltás, korlátozás hatálya alatt vizsgálja felül az egészségügyi államigazgatási szerv a hozott határozatát. A határozat ellen az államigazgatási szervnél van lehetőség fellebbezni, hiszen a fellebbezés nélküli végrehajtást tiltja a törvény, mert kimondja, hogy ez az önkéntes többletmunkát korlátozó vagy letiltó határozat fellebbezésre való tekintet nélkül nem nyilvánítható végrehajthatónak.

Fontos a figyelmet felhívni arra, hogy az államigazgatási tiltás illetve korlátozás körében maga a jogszabály utal az egészségügyi tevékenység mértékére vonatkozó nyilatkozattételre. Ugyanis az egyidejűleg, párhuzamos jogviszonyban történő egészségügyi tevékenységnél az egészségügyi dolgozónak nyilatkoznia kell, hogy annak mértéke hat havi átlagban a hatvan órát nem haladja meg. Ha a működési nyilvántartás-vezető a különböző nyilvántartásokból megállapítja, hogy a 60 órát meghaladja az egészségügyi tevékenység mértéke, lehetősége van kezdeményezni az egészségügyi államigazgatási szervnél ezen önkéntes többletmunka korlátozását vagy megtiltását.

2012. július 30-át megelőzően megkötött önkéntes többletmunka-megállapodások sorsa

A jogállási törvény módosítása új feltételek mellett rendeli el megkötni az önkéntes többletmunkára vonatkozó megállapodást. Ugyanakkor nagyon sok munkáltatónál hatályos még a 2012. június 30-a előtt megkötött megállapodás. Ennek a további jogi sorsát rendezte a jogállási törvény oly módon, hogy főszabályként kimondta: 2012. augusztus 1-jével ezek az önkéntes többletmunkára vonatkozó megállapodások hatályukat vesztik, és itt már az új szabályoknak megfelelő önkéntes többletmunka megállapodásokat kell megkötni. Ugyanakkor lehetősége van a feleknek, hogy a törvényi főszabálytól eltérően rendezzék a kérdést, és ebben az esetben az önkéntes többletmunka-megállapodás hatálya fennmaradhat, legfeljebb azonban 2012. december 31-ig. Ha ezek az önkéntes többletmunka-megállapodások hatályban maradnak, akkor a felmondásukra a 2012. június 30-án hatályos szabályok az irányadóak.

Jogi rovatunkban legközelebb a módosításra kerülő ágazatot érintő műszakpótlék-, kártérítési és új közalkalmazotti szabályokat ismertetjük.

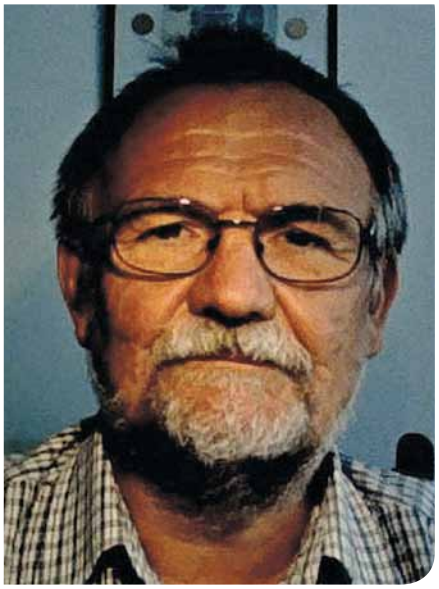
Pályázataik sikerében reménykednek

LÓRÁNTH IDA

A szekszárdi Balassa János kórház ellátási területe a rendszer átszervezésével a szakmák többségében nem változott. Muth Lajos főigazgató főorvos szerint endokrinológiai ellátási kötelezettségük mértékét viszont korrigálni kell, mert ezen a területen erőn felül kapott feladatot a kórház. Az intézmény vezetőjével pályázataik sikeréről, a minimumfeltételek teljesíthetőségéről, a dolgozók augusztusi bérkiegészítéséről beszélgettünk.

– Ismét megtörtént az egészségügyi ellátórendszer átalakítása, a kórházak július 1-je óta már ennek a szabályai szerint működnek. Szekszárdon milyen változást hozott az átalakítás? Szűntek-e meg bizonyos szakmák, integráltak-e újakat az itteni kórház működésébe?

– Lényegbe vágó változás nálunk nem történt, valamelyest módosult a területi ellátási kötelezettségünk. Mégpedig annyiban, hogy a korábban hozzánk tartozó Dombóvár környéki települések lakóinak egy része ma már vagy a város intézményében, vagy Kaposváron juthat hozzá az ellátáshoz. Továbbá, néhány Mohács környéki települést is hozzánk rendelt az új rendszer. E változások hatásai a tényleges betegforgalomban, a gyakorlatban még nem észlelhetők, mivel a járóbeteg-ellátás területén, amely a forgalom döntő részét generálja, még nem valósult meg az átalakítás. Sem megszűnő, sem új szakmák nincsenek a szekszárdi kórházban, de például specializálódtak az új rendszerben a hagyományos értelemben vett belgyógyászati szakmák. Fekvőbeteg-osztályaink többségét a 2-es kompetenciaszintre sorolták. Nálunk már korábban is „nevesítve" működött a kardiológia, a gasztroenterológia, a nefrológia. Kivételt képezett ez alól az endokrinológia, amely ma már felzárkózott az említett osztályokhoz. Bár mind a fekvő-, mind a járóbeteg-szolgáltatásunk keretében már évek óta kezeljük az endokrinológiai panaszokkal minket felkereső betegeket, a szakma „nevesítése" nem történt meg. Ezen változtattunk az új rendszerben – egyrészt a belgyógyász rezidensek miatt, hiszen a „nevesítés" mentesíti őket attól, hogy az endokrinológiai gyakorlatot más kórházban legyenek kénytelenek elvégezni. Másrészt azért, mert az ígéretek szerint a különböző szakmáknak központilag később határozzák majd meg a kompetenciaszintjét, és ezzel együtt a finanszírozását is. Arra viszont nem számítottunk, hogy a nagytérség többi kórháza a szakma „nevesítéséről" másként vélekedik, mint mi, aminek az lett az eredménye, hogy endokrinológiában hatalmas ellátási terület került Szekszárdhoz. Ebben a szakmában hozzánk tartoznak Somogy megye és a Dél-Balaton településeinek a betegei is. Hozzánk irányítanák endokrinológiai kezelésre például a siófoki betegeket is. Tekintettel arra, hogy e szakma betegeinek túlnyomó része nem fekvő-, hanem járóbeteg-ellátást igényel, egyelőre – ameddig ennek ellátási területhatárai még bizonytalanok – számunkra nem okoz gondot a fogadásuk. A jövőre vonatkozóan viszont úgy vélem, a szakma jelenlegi ellátási területi határai korrekcióra szorulnak majd. A felsorolt szakmákon kívül kórházunk specialitása még a gyermekneurológia és -pulmonológia is.



Dr. Muth Lajos

– Mekkora az a legnagyobb távolság, ahonnan az önök kórházának ellátási területéről még beteg érkezhet?

– Pincehely, Tamási, Ozora körülbelül 60-70, Iregszemcse 75 kilométerre van Szekszárdtól. Ezt a távolságot csupán a fekvőbeteg-ellátást igénylő pácienseknek kell megtenniük, a járóbeteg-szolgáltatás még a régi, megyei beosztás szerint működik, és reméljük, hogy ez a gyakorlat a jövőben is így marad.

– A pár hónapja életbe léptetett új minimumfeltétel-rendszert számos kórházi vezető kifogásolja, úgy vélik, hogy a jelenlegi realitásoknál lényegesen szigorúbb követelményeket tartalmaz. A szekszárdi kórház milyen mértékben képes a szigorított szakmai szabályok teljesítésére?

– A hazai kórházak aktuális adottságaihoz képest a minimumfeltételek túlságosan szigorúak, ezért úgy vélem, hogy korrigálásra szorulnak. Nálunk elsősorban a személyi feltételek teljesítésénél lehetnek gondok. Részben az orvosoknál is, de legfőképpen az ápolói gárdánál, akiknek tagjai között kisebb a magasan kvalifikált, diplomás végzettségű ápolók létszáma, mint amennyit a feltételek megkövetelnének. Sokat javítana a helyzetünkön az az egyszerű változtatás, amely a minősítésnél a diplomások kategóriájába beszámítaná az osztályvezető főnővéreket is. Ezzel jelentősen javulna az egyes osztályokra jutó diplomás ápolók létszámstatisztikája és közelebb kerülnénk a minimumfeltételek teljesüléséhez.

– Melyek azok a kritikus szakmák, amelyekben az orvoshiány gátolhatja a feltételek teljesülését?

– Több szakma is érintett lehet, habár nálunk meglehetősen nehéz meghatározni a paramétereket, mert orvosaink nem csak a fekvőbeteg-osztályokon teljesítenek szolgálatot, hanem a járóbetegeket ellátó rendelőintézetben is. Tény, hogy néhány szakmában feltehetően gondot okozna, ha a minimumfeltétel-rendszerben előírtakat szó szerint számon kérnék

rajtunk. Biztató jelként értékelhető, hogy idén szép számmal jelentkeztek nálunk rezidensek, hiszen az utóbbi évek átlagához képest kedvezőnek mondható a 7-8 fős szakorvosjelölti létszám.

– Több egészségpolitikus elmondta már, hogy szerinte a kis kórházak átstrukturálása, illetve egyes osztályaik bezárása mobilizálja majd az orvosokat. Ezzel a nagy intézményekben enyhülhet a szakemberhiány, az orvosok ott dolgoznak majd, ahol a legnagyobb szükség van a munkájukra. Önnél jelentkeztek olyan orvosok, akiknek az átalakítás miatt megszűnt a korábbi munkahelyük?

– Tömeges jelentkezést nem tapasztaltam. Egyetlen fiatal orvossal tárgyalunk a felvételéről, aki az aktív ágyakat felszámolni kénytelen bonyhádi kórházból szerződne hozzánk. Itt Szekszárdon nagy hasznát vennénk a munkájának, mert a saját sürgősségi osztályunk a közelmúltban kapott SO2-es helyett SO1-es minősítést, vagyis ebben a részlegben is szükségünk van a friss munkaerőre.

– Az ágazat dolgozóinak többsége augusztusi fizetésével kapta meg első ízben azt a bérkiegészítést, amelyet az egészségügyi államtitkárság korábban megígért. Szekszárdon ez számokban kifejezve mit jelentett? Átlagosan mennyi emelés juthatott dolgozónként? S vajon ellensúlyozza-e az új Munka Törvénykönyvében lefektetett kedvezőtlen műszakpótlék-számítás miatt megmutatkozó csökkenést?

– A pluszpénznek feltehetően minden dolgozó örült, talán az orvosok jobban, az ápolók kevésbé. Mivel itt Szekszárdon rendkívül csekély volt a korábban 300 ezer forintnál magasabb fizetésben részesülők aránya, a bérkiegészítéssel orvosok többsége bruttóban 68 ezer forinttal többet kapott, mint az előző hónapban. Az összeg mértéke valószínűleg érezhető javulást hozhat az anyagi helyzetükben. Az ápolóknál, a nővéreknél amellett, hogy országosan lényegesen alacsonyabb volt a bérkiegészítés mértéke, mint az orvosoknál, személyenként is nagyon változó volt az összege, nálunk is az országos átlagnak megfelelően 1000–25000 forinttal számolhattak. A műszakpótlék-csökkenés nálunk szerencsére senkit sem érint, mert dolgozóink közalkalmazottak, és az egészségügyi törvényben, valamint a kollektív szerződésben foglaltak vonatkoznak rájuk, vagyis a Munka Törvénykönyvében megváltoztatott műszakpótlék-rendszer előírásai alól mentesülnek.

– Június végén megjelent a kórházak új finanszírozási szabályairól szóló kormányrendelet. Az önök intézményét mennyiben érintik az új szabályok?

– Kis mértékben emelkedett a TVK-keretünk: a bonyhádi kórháztól átvett 20 aktív ágy ellátási kötelezettségének teljesítésére kaptunk körülbelül 40 plusz súlyszámot.

– A kórház jelenleg milyen aktuális pályázatokban érdekelt?

– Több is folyamatban van – számos pályázat pedig az előkészítés (és a reménykedés) stádiumában. Leghamarabb, a már korábban említett sürgősségi részleg SO1-es kategóriába való átminősítése teljesül. A 700 millió forintos beruházás műszaki átadására augusztus végén kerül sor. Jelenleg is folyamatban van a T.I.O.P 2.2.4-es pályázatunk, amely a struktúraváltást szolgáló tömbösítést hajtja végre. Tart az építkezés, az eszközökre kiírt közbeszerzési eljárás lefolytatása. Erre a projektre összességében 3,5 milliárd forintot fordíthatunk. A tervek szerint 2013 nyarára realizálódik a kivitelezés. Aktuális a 40 millió forint összértékű, a koraszülött-ellátás eszközparkjának fejlesztését szolgáló projektünk, illetve folyamatban van még a 600 milliós összértékű, több intézménnyel közös konzorciális rehabilitációs pályázatunk. Nemrégiben nyújtottuk be a foglalkoztatás fejlesztésére és a dolgozók képzésére vonatkozó pályázatunkat, amely elbírálására még nem került sor. Míg az előbbitől körülbelül 200 milliós, az utóbbitól 125 millió forintos pluszforrást remélünk, ami kórházunkban nagyon jól hasznosulna, hiszen ebből megoldhatnánk a minimumfeltételek teljesülésénél hiányolt végzettségű munkaerő továbbképzését.

– Az ellátórendszer átszervezése óta ismét egyre gyakrabban és mind több kórházról beszélik, hogy ismét növekedésnek indult az eladósodottságuk mértéke. Az önök gazdálkodásában is ez a tendencia?

– Sajnos ez alól mi sem lehetünk kivételek: a kórház lejárt számláinak összege körülbelül félmilliárd forint. Abban reménykedünk, hogy a 2008-óta megszokott módon, év végén az államtól ismét érkezik majd egy „mentőcsomag", amiből kifizethetjük tartozásainkat. Úgy vélem, erre a pluszforrásra a kórházak döntő többségének az idén is szüksége lesz, hogy a 2013-at valamelyest csökkentett terhekkel kezdhessék.

– Vajon miért emelkedik ismét a kórházi adósságállomány? A gondoskodó állam mint hozzáértő, jó gazda nem sáfárkodik sikeresebben a forrásokkal, mint elődei, az önkormányzatok?

– A tulajdonosváltás nem változtatott a rendszer alulfinanszírozottságán. Nálunk a kórház gazdálkodásának gondjai a TVK-rendszer bevezetésével kezdődtek, és azóta is permanensen fennállnak. A volumenkorlát bevezetése előtt a kórház tartalékokkal rendelkezett és sikeresen megoldottuk az eszközbeszerzéseket is. A korlátozás lehetetlenné teszi a fedezeti pont elérését.

– Sok kórháznak a régi rendszerben akkori fenntartója, az önkormányzat segített az adóssággondok enyhítésében.

– Itt Szekszárdon nem volt példa rá. A fenntartó anyagi támogatása kimerült a pályázati önrészek átvállalásában.

– Az új pályázatoknál vajon ki fogja vállalni az önrészt? A GYEMSZI, a központi költségvetés?

– A folyamatban lévő pályázatok önrészét még a régi fenntartók fizették, illetve a fennmaradó rész fizetését átvállalta egy erre a célra elkülönített állami alap. Kórházunknak van olyan pályázata is, amelynél a kötelezően előírt 10 százalékos önrészen felül is százmilliós nagyságrendű összeget kellett fizetnie az önkormányzatnak. Ennek időarányos törlesztését szintén átvállalta a GYEMSZI. Arról, hogy a jövőben kiírandó új pályázatok esetében ki fizeti majd az önrészt, nincs még információm. Gondolom az új tulajdonos, vagyis az állam fizeti majd, de az sem elképzelhetetlen, hogy megszűnik az önrészfizetés.

PÁLYAKÉP

Dr. Muth Lajos főigazgató Pécsen született 1952-ben. Orvosi diplomáját 1977-ben vehette át, ezután belgyógyászatból tett szakvizsgát, majd 1993-ban MDT diabetológusa címet kapott, végül 2001-ben egészségügyi szakmenedzseri másoddiplomát szerzett. Kezdettől a szekszárdi kórházban dolgozik. A IV. Belgyógyászaton töltött több mint húsz év után, 1998-ban lett az intézmény főigazgatója. A Szekszárdi Evangélikus Egyházközség felügyelői feladatait 1992-óta látja el. Több évtizedes orvosi- és kórházigazgatói munkájáért 2011-ben Batthyány-Strattmann-díjjal jutalmazták. Gyermekorvos feleségével az egyetem utolsó évében házasodtak össze. Két fiuk van, a nagyobbik 33 éves közgazdász, informatikus, a kisebbik 28 éves orvos. Egyelőre mindketten Németországban dolgoznak, de szüleik reménye szerint ez nem végleges, hiszen nekik nem csak ők és menyeik, hanem két unokájuk is nagyon hiányoznak. Hobbija a tenisz és a kerékpározás.

HARTMANN
segít gyógyítani.

Több milliós forrás – beruházások és megszorítások nélkül

Interjú Hornyák Lászlóval, a HARTMANN-RICO Hungária Kft. ügyvezető igazgatójával.

A Hartmann az egészségügyi piac szereplői számára egy ismert név és márka. Ön mit tart fontosnak elmondani a társaságról?

Cégünk a HARTMANN-RICO Hungária Kft. 1997. november 1-én alakult és egyesíti a német multinacionális Paul HARTMANN AG valamint a nagy múltú, patinás RICO Kötszerművek szaktudását és tapasztalatát, így közel 2 évszázada van jelen az egészségügy számos területén. A HARTMANN emblémája világszerte az állandó minőség és a folyamatos innováció garanciája, a HARTMANN név pedig mindenütt szerves része az egészségügyi ellátó rendszereknek és a legnagyobb, legmegbízhatóbb beszállító cégek között tarják számon.

Az ellátórendszer változását követően az Ön véleménye szerint a beszállító cégek esetében mi a siker kulcsa?

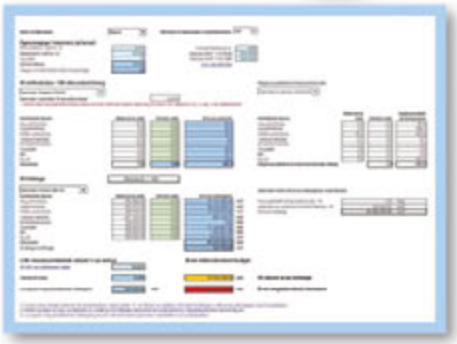
Az állandóság, megbízhatóság és teherbíró képesség már a jelenlegi helyzetben is nagy jelentőséggel bír, de mindezek különösen fontosak lesznek a közeljövőben, amikor egy központosított, hirtelen megnövekedett vagy megváltozott szükséglet kiszolgálása gyors reagálást és biztos hátteret kíván.

Emellett véleményem szerint természetesen továbbra is fontos az egyedi, speciális igények kielégítése, ami nagy tapasztalatot és szakértelmet követel a beszállító partner részéről. Ilyen kvalitásokkal manapság nagyon kevés cég rendelkezik.

A HARTMANN nemcsak egyszerűen termékei értékesítését, hanem egy hosszú távú szoros partneri viszonyon alapuló, átfogó szolgáltatás biztosítását tűzte ki célul. Ennek egyik gyakorlatban megjelenő, szakemberek által kifejlesztett formája a **HARTMANN-InfekcióKontroll Program,** röviden **HIK®.**

Pontosan mit takar ez a név?

A **HIK®** a cég saját fejlesztésű programja. A program segítségével bármely egészségügyi intézmény pontos képet kap az elmúlt időszak kórházi ellátással összefüggő fertőzések kezelési költségéről. Erre építve konkrét tanácsokat adunk a kórházi fertőzések visszaszorítása érdekében, melyek pontosan számszerűsíthető megtakarításokat eredményeznek. A **HIK®** program mindezt személyes tanácsadáson és oktatási modulokon túl egy speciálisan erre a célra kifejlesztett szoftverrel támogatja.



Költégkalkulációs szoftver

Jelenleg több cég is kínál egészségügyi kiadásokat csökkentő, fertőzések visszaszorítását célzó programot műtői vagy osztályos vonatkozásban. Mitől egyedi az Önöké?

A jelenlegi gazdasági helyzetben a szűkös anyagi keretek néha sajnos ésszerűtlen takarékosságra kényszerítik az intézményeket, aminek sokak szerint törvényszerű következménye a kórházi fertőzések számának emelkedése. Álláspontunk szerint a fertőzések száma és kezelési költsége nem csak és kizárólag a forráshiány megszüntetésével csökkenthető.

A **HIK®** programban résztvevő intézmények számára az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzését célzó, személyre szabott stratégia kialakítására és megvalósítására adunk útmutatást. Programunk azonban a kórházi fertőzések éves költségének, illetve az intézmény megtakarítási potenciáljának kalkulációja során nemcsak nemzetközi tanulmányok adataira támaszkodik, hanem rendelkezésünkre állnak már az első hazai eredmények is.

Milyen hazai eredményekről tud beszámolni?

Örömmel tapasztaltuk, partnereink nagy megelégedésére, hogy a program bevezetése minimális ráfordítás mellett – ami egyébként a gyakorlatban az adott intézmény infekciókontroll szempontból lényeges, főként infrastrukturális feltételeinek optimalizálását jelenti – milliós nagyságrendű megtakarításokat eredményezett. A programban résztvevő intézményekben illetve osztályokon a kórházi fertőzések csökkenése volt megfigyelhető, ennek következményeképpen pedig a fertőzések kezelési költségének jelentős mértékű, akár tizedére történő visszaesését tapasztaltuk. A résztvevő intézmények adatait természetesen bizalmasan kezeljük és közzétételük csak mindkét fél jóváhagyásával lehetséges.

Hogyan lehet programjukhoz csatlakozni?

A programhoz bármely hazai egészségügyi intézmény csatlakozhat. Ha sikerült felkeltenünk az érdeklődésüket kérjük, keressék meg területileg illetékes kollégánkat vagy hívhatnak bennünket akár közvetlenül is az alábbi számon: ***+36-23-530-930,*** mi pedig részletesen bemutatjuk a program elemeit, működését és kimutatjuk a várható megtérülést is. Szakértők szerint a kórházi fertőzéseknek legalább az egyharmada megelőzhető. E közös cél elérése érdekében új rendszerszemléletünkkel, egyedi megoldásainkkal, oktatási programjainkkal, egyedülállóan széles termékválasztékunkkal és tapasztalt tanácsadóinkkal szeretnénk támogatni az egészségügyi intézményeket.

együtt a fertőzések ellen
kéz a kézben

divas

PACS RENDSZER

FŐNIX PRO

MEDIKAI RENDSZER

Terasy
The Teleradiology System

TELERADIOLÓGIAI RENDSZER

NE VÁRJON AZ ELSŐ HÓRA, MOST VÁLTSON A FŐNIX-PRO-RA!

Azon intézmények, akik 2012. november 30-ig szerződést kötnek a **FŐNIX-Pro** rendszer bevezetésére, térítésmentesen jutnak hozzá a rendszer használatához szükséges szerver infrastruktúrához.
Az akció a rendelkezésre álló keretösszeg erejéig tart.
További részletekért hívják a +36(30)2892223-as telefonszámot, vagy írjanak e-mailt a **nevarjon@bsi.hu** címre.

BSI

BÉKER-SOFT INFORMATIKA KFT.
KOMPLEX EGÉSZSÉGÜGYI INFORMATIKAI MEGOLDÁSOK

1184 BUDAPEST, HENGERSOR U. 73.
TEL: +36(1)292-1023 | FAX: +36(1)292-2123 | E-MAIL: INFO@BSI.HU | WEB: WWW.BSI.HU

Van programja holnapra?