

KÓRHÁZ

A MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG HIVATALOS LAPJA



2015. Tavasz

CSOPORTOS GÉPBESZERZÉSI AKCIÓ

Lépjen be velünk a Samsung egészségügy világába!

Nagyteljesítményű Color Doppler ultrahang-diagnosztikai berendezés közbeszerzési értékhatár alatt, nemcsak költségvetési intézmények részére! Igény esetén pályázati előminősítést, pályázatiírói háttérrel biztosítunk.

FŐBB JELLEMZŐK:

Lejárat: 2015. május 29.

STÍLUS ÉS TELJESÍTMÉNY

- Samsung elektronika
- 18,5" LED Monitor
- LED érintőképernyő menüvezérlés
- DVD-RW meghajtó
- Állítható magasságú és elforgatható konzol
- Kezelőpultba csúsztható billentyűzet LED háttérvilágítással
- Gélmelegítő (opció)

- Hibrid beamformer
- Programozható érintőpaneles digitális TGC
- Testreszabható kivitel: kezelőfelület, főmenü, érintőpanel menü, biometria, testábrák stb.
- 2D, Doppler és Color QuickScan egygombos gyorsbeállítás
- Tissue Harmonic Imaging

- Nagy elemszámú fejek
- S-Vue vizsgálófej technológia
- S-Flow Doppler
- ClearVision technológia a műtermékmentes és nagy kontrasztfelbontású kép érdekében
- Dual és Quad megjelenítés
- Dual Live mód (2D&Color)



AKCIÓBAN RENDELHETŐ KIÉPÍTÉSEK:

SZÜLESZET-NŐGYÓGYÁSZAT	ÁLTALÁNOS CÉLÚ	KARDIOLÓGIA
1.,2.,3. Trimeszter, magzati szív, FMF beállítások, infertilitás, nőgyógyászati programok, magzati súlybecslés stb.	ált. has, máj, epeutak, hasnyálmirigy, vese, hasi erek, kismedence, pajzsmirigy, emlő, alsó- és felső végtagi erek, nyaki erek, izom- és vázrendszer, stb.	M, Color M, Anatómiai M-mód, CW Doppler, Tissue Doppler (color és pw), HPRF, testreszabható kardio biometria, nagy frame rate stb.
2-8 MHz Convex hasi fej	2-8 MHz Convex hasi fej	2-4 MHz Phased Array fej
4-9 MHz Endovaginális fej	5-13 MHz, 40 mm Lineáris fej	opcionális 3-8 MHz S-Vue pediátriai Phased Array fej
opcionális 3D/4D	opcionális MultiVision, Elastográfia, IMT, Panoráma technológiák	opcionális EKG modul

A készülék megtekinthető a Kórházzövetség XXIV. Kongresszusán 2015. április 22-24. között Debrecenben, a Kölcsey Központban a Samsung standján (37 sz. stand az emeleten, a lift mellett).

Nézze meg többi Samsung ultrahang berendezésünket is a www.sonarmed.hu oldalon! Ha SD akkor Samsung, nálunk visszhangra talál!



Tisztelt Olvasóink!

Assan múlt el ez a tél is, de végre átadta a helyét a tavaszi napsütésnek. A természet újraéledése az emberek számára is az újrakezdés reményességét hozza. Nagyon nehéz időszak volt ez kórházaink életében. A másfél éve növekvő adósságteher félreérthetetlenül jelzi, hogy megbomlott az egyensúly az intézményeink feladata, tevékenysége, és az ehhez szükséges pénzforrások között. Mivel intézményeink az elmúlt években újra állami tulajdonba és irányítás alá kerültek, a felelősségen sincs túl sok vizsgálni való. Ez egy egyértelmű közgazdasági helyzet, amit meg kell oldani. Már készítettem ezt a vezércikket, amikor a képernyőn megjelent a közlemény: a miniszterelnök utasította a tárcavezetőket, sürgősen készítsék el azt a jogszabályt, amely felhatalmazza Zombor államtitkárt az adósság felszámolására, 60 milliárd forint értékhatárig. Kiváló időzítés! A politika ehhez igazán jól ért! A Magyar Kórházszövetség kongresszusának nyitónapján fogják meghozni a kormánydöntést, és Zombor Gábor a zárónapon már a részletekről is beszámolhat. Ne tagadjuk, ez mindenképpen jó dolog, és nagy szükség volt rá. És ne tekintse senki ünneprontásnak, de a szakembereknek kötelességük a helyzetet tovább gondolni és jelezni a megoldásra váró kérdéseket. Én is erre teszek egy rövid kísérletet.

A 60 milliárd nem lesz elég. Az adósság már elköltött pénz, nem sokat lehet vele kezdeni. A beszállítók nem tehettek mást, „beárazták” ezt a piacot. Ha itt közgazdasági értelemben nem teremtünk kiszámítható viszonyokat, akkor azt fogjuk megérni, hogy a kockázatok miatt sokkal drágább lesz, mint a szomszédos országokban. Mivel a jelenle-



gi szerkezetben havonta kb. négymilliárd forinttal nő az adósság, itt további beavatkozások is kellenek. Emelni kell a rendszeres finanszírozás díjait. Lehetne változtatni a szolgáltatási szerkezetet is, de a tapolcai választás meglepő ígéretei arra utalnak, hogy a politika erre nem készült fel. Itt az idő újra-gondolni a politikai kormányzás (politics) és a

szakpolitikai kormányzás (policy) viszonyait. Annál is inkább, mert az orvosok és egyéb szakemberek folytatódó elvándorlása (és az elvándoroltak vissza nem térése) már ma is súlyos helyzetet teremt, de több szakterületen és intézményben már napi működési elégtelenség keletkezik. Ezt nem lehet orvosolni a szakmai (minimum) feltételek figyelmen kívül hagyásával. Jelentős, a környezet-hez képest versenyképes mértékű béremelést kell végrehajtani, viszonylag rövid idő alatt. A sokat kritizált GYEMSZI helyére lépő új intézmény, az ÁEEK és az OEP közötti feladatmegosztás lehetővé teheti a szakpolitika megerősödését, és azt, hogy a tárca a napi kérdések helyett a politikai egyeztetésre koncentráljon, hiszen itt dől el az egészségügyi rendszer működési és fejlesztési forrásainak nagyságrendje.

Ezekről és sok egyéb kérdésről lesz szó Debrecenben, a Magyar Kórházszövetség XXVII. kongresszusán. Négy hónap szünet után megjelenő lapunk nevében köszöntöm a kongresszus résztvevőit, azzal a reménységgel, hogy a konszolidálódó kórházügy mellett küldetésünknek megfelelő tevékenységünk is újraéled, szolgálva ezzel a magyar kórházak érdekeit.

Dr. Szepesi András

KÓRHÁZ

A MAGYAR KÓRHÁZSZÖVETSÉG HIVATALOS LAPJA

A szerkesztőbizottság elnöke:

Dr. Rácz Jenő

Tagok: Dr. Svébis Mihály,

Dr. Antal Gabriella, Torda Júlia

Főszerkesztő: Dr. Szepesi András

Szerkesztőségi ügyvivő:

Szlovákné Bandula Ilona

Lapmenedzser: Zöldi Péter

Rovatvezetők

Jogi rovat: Dr. Kőszegfalvi Edit

Intenzív terápia: Dr. Fülesdi Béla

Gyógyszer: Fekete Tibor

Minőségbiztosítás: Dr. Kullmann Lajos

Menedzsment: Dr. Boncz Imre

Nemzetközi sajtó: Kövesi Ervin

Tanácsadó testület

Dr. Velkey György, Dr. Csídei Irén,

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

Dr. Rudner Ervin, Dr. Sásdi Antal,

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

Mészáros Magdolna, Zsarnay István,

Dr. Fülöp Rudolf, Dr. Nagy Anikó

Kiadja: Magyar Kórházszövetség

Felelős kiadó: Dr. Velkey György elnök

Lapmenedzsment: Weborvos.hu 2009 Kft.

Kiadó és szerkesztőség:

1113 Budapest, Ibrahim u. 19.

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

Fax: (1) 214-9715, E-mail: mksz@invitel.hu

Internet: www.korhazszovetseg.hu

A Kórház szaklap előző lapszámai

a www.weborvos.hu portálon tekinthetők meg.

A támogatott oldalakat ■ jelöli.

Nyomdai munkák: Mega Kft.

Felelős vezető: Gáti Tamás ügyvezető igazgató

A Kórház utcai terjesztésre nem kerül, terjeszti a Feibra Kft. Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Zrt. Üzleti és Logisztikai Központja (ÜLK) Hírlap Üzletág. Előfizethető közvetlenül a postai kézbesítőknél, az ország bármely postáján, vagy Budapesten a Hírlap Területi Képviseleteken (postacím: 1900 Budapest, e-mail: hirlap@posta.hu, zöld szám: 06-80/644-444), továbbá előfizethető átutalással a Magyar Posta Zrt. Üzleti és Logisztikai Központ 11991102-02102799 számú bankszámlára is. További információ: Magyar Kórházszövetség(1) 214-5159 ISSN 0230-3868

A posta esetleges hibás terjesztése miatti kellemetlenségekért elnézést kérünk.

Kérjük, amennyiben valamelyik lapszámot nem kapja meg, jelezze ezt kiadónk felé a következő elérhetőségek valamelyikén, és a hiányt azonnal pótoljuk.

Telefon: (1)214-5159, fax: (1)214-9715, e-mail: mksz@invitel.hu

Szaklapunk 2014 folyamán átlagosan 4250 példányban jelent meg.



Tartalom

AKTUÁLIS

- 4 Egészségesebb Egészségügyért Program
- 6 Jobb szervezés, több műtét
- 7 Folyamatos termékfejlesztés a biztonságos munkavégzésért
- 8 Felelősségünk a vérellátásért
- 10 A lakosság kétharmada túlsúlyos
- 13 A röntgen kontrasztanyagokról
- 14 Elengedhetetlen az onkológiai ellátás fejlesztése

MINŐSÉGÜGY

- 16 Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere

ORVOSTECHNIKA

- 20 Felérték tartalékait

HELYZETKÉP MELLÉKLET

- 23 Vibráló, izgalmas, élményekben gazdag konferenciára készülünk
- 26 A jó pástör
- 28 Nemzetközi tudásközponttá válhat az egyetem
- 32 Aktív forráskeresésre van szükség
- 34 Struktúraátalakítás – összefüggések és lehetőségek



23



20

- 36 Finisben a hatvani fejlesztés
- 39 A kínai zsonglőr, a civilek és a katonák
- 43 A díjtételek emelése szükséges a gazdaságosan működéshez
- 44 Beolvadás helyett sikeres szakmai együttműködés Fejér megyében
- 46 A rehabilitáció értéke a szakkórházi ellátás tükrében
- 48 Bízunk a jövőbeli fejlesztési lehetőségekben

LOGISZTIKA

- 50 Az egészségügy logisztikusi

LABORDIAGNOSZTIKA

- 51 Mintacsere: amikor használhatatlan a lelet

STERILIZÁLÁS

- 54 STERIS: Innovatív műtő, steril technológia

INFORMATIKA

- 56 Mit jelent a siker?
- 58 Valódi E-egészségügy Szentendrén

GYÓGYSZER

- 60 Mi vár ránk? – Gyógyszeripar 2015
- 62 Nincs mit takargatni

KÓRHÁZI VIZIT

- 64 Átadták a klinikai központot

FÖNIX-Pro, DIVAS, Terasy, SmartBed

Integrált medikai, PACS,
teleradiológiai és kórtermi ágyak
melletti informatikai rendszerek.

Azért fejlesztünk folyamatosan,
hogy egyre szélesebb szoftver-
portfóliónkkal, a lehető
legtöbb területen segíthessük a
gyógyítási tevékenységet.



Van programja holnapra?

Egészségesebb Egészségügyért Program

A teljes ellátórendszer megújítását tűzte ki célul az „Egészségesebb Egészségügyért Program”, amelyben az egyéni aktivitás és a közösségi egészségsszervezés kiemelkedő hangsúlyt kap az ellátórendszer szervezeti és működési hatékonyságának fejlesztésével együtt – derült ki a program bemutatásáról szóló sajtóbeszélgetésen. A projekt TÁMOP 6.2.5 B elnevezésen fut 9,5 milliárd forintos uniós támogatással, a projektgazda az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK). Mint dr. Szolyák Tamás szakmai igazgató elmondta, jelenleg a program módszertani tesztjével foglalkoznak, sok szakértőt vontak be, a négy orvosi egyetem konzorciumi partnerként dolgozik velük, mert támaszkodni akarnak a meglévő egészség-gazdaságtani tudásra is. Emellett az ELTE-

őrzése, az egészségveszteségek csökkentése, a közösség egészségkultúrájának fejlesztése, ezért új terminológiát kívánnak alkalmazni. Például a passzivitást sugalló ellátás helyett a szolgáltatás kifejezést kívánják alkalmazni, nem betegről, hanem egyénről beszélnek, használgják az egészségérték kifejezést, amely az egészségügyi szolgáltatások objektív szakmai eredményei mellett annak szubjektív megélését, azaz az egyén egészségélményét is magában foglalja.

Fontos célkitűzés, hogy az állampolgárokat aktivizálják az egészséges életmód választásában, így egyik alapvető eleme az egyéni egészségtervek készítése, derült ki dr. Lantos Zoltán, a projekt szakmai igazgatójának tájékoztatásából. Májusban száz egészségtanácsadót képeznek, akik az egyéni egészségtervek összeállítását fogják segíteni. Ezek az egészségtervek lesznek az alapjai a közösségi egészségsszervezésnek, amely egy-egy körben 80-100 ezer főt fog átölelni. Nemzetközi szakirodalmi adatok szerint ez az ideális „méret” ahhoz hogy felmérjék, milyen igények mutatkoznak, mekkora igénybevételre lehet számítani az ellátórendszerben.

A kórházi akkreditációba további kórházak léphetnek be a most zajló program során, derült ki Skultéty László szakmai igazgató tájékoztatásából: újabb 45 kórháznak lesz lehetősége a minőségügyi tanúsítvány (BELLA) megszerzésére, a rendszer használatára.

A korábbi intézményfejlesztési tervek meglehetősen elavult módszertan szerint készültek, most viszont teljesen korszerű stratégiai tervezést és stratégiai menedzselést tesz lehetővé a projekt intézményfejlesztési része. Ez biztosítja az összehangoltságot a térségek között, így a fenntartó számára is elkészülhet a stratégia. Kiemelkedő szerep jut a stratégiai menedzsmentnek, ami azért is fontos, mert a koráb-

bi intézményfejlesztési tervek sokkal inkább az infrastruktúrára, mintsem a működésre fókuszáltak. Két térségben, Nyugat-Dunántúlon és Észak-Magyarországon 22 intézményben fogják bevezetni és végig vinni a stratégiai fejlesztést megfelelő módszertani segédlettel.

Színén fontos az a fejlesztési terület, amely az egységes gazdasági irányításhoz köthető. Ez év január óta egységes számlakeretet vezettek be az ÁEEK fenntartásában lévő kórházakban, ami nagy előrelépés az intézmények gazdálkodásának összehasonlíthatóságában. Elkészült az egységes, eredményszemléletű kontrollingsrendszer is, amelyben – a pénzforgalmi szemléletűvel szemben – egy adott időszak megvalósult eseményének bevétele és annak ráfordítása vethető össze. Az osztályos kontrollingsrendszert 53 intézményben vezetik be alapvetően a konvergenciaterületekben és kisebb részben a közép-magyarországi régióban. Erre alapozva fejlesztik ki az esetszintű kontrollingsrendszert, amely kulcsfontosságú az intézményvezetés számára: egyes szakmák tekintetében betegre bontva látják a ráfordítások és bevételek egyenlegét, ebből jelentős hatékonyságveszteségek kiszűrése van lehetőség, a menedzsment be tud avatkozni egyes folyamatok szervezésébe, a beszerzések kapcsán pedig az anyagfelhasználásba. További eredmény, hogy az egyes szakmák feladatellátásának valós költségeit fogják megismerni, ami a finanszírozási rendszer fejlesztéséhez ad majd támogatásokat.

Az ágazati statisztikai adatgyűjtést segítő informatikai rendszerről is beszélt Skultéty László: Közép-Magyarország néhány kórháza számára már adott a lehetőség, amely egyszerűsíti az adatszolgáltatást. Ezt a rendszert további intézmények számára is biztosítani fogják a projekt során.

Dr. Nagy Anikó, a Heim Pál Kórház főigazgatója szerint a program abban segíti a kórházvezetőket, hogy milyen technikákkal kövessék a saját intézményükben zajló folyamatokat, hogy lássák, hol szükséges beavatkozniuk, hiszen nagyon bonyolult szolgáltatási hálózatot kell a menedzsmentnek működtetnie egy-egy intézményben.

Sándor Judit



Dr. Lantos Zoltán, dr. Papp Magor, dr. Szolyák Tamás, Skultéty László, dr. Nagy Anikó

bi és a Corvinus Egyetemmel is folyamatosan konzultálnak a szakmai fejlesztésekről.

A program meghatározó része a humán erőforrásra koncentrál, módszertant dolgoznak ki a fejlesztési lehetőségekre, valamint strukturáltan adatokat gyűjtenek, amelyek alapján igazolni tudják majd a fejlesztések indokoltságát. Az elkövetkező évek során 800-1200 háziorvost és ugyanennyi szakembert (dietetikus, gyógytornász, stb.) vonnak be a programba, valamint 500 kórházi résztvevőt az intézményirányítás fejlesztésébe. A 2014 áprilisában indult projekt teljes élettartama során összesen 3500 fővel fognak dolgozni.

Mivel a betegség gyógyítása mellett egyre fontosabbá válik az egészség meg-

LÉPJÜNK BE EGYÜTT A JÖVŐBE!

www.t-systems.hu

MedSol SMART

A T-Systems Magyarország integrált egészségügyi informatikai rendszereket, EU-szabványoknak megfelelő, megbízható, magas színvonalú informatikai megoldásokat és szolgáltatásokat nyújt hazai és külföldi ügyfelei számára. A vállalat egészségügyi portfóliójának legfontosabb eleme a saját fejlesztésű MedSolution integrált kórházi informatikai rendszercsalád, amelynek legújabb tagja, a MedSol SMART, a Magyar Kórházszövetség XXVII. kongresszusán mutatkozik be.

Együtt lehetséges.

T · · Systems ·

Magyarországnak az Eurotransplanthoz teljes jogú tagként való csatlakozása után két évvel a SE Transzplantációs és Sebészeti klinikája már kimagasló eredményeket ért el. Mind veseátültetésben, mind májtranszplantációban a legkiválóbbak között szerepelt a nemzetközi szervezet nyolc európai centruma közül.

Jobb szervezés, több műtét

Negyvenkilenc európai transzplantációs intézmény tavalyi eredményeit összehasonlítva a SE Transzplantációs és Sebészeti klinikája általánosságban a hasi szervek átültetése tekintetében az élmezőnyben végzett. E körön belül pedig a veseátültetésben különösen jó eredményeket produkált: 2014-ben összesen 236 szervet ültetett át, ami az első helyet jelentette a hazai klinikának. A 75 májtranszplantációval pedig az ötödik helyre került. A műtétek többségét a tavalyi év má-

külföldi intézményben, például német, illetve svájci klinikákon szerezte. Elvei szerint "a beteg ember a legfontosabb, ő van a központban, de a gyógyítás minden mozzanata lehetőséget ad az oktatásra, fel kell hívni a hallgatók figyelmét arra, hogy ezek hogyan állnak egységgé össze a gyógyuláshoz". Munkájában fontosnak tartja az oktatás, gyógyítás, kutatás hármas egységének a figyelembe vételét. Továbbá a leendő orvosok megfelelő mi-

nensebbé kell tenni az alapkutatásban, illetve a klinikumban dolgozók rendszeres párbeszédét, illetve alaposabban és részletesebben kell tájékoztatni a betegeket és hozzátartozóikat a műtétről és az azt követő életmódbeli ismeretekről. Ezzel a többletinformációval elérhető lehet, hogy a beteg által befogadott új szerv akár évtizedeken keresztül is hibátlanul funkcionálhat.

Biztató idei statisztikák

Bár kísérletképpen már 1983-ban végeztek Magyarországon májátültetést, az első sikeres műtétet húsz évvel ezelőtt hajtották végre a SE Transzplantációs és Sebészeti klinikáján. Azóta évente átlagosan 40-42 beavatkozást végeztek. A műtétek számának gyarapodását az Eurotransplanthoz való csatlakozással, illetve az ezzel járó nagyobb donorszerv kínálattal sikerült a tavalyi 75 beavatkozásra elérni, legfőképpen a krónikus szervhiány miatt. Különösen gyerekek-nél egyre gyakoribb lett az élődonoros szervátültetés, amelyet elsőként 2006-ban szintén az SE Transzplantációs intézetében hajtottak végre.

A Nemzeti Szervdonációs regiszter adatai szerint tavaly Magyarországon összesen 390 veseátültetés történt, ebből 48 esetben élő donor, 342 esetben elhunyt adományozott szervet. A 75 májátültetésen kívül 14 vese- hasnyálmirigy kombinált beavatkozás történt, továbbá 58 beteg kapott új szívet és 40-en (Bécsben) tüdőtranszplantáción estek át. A regiszter legfrissebb, március 16-i adatait vizsgálva úgy tűnik, az idei hazai szervtranszplantációs adatok hasonlóan jók, talán a tavalyiaknál is biztatóbbak lehetnek. Annak információi szerint a jelzett dátumig összesen 67 veseátültetés valósult meg, 10 esetben élő donorból, 57 esetben pedig elhunytból. Január óta 17 májátültetés realizálódott, három beteg részesült kombinált vese-hasnyálmirigy átültetésben, öt szívátültetés volt és három beteget műtöttek Bécsben. Utóbbiaknál hazai szervet használtak fel a tüdőátültetéshez.

Lóránth Ida



Egy jól szervezett szervátültetés

sodik felélében végezték el. E figyelemreméltó eredmények köszönhetők egyrészt, a nemzetközi szervezethez való csatlakozásunknak, másrészt az intézmény új vezetője, dr. Máthé Zoltán által bevezetett új munkaszervezésnek, illetve az eddig is adott, kiváló csapatmunkának és a műtéteken résztvevő, magas kvalitású szakmai tudással rendelkező szak személyzet áldozatos munkájának.

Alapos betegség melletti oktatás

Az intézmény vezetője a hazai képzés után szakmai és szervezési tapasztalatait több

nőségű és mennyiségű gyakorlati képzését. A minőség javítása érdekében szükségesnek látja az orvosok betegség melletti oktatásának a megerősítését, a képzés interaktívabbá tételét, az oktató-medikus-beteg közötti folyamatos kommunikációt. Az alapképzés után pedig a szakmai továbbképzést, a külföldi orvosokkal, szervezetekkel való folyamatos kapcsolattartást, a szakirodalom naprakész ismeretét, az újfajta információk elemzését és gyakorlati alkalmazásának a megvitatását. Elképzelése szerint szorosabb és perma-

A mindenkori orvoslásban egyre fontosabb szerephez jut a betegségek diagnosztizálása és kezelése mellett az egészségügyi dolgozók biztonságának, ezáltal egészségének megőrzése, továbbá az objektív laboratóriumi vizsgálatok biztosítása. A munkavállalók, foglalkozásuk során fokozottan ki vannak téve a vérrel és testvázadékkal történő expozíció veszélyének, ennél fogva számolniuk kell az ezen az úton terjedő fertőzések, elsősorban a Hepatitis B (HBV), a Hepatitis C (HCV), és a Human Immundeficiencia Virus (HIV) okozta fertőzés fokozott kockázatával. A Greiner Bio-One célja, hogy folyamatosan fejlesztve termékeit, a piaci igényeknek megfelelően olyan innovatív módszereket kínáljon, amelyek redukálják a fertőzések számát és terjedését, egyes betegségek kezelését a balesetek lehetőségének esélyét a nulla csökkenti.

Folyamatos termékfejlesztés a biztonságos munkavégzésért

A világon dolgozó több mint 35 millió egészségügyi dolgozó közül évente közel kétfélmillióan szenvednek el munkájuk során valamilyen tűszúrásos balesetet. A vérrel és testnedvekkel való közvetlen érintkezés következtében megnő a különböző kórokozók áthordásának lehetősége, amely növeli a munkahelyi megbetegedések számát. A Greiner Bio-One által kifejlesztett innovatív és zárt rendszerű VACUETTE® biztonsági termékek ennek a kockázatnak a megszüntetését célozzák meg. A mintavételi eljárás keveset változott az évek során, azonban a mögöttes technológia rendkívül sokat.

A beépített biztonsági és védelmi mechanizmusokkal ellátott vérvételi eszközök a Greiner Bio-One-től megszokott kiváló minőséget képviselik, amelyet garantál a cég által alkalmazott szigorú ISO-alapú minőségbiztosítási folyamat is.

A családi vállalkozásból piacvezetővé vált laborteknikai eszközöket gyártó vállalkozás, a szigorú uniós szabályozásokat és a legmagasabb fokozatú biztonságot szem előtt tartva, nagy hangsúlyt fektet fejlesztései során arra, hogy megfeleljen a huszonegyedik század kihívásainak. Ezen törekvését bizonyítja, hogy éves költségvetése harmadát technológiai fejlesztésekre fordítja. A felgyorsult élet, a technika rohamtempóban történő fejlődése és a vizsgálati számok növekedése egyaránt erősíti a vállalat azon szándékát, hogy olyan vérvételi és diagnosztikai eszközöket fejlesszen, amelyek egyszerűbb, gazdaságosabb, időtakarékosabb munkavégzést biztosítanak, kizárják a mintacsere lehetőségét és garantálják az anonimitás által az objektív laboratóriumi vizsgálatokat. Ennek érdekében a Greiner Bio-One egy olyan gyári vonalkódos alfanumerikus vérvételi rendszert fejlesztett ki, amely komplex gyártásával egyedülálló a vérvételi rendszer piacán. A hagyományos címkével rendelkező vérvételi csövek mellett, a gyári vonalkódos csövek egyre népszerűbbek a felhasználók körében.

A modern információs rendszerek lényegesen hozzájárulnak a laboratóriumi folyamatok áramvonalassá tételéhez és a hatékonyság javításához. Erre jelent megoldást a Greiner által kifejlesztett eHealth koncepció. A Greiner Bio-One korán felismerte ezt a trendet és az elmúlt években intenzíven dolgozott egy intelligens, preanalitikai eljárások optimalizálását szolgáló eHealth rendszer kifejlesztésén, amelynek a neve Greiner eHealth



Technologies (GeT). Az E-Health rendszeren futó alkalmazás a Vacuette gyári vonalkódos vérvételi csövekkel használva javítja a biztonságot, miközben csökkenti a költségeket.

A vállalat diagnosztikai fejlesztéseinek fókuszában olyan új molekuláris biológiai vizsgálati módszerek vannak, amelyeket a humámdiagnosztika és az élelmiszerbiztonság területein egyaránt sikerrel alkalmaznak.

A németországi központú Greiner Bio-One International hét gyártási helyszínen – köztük Magyarországon, Mosonmagyaróváron – állítja elő termékeit, az értékesítést a világszerte jelenlévő 123 iroda által koordinált kereskedelmi partnereken keresztül végzi.

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



„Ha nem tudják biztosítani a négy egység A pozitív vért, kénytelen leszek a sajtóhoz fordulni” – mondta mobiltelefonon hívva egy vezető sebész, miután diszpécserszolgálatunk jelezte számára, hogy két egység A pozitív és két egység O pozitív vért tudunk biztosítani a tervezett műtétjéhez.

Felelősségünk a vérellátásért

Nem is sejti a kolléga, hogy akkor én azt gondoltam, ó bár tenné, mert nagyon is elkel a sajtónylvánosság a véradásnak. A véradásnak és nem a vérellátásnak! És ez fontos különbség, hiszen ha vérhiánytól zeng a média, akkor nem azt a hatást érzük el, amit akarunk – nem a véradók mozdulnak meg –, hanem a felháborodást szítjuk az egészségügyi ellátás iránt.

Lényegesnek tartom, hogy ezt a disztinkciót tisztán lássuk és láttassuk! A transzfúzió nem egy egészségügyi szolgáltatás, hanem egy olyan tevékenység, amire szükségünk van az önkéntes donorra, és hiába szervezünk meg mindent a legnagyobb szakmaisággal és a leghatékonyabban, ettől még önmagában nincs vér!

A véradások száma az elmúlt években csökkenő tendenciát mutat, nemcsak hazánkban, szerte Európában. Ezzel párhuzamosan a vérfelhasználás is csökken, bár nem tudjuk a negatív spirált melyik tényező indukálja: kevés a vér, és ezért az ellátók minden létező módon csökkentik a felhasználást, vagy a mikrosebészet, az endoszkópos sebészet, az immunológiai veszélyeket kimutató tudomány fejlődése csökkenti-e a vérkészítmények iránti igényt.

Ettől függetlenül jelentkezik a kórházak, orvosok percepciója a vérellátással kapcsolatban, hiszen akár egyetlen eset után képesek teljes felháborodással nyilatkozni, vagy a betegekkel közölni, hogy azért nem operálják meg őket, mert nincs vér. Sajnos számtalan ilyen esetben nálunk csöng a beteg telefonja, és kiderül, hogy számára még csak igény sem érkezett az egészségügyi intézmény részéről az OVSZ-hez! 2014. októbere óta folyamatosan detektáljuk a kórházi rendelések és az azokra kiadott vérkészítmények mennyisége közti különbséget.

Úgy gondolom, hogy egy évente 410 000 egység vért biztosító rendszerben 10%-os hiány nem lehet mérvadó az ítélethez, de el kell ismerni, hogy aktuálisan nehézséget okozhat. A probléma lényegének megfogalmazásához azonban a végül átvett vér mennyiségét is figyelembe kell venni, hiszen nem mindegy, hogy a vérellátástól az igények vagy a szükségletek kielégítését várjuk-e el. Az alábbi táblázatban szereplő kórházak azok, ahol az igény és a szükséglet biztosan jelentősen eltér egymástól, hiszen a végül teljesítésre elfogadott vérkészítményeket sem vitték el megfelelő arányban.



dr. Jákó Kinga

1. ábra (forrás: OVSZ)

Év	Megjelent véradó	Befejezett vérvétel	Kiadott vvs (egység)
2010	485 197	418 794	412 437
2011	495 134	424 524	417 879
2012	498 724	425 637	413 319
2013	484 875	411 550	401 088
2014	480 844	406 952	400 719

2. ábra: Igényelt és kiszolgált vér mennyisége 2015. első 10 hetében

2015	Kórházi igények	Teljesítésre elfogadott	Kórházak által átvett
2. hét	11 940	10 912	8 697
3. hét	11 177	9 558	7 634
4. hét	11 560	9 691	7 871
5. hét	11 097	9 944	7 500
6. hét	11 401	10 443	7 894
7. hét	10 365	9 517	7 541
8. hét	11 558	10 628	7 774
9. hét	10 189	9 552	7 719
10. hét	10 672	10 204	8 212
Összesen	99 959	90 449	70 842

Mindannyiunkhoz kérdés tehát, hogy egy ilyen többszörös rendszerben mi a teendőnk, hogy tudnánk azt az egyensúlyi helyzetet elérni, amiben véradó, vérkészítmény-előállító és vérkészítmény-felhasználó is komfortzónáján belül maradhat.

A véradók modern társadalmi elismerése nem várthat magára, mert a korszellemnek nem megfelelő bánásmód taszítja az adományozni szándékozót, helyett, hogy vonzaná. A szocializmus érzetét, a munkaidőben, katonaságnál szervezett véradások és a sör-virslis emléket nehéz lemosni a véradás témájáról. Ilyen lehetőségnek tartjuk a családi felelősség kialakítását, amely az öngondoskodás és a fenntarthatóság mai üzenetén alapul, és az irányított véradásban tud megnyilvánulni. A beteg ember családtagjai érzelmi mélyebben érintettek, így gyorsabban, könnyebben és talán hatékonyabban szólíthatók meg, hiszen nagyobb eséllyel fejeződik ki egyetértésük valós cselekedetben, véradásban. Azt azonban minden fórumon, minden alkalommal ki kell



Gömböc – az Országos Vérellátó szolgálat Egyensúly díja

hangsúlyozni, hogy az az egészségügyi szolgáltató, amelyik a műtéti beavatkozáshoz a véradást feltételként szabja, vagy akár csak feltételként sejteti a rokonok, barátok számára, kihasználja az emberek érzelmeit és visszaél a kiszolgáltatottságukkal. Ma hazánkban egyetlen beteg ellátásának sem lehet feltétele, hogy véradást szervezzen saját maga számára!

Súlyos etikai következményei vannak a hibás kommunikációnak. Felbukkant például a véradást vásárlók köre, akik ha már maguk vagy hozzátartozójuk nem tud vért adni, megvásárolják a donort. A véradás szellemisége ezt nem engedi meg! A WHO adatai szerint a világ 73 országában – köz-

tük az Európai Unió tagállamaiban – szinte száz százalékban önkéntes és térítésmentes véradásból származó vérral oldják meg az ellátást. Az Európa Tanács 2002/98 EC direktívája erre vonatkozóan olyan etikai normát állít fel, amely nem engedi meg az akár – sarkítottan fogalmazva – „szövetkereskedelemnek” is nevezhető gyakorlatot, amikor egyik ember megvásárolja a másik vérért. Ezenkívül egészségpolitikai szempontból is inkorrekt, ártó és félrevezető az „akkor operálok meg, ha hoz magának vért” kijelentés, amely csak a betegek kiszolgáltatottságérzetét fokozza, és az egészségügyi ellátás iránti bizalmat ingatja meg.

Az Országos Vérellátó Szolgálat jogszabály adta feladata a vérellátás biztosítása, amelynek a véradásszervezés – melyet a Magyar Vöröskeresztrel együttműködve valósít meg – is részét képezi. A szokásos szervezési lehetőségek azonban – úgy tűnik – egyre kevésbé vezetnek eredményre, míg a személyes érintettséget jelentő közösségi médiaszervezések vagy kórházi felhívás tömegeket tudnak megmozgatni. Itt ki lehetne használni azt, amit a kórházi körülmények között, ahol a vérkészítményre szorulóknak a vérellátás iránti érzelmek cselekedetté alakulnak. Mivel irányítottan csak akkor tudunk elfogadni egy személynek tett felajánlást, ha vércsoportazonos véradó jelentkezik, ezért a témával kapcsolatban az ágy melletti szervezésből eredő donáció fogalmát vettük be, és vándordíjat alapítunk, amellyel ezt a munkát szeretnénk elismerni. Az „Egyensúly Díj” minden évben azt a kórházat illeti, amelyik a megelőző évben a legtöbb véradót szervezi a felhasznált vérkészítményekhez viszonyítva. Azé az elismerés, aki nemcsak igényeket támaszt a vérellátással szemben, hanem ténylegesen segíti azt. Köszönet minden kórházi dolgozónak, aki korrekt információt ad az irányított véradásról, és annak üzenetét úgy tudja átadni, hogy a beteget szeretők jó érzéssel adjanak vért.

A vérellátás az igények, szükségletek és a véradók által adott vérmennyiség egyensúlya, ennek egy nyugvópontja van, csak úgy mint a Gömböcnek!

dr. Jákó Kinga

3. ábra (forrás: OVSZ)

Kórház	Igényelt	Elfogadott	Kiadott	Kiadott/igényelt
Budapesti Kórház	919	918	690	75,08%
Budapesti Kórház	3 521	3 412	1 574	44,70%
Egyetemi Központ	5 920	5 724	2 928	49,46%
Egyetemi Központ	5 563	4 862	3 710	66,69%
Megyei Kórház	1 539	1 513	1 030	66,93%
Megyei Kórház	1 481	1 476	864	58,34%
Városi Kórház	6	6	4	66,67%
Budapesti kórház	47	45	23	48,94%
Megyei Kórház	821	772	506	61,63%
Városi Kórház	15	15	9	60,00%
Városi Kórház	784	766	144	18,37%
Megyei Kórház	2 116	1 826	1 228	58,03%
Városi Kórház	1 188	1 180	231	19,44%
Megyei Kórház	2 423	2 422	1 686	69,58%
Budapesti kórház	201	195	132	65,67%

Áder János Magyarország köztársasági elnöke prof. dr. Bedros J. Róbertnek, a Szent Imre Egyetemi Oktatókórház főigazgató főorvosának kimagasló gyógyító, oktató, tudományos és kórházigazgatói munkája, valamint a Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság megalapítása és működése érdekében végzett tevékenysége elismeréseként a Magyar Érdemrend Tisztikeresztje kitüntetést adományozta. A magas rangú elismeréséhez ezúton is gratulálunk a professzornak.

A lakosság kétharmada túlsúlyos

A Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaságot (MOMOT) 2007-ben alapította prof. dr. Bedros J. Róbert, amely azóta jelentős utat járt be, és mostanára vitathatatlanul az obezitás mint szakterület az első számú magyarországi reprezentánsává vált.

A kövérség elleni küzdelem

– Társaságunk fő célja – a magyar Nemzeti Népegészségügy Programmal karöltve – az elhízás elterjedésének visszaszorítása, az aktív testmozgás elterjesztése, a mozgásban gazdag életmód kialakítása. Ezzel összhangban a tudományos kutatások eredményeinek mielőbbi gyakorlati alkalmazását is fő feladatunknak tartjuk, ugyanakkor nagy figyelmet fordítunk az elhízás kísérőbetegségeinek felismerésére és megfelelő kezelésére is. Ennek megfelelően az elhízás multidiszciplináris megközelítésére van szükség. A legfőbb feladat Magyarországon is a gyermekkori elhízás megelőzése. Feladatunknak tartjuk, hogy az elhízást, mint egy krónikus és recidiváló betegséget fogadja el az egészségügy illetve a lakosság. Társaságunk 2015 márciusában már XIV. Kongresszusát tartotta. Ezeket a rendezvényeket eddig összesen több ezer résztvevő hallgatta az obezitológia és határterületeinek legfrissebb eredményeit, a szakma legavatottabb képviselőinek előadásában. A MOMOT taglétszáma 2015. februárban elérte a 400-at. A MOMOT tevékenységének kiemelt szerepét igazolja az, hogy tavaszi kongresszusunk fővédnökségét eddig Magyarország köztársasági elnökei látták el, míg a védnökséget az egészségügy miniszterei, államtitkárai, illetve a Magyar Tudományos Akadémia elnöke vállalták el. Nagy energiát fektettünk 2008-ban a MOMOT szakmai irányelveinek kidolgozására, amelyet 2014-ben megújítottunk és – az elhízás kezelésének szakmai irányelveként – a magyar hivatalos egészségügyi szervek elfogadták. Ebben nem csak az elhízás kezelésének legújabb irányelveit, hanem a hazai obezitológia szervezeti felépítésének el-

veit foglalmaztuk meg és ennek alapjait is lefektettük. Jelentős eredmény, hogy a VI. Magyar Kardiovaszkuláris Konszenzus Konferencián a MOMOT mozgásterápiás irányelveit elfogadták és publikálták. A konszenzus kialakításában résztvevő társaságok közül a MOMOT is meghatározó közreműködőként vett részt. Kiemelkedő jelentőségűnek tartom, hogy hosszas előkészítő munkával megteremtettük a hazai obezitológus képzés feltételrendszerét. Ezzel összhangban az obezitológia terén korábban kimagasló tevékenységet nyújtó szakembereknek a MOMOT vezetősége „honoris causa” címet adományozott, amelynek átadására a 2013. évi, X. Jubileumi Kongresszusunkon került sor. A 2013 novemberében, hagyományteremtő céllal elindított Országos Obezitológus Fórum keretében adtuk át (a korábbi 25 után) az újabb 18 obezitológus diplomát – mondta Bedros J. Róbert MOMOT elnök.

Létezik már obezitológusképzés

Az obezitológus képzésre vonatkozó javaslatunkat elfogadta az EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, és hivatalos jogszabály rendelkezik az obezitológus licenc megszerzésének lehetőségéről, amely 2013. november 20-án lépett hatályba. 2014 augusztusában indult az obezitológus licencvizsgáztatás a MOMOT részvételével. Eddig Magyarországon negyvennél több fő szerzett vizsga útján obezitológiai licencet. Az obezitológus képzés megindításával összhangban tervezzük az „Obezitológia” első hazai tankönyvének kiadását. Az obezitológusok magas szintű szakmai képzése érdekében megalapítottuk az Országos Obezitológiai Központot, amelyek székhelye az elhízással is kiemelten is foglalkozó Szent Imre Egyetemi Oktatókórház Anyagcsere Központja lett. Az Anyagcsere Központ az obezitológus képzés akkreditált ellátó hely címét is elnyerte – folytatta.

– 2012-ben alapítottam meg az „Egészséges életért” elnevezésű MOMOT-díjat, amit először VIII. Kongresszusunkon adhat-

tam át először. A hagyományt folytatva az évente megrendezett tavaszi kongresszusunkon a szakmában és a társadalmi szerepvállalásban élenjáróknak nyújtjuk át a rangos elismerésünket.

A Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság (MOMOT) XIV. Kongresszusát Áder János fővédnökségével, Balog Zoltán miniszter védnökségével, Bedros J. Róbert MOMOT elnökletével március közepén rendezték. Ezúttal az elhízás és kísérőbetegségei kerültek napirendre, hiszen a túlsúly és elhízás gyakorisága Európában járványszerű méreteket ölt. A probléma hatalmas terheket ró az egészségügyi rendszerre. A MOMOT elnöksége idén is összefoglaló előadások megtartására az egyes határterületek – kardiológia, diabetológia, lipidológia, hypertonológia stb. – legnevesebb hazai képviselőit kérte fel.

Miniszteri dicséret

A fentiek is indokolhatták, hogy a kongresszust Balog Zoltán miniszter is megtisztelte jelenlétével. A rendezvény nyitányaként az egészséges életmódot, a mozgást, a szabadidősportot emeltek ki, mint fontos szerepet, amivel egyebek között az elhízás és kísérőbetegségeit megelőzhetőek. A tárca első embere külön hangsúlyozta, milyen komoly hasznai van az iskolai tornaóráknak, hiszen ott sokan megszokják a rendszeres, aktív testmozgást. Mindezt a későbbi rangos előadók, a legnevesebb obezitológus szakemberek előadásukkal támasztották alá.

Az elhízás kialakulásában életmódbeli és környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak. Mindenesetre a probléma hatalmas terheket ró az egészségügyi rendszerre. – mondotta Bedros J. Róbert, aki egyúttal hangsúlyozta, az elhízás előfordulásával kapcsolatban közölt eredmények mérésen vagy önbevalláson alapulnak. A mérési módszerek sem egységesek. Ezek a tényezők megnehezítik egyrészt a hosszú távú után követést, másrészt az egyes országok összehasonlítását. Mindez magyarázatul szolgál arra a jelenségre, hogy sok-

szor egy azon populációra vonatkozóan is igen eltérő adatokat találunk.

A WHO a kövérséget a világ tíz legjelentősebb egészségügyi problémája közé sorolta. Míg 1995-ben 200 millió felnőtt volt túlsúlyos vagy kóvér világszerte, 2000-re ez a szám mintegy 300 millióra nőtt. Az elhízás nemcsak a fejlett, hanem a fejlődő országokban is komoly egészségügyi problémát jelent, ez utóbbiakban az elhízottak számát 115 millióra becsülik. Amennyiben a jelenlegi tendencia tovább folytatódik, akkor 2030-ra várhatóan 2,16 milliárd túlsúlyos és 1,12 milliárd elhízott lesz a világon.

A professzor kiemelte, hogy a túlsúly és az elhízás együttes előfordulása az egyes európai országokban 30–80% közötti. Az EU-27 tagállamokban mintegy 200 millió felnőttet érint a túlsúly és az elhízás együttesen, az érintettek több mint 50%-a férfi. Feltűnő, hogy 60 év feletti nőknél a túlsúly jelentősen meghaladja a férfiakét.

A derékkörfogat mérés gyors és egyszerű módszer az hasi elhízás megítélésére. Ha a derékkörfogat férfiaknál >102 cm, illetve nőknél > 88 centi, igen jelentős az elhízás társbetegségeinek relatív kockázata. Fokozott a kockázat férfiaknál már 94, a nők körében 80 centis derék körfogatnál nagyobb méret – tudtuk meg a MOMOT elnökétől.

Csak híznak

A férfiaknál a túlsúly és elhízás gyakoriságában nincs lényeges különbség iskolázottság szerint, míg nőknél az iskolázottság szintje jelentősen befolyásolja a gyakoriságot. Míg az alapfokú végzettségűeknél 72% túlsúlyos vagy elhízott, középfokú végzettség esetén 55%, a felsőfokú végzettségnél 43%. A kórkép és szövödményei gyakoribbak az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzetű csoportoknál a fejlett országokban. Ez az összefüggés erőteljesebb nőknél és gyermekeknél, mint férfiaknál. Több európai országban megfigyelték, hogy az elhízás gyakorisága gyorsabban emelkedik.

WHO-ajánlás

Kiemelte, hogy az elhízás meghatározására a leggyakrabban alkalmazott mutató az úgynevezett testtömeg index (BMI), ami négy fő tápláltsági kategóriát különböztetünk meg.

A WHO meghatározása alapján 25 kg/m² feletti BMI értéknél túlsúlyról, 30 kg/m² BMI felett elhízásról beszélünk. Általánosságban elmondható, hogy a 25 kg/m² feletti BMI a normál súlyú egyénekhez képest nagyobb egészségi kockázatot jelent. Így az elhízás

mértékétől függően nő a szív-, érrendszeri betegségek, a magasvérnyomás, a 2-es típusú cukorbetegség és számos szövödménye, a zsírsanyagcsere-zavarok, egyes daganatos-, a krónikus mozgásszervi betegségek, mentális kórképek, sőt az összehalálozás kockázata is.

A túlsúly és elhízás megelőzésére több, hazánkat is érintő nemzetközi együttműködés indult. A WHO 2004-ben jelentette meg a Táplálkozás, Fizikai Aktivitás és Egészség globális stratégiáját. Ezzel összhangban, a WHO Európai Regionális



Bedros professzor tisztikeresztje

Irodája kidolgozta az étel- és táplálkozáspolitikához kapcsolódó Második Európai Cselekvési Tervet. 2006-ban a WHO miniszteri konferenciáján elfogadásra került az Európai Elhízás Elleni Charta.

A dokumentum kiemeli, hogy az elhízás járványszerű terjedése visszafordítható, amihez azonban az egyén, a társadalom és a kormányok közös felelősségvállalása szükséges. Ennek részeként átfogó intézkedésekkel az egészséges választék és környezet lehetőségét mindenkinek meg kell teremteni – mondta el Bedros professzor.

Az Európai Unió Bizottsága 2007-ben jelentette meg a táplálkozással, túlsúllyal és elhízással kapcsolatos egészségproblémákra vonatkozó európai stratégiát. A stratégia integrált európai uniós megközelítést vázol fel a táplálkozással összefüggő krónikus betegségek csökkentésére.

Hazai tapasztalatok

Az első reprezentatív országos táplálkozási vizsgálatnál (1985–1988) a felnőtt férfi-

ak 52%-ának volt a testtömeg-indexe volt 25 kg/m² felett. Ebből 12% volt elhízott. A felnőtt nők 50%-a volt túlsúlyos vagy elhízott, 18%-uk testtömeg-indexe haladta meg a 30 kg/m²-t. 2009-re a férfiaknál az elhízottak aránya több mint kétszeresére nőtt, nőknél 50%-os növekedés tapasztalható a mért értékek alapján.

A hazai OTÁP 2009 vizsgálat szeptember és november között történt. Ennek során – csatlakozva a KSH Európai Lakossági Egészség Felméréshez – standard módszerekkel azonos, kalibrált eszközökkel került sor a résztvevők testmagasságának, testtömegének és derékkörfogatának megmérésére. Így, a 80-as éveket követően először álltak rendelkezésre a hazai felnőtt lakosság tápláltsági állapotát tükröző valid, nemzetközi szinten elfogadott módszerek, mérésen alapuló országos reprezentatív adatok.

A felnőtt magyar lakosság közel kétharmada (61,8%) a testtömeg index alapján túlsúlyos vagy elhízott. A BMI átlaga a felnőtt lakoságnál 27,3 kg/m², melynek alapján a lakosság a túlsúlyos kategóriába tartozik. Minden harmadik felnőtt túlsúlyos és további 28,5% elhízott. Soványnak a felnőtt lakosság csupán 1,8%-a mondható. Férfiaknál (63%) és nőknél (61%) közel azonos volt a túlsúly és elhízás együttes előfordulási aránya. A túlsúly és elhízás gyakorisága mindkét nemnél nő az életkorral. A 18–34 éves korú fiatal férfiak 41%-ának magasabb a testtömeg indexe 25-nél, a 65 feletti korcsoportban ez az arány már 76%. A fiatal nőknél a túlsúly és elhízás együttes előfordulása 30%, alacsonyabb, mint a hasonló korú férfiaknál, ugyanakkor idős korra ez az arány a nőknél 83%-ra nő, meghaladva a férfiakét. A soványság leginkább a fiatal nőket érinti (7,4%).

A korábbi életmód elhagyása

Az elhízás kezelésének öt pillére elfogadott, amik között is kiemelt fontosságú a diéta és a mozgásterápia. Mindkettő az életmódváltozás meghatározó része. A gyógyszeres kezelés hazánkban lényegében nem áll rendelkezésre, mivel az orlistat alkalmazását jelentős mellékhatásai erősen beszűkítik. Az USA-ban két éve forgalomban van a lorcaserin hatóanyagú. 2012-óta az FDA, az amerikai gyógyszerhatóság engedélyezte a phentermine és topiramát kombinációját, de ezeket a készítmények forgalmazását eddig még nem hagyták jóvá.

A legnagyobb fogyások műtéti eljárással érhetők el. Hazánkban több mint 3000 gyomorszükitő műtét történt, nagyrészt a Péterfy Sándor utcai Kórházban, de ott

most ez is jelenleg szünetel. Ugyanakkor Pécsen, Veszprémben, Debrecenben újabban by-pass műtéteket végeznek (gasztr-intestinalis by-pass).

Az elhízás diétás kezelésében a szakmával egyetértés van abban, hogy a testsúly alapvető energia bevitel csökkenti. Ez annál indokoltabb, mivel hazánkban a férfiak energia-bevitelének átlaga 2800 kcal/nap, míg a nőké 2200 kcal/nap.

A testsúlycsökkentésre kétféle módszert javasolnak. Az egyik, a kalória bevitel visszafogása az addig fogyasztott táplálékhoz képest 600 kcal-val kevesebbre. A másik azonban eredményesebb és elfogadottabb, ha a férfiak energiabevitelét na-

táplálkozási ajánlásokat megfogalmazni. 1992-ben tették közzé az Amerikai Agrárminisztérium (USDA) piramisát, amely extrém módon, napi 6-11 adagot javasolt a lakosság számára magas szénhidrát és magas glikémiás indexű ételekből (kenyér, gabonafélék, rizs, tészta). Később 2003-ban a Harvard Egyetem a tudományos vizsgálatok alapján lényegesen más tápanyag összetételű étrendet javasolt, amiben a magas szénhidrát és magas glikémiás indexű étkeket a ritkán fogyasztható ennivaló közé, a piramis csúcsára helyezte. Ezt a piramist 2008-ban megjelentették, az ajánlások máig nem változtak.



Patrik édesanyja a 11 éves nyertes helyett vette át a díjat

pi 1500 kcal-ra, a nőket pedig 1200 kcal napi bevitelre kell korlátozni. Tudni való, hogy a férfiakat kevésbé szigorúan kell diétáztatni, mert a nagyobb izomzatuk révén több az energialeadásuk, mint a nőknek. Egyébként az utóbbi ajánlással hosszútávon mintegy heti fél kiló fogyás érhető el. A fogyás ütemét természetesen befolyásolja a mozgás is. Például, ha valaki fél órát fut és azzal 300 kcal lead, akkor elvileg 300 kcal-val több ételt fogyaszthatna, de legjobb az „elvesztett” nem pótolnia. Az energiakorlátozás azonban nem minden, mert nem mindegy, hogy a diétának az adott kalória-bevitel mellett milyen tápanyag-összetétele van.

A táplálkozási piramis

Ahogy a MOMOT elnöke elmondta, a lakosoknak úgynevezett táplálkozási piramisok segítségével próbálják a helyes

Az 1200-1500 kcal/nap energia bevitel, a szokásos 55-ről 45%-ra csökkentett szénhidrátbevitel, alacsony glikémiás indexű ételekből és a fehérjebevitel 15-ről 25%-ra nőtt az ajánlott elfogyasztandó élelmiszer. Reális célkitűzésként fél év alatt 10% fogyás elérése javasolt, ennél nagyobb mértékben a 25 kg/m² BMI elérésére csak opcionálisan kerülhet sor, hiszen például egy 100 kg fölötti testsúlynál ez ennyi idő alatt nem lehetséges.

Miután mindenfajta diétát – a low-carb, high-protein, low-calorie – fél év után nehéz megtartani a betegek compliance és étvágycsökkentő gyógyszer hiánya miatt, ezért a jövőben már súlytartásra és a kalóriabevitel csökkentésének stabilizálására kell koncentrálni. Továbbá az ideális tápanyag összetételéről a beteggel konzultálniuk szükséges a szakembereknek.

Elhangzott, hogy Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság, csatlakozva az

európai elhízás elleni naphoz, 2015. május 22-én délelőtt 9-13 óráig „Fogjunk össze, MOMOT-tal az elhízás ellen” címmel, a Szent Imre Egyetemi Oktatókórházban a prof. dr. Bedros J. Róbert vezetésével működő Országos Obezitológiai Centrum, valamint a hazai Obezitológus Hálózat és az egészségügyi intézmények bevonásával Országos Szűrőnapot szervez a lakosoknak. A központi rendezvény helyszíne a Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (XI. Budapest, Tétényi út 12-16.) „K” épület földszintje.

A rendezvény valamennyi helyszínén ingyenes szűrővizsgálatokat végeznek, többek között az elhízás és kísérőbetegségek területén (testzsír, koleszterin, vérnyomás és vércukor meghatározás), valamint előadásokra, orvosi és diétás tanácsadásokra kerül sor. Az Országos Szűrőnap megrendezésével az a cél, hogy motiválják és támogassák a túlsúlyosokat abban, hogy azokat az életmódbeli változtatásokat megtegyék, amivel fenntarthatják az egészséges testsúlyukat és ezzel életminőségüket, életartamukat javítsák.

A MOMOT és a Kor Kontroll Társaság harmadik alkalommal hirdette meg receptversenyét. Testsúlycsökkentő, illetve testsúlymegőrző ételek receptjeit keresték, amik segítséget nyújthatnak a testsúly normalizálásához, így a már kialakult betegségek – például a diabétesz – kordában tartásához is.

A felhívásra 100 egészséges recept érkezett, közülük választotta ki a zsűri a tíz nyertest. Nem volt könnyű dolga, hiszen minden egyes recept beküldője díjat érdemelne. A fogásokat pedig érdemes végigkóstolni, ugyanis figyelembe vették a receptversenyt kiírók kérését. Szénhidrátcsökkentett, felesleges kalóriáktól mentes, fogyókúrázóknak és diabéteszeseknek is fogyasztható finomságok receptjeit küldték be.

A bírálóbizottság tagja volt Antal Emese dietetikus, dr. Audikovszky Mária lipidológus, prof. dr. Bedros J. Róbert a MOMOT elnöke, B. Király Györgyi a Kor Kontroll Társaság elnöke, dr. Borbényi Erika onkológus, Böszörményi Nagy Klára a Springmed Kiadó igazgatója, Csongrádi Kata színművész, Kovács Györgyné a Hévízi Hotel Spa séfje, dr. Pados Gyula, a MOMOT főtitkára és dr. Simonyi Gábor, a MOMOT titkára.

Kik nyerték meg a receptversenyt? Taroltak a fiatalok, az egyetemisták, de van blogger, genetikus és séf is a díjazottak között. A receptek egyebek között itthonról, a Vajdaságból, Szlovákiából és Finnországból érkeztek.

Krasznai Éva

A Tarasco Kft. tavaly ünnepelte aktív működésének 10 éves jubileumát. Ennek kapcsán dr. Juhász Zsolt, a cég egyik alapítójával beszélgettünk.

A röntgen kontrasztanyagokról

– Mióta foglalkozik röntgen kontrasztanyagokkal?

– Közel 20 éve történt, hogy először léptem be orvoslátogatóként egy kórházi radiológia osztályra. Akkoriban meg kurióznak számított egy CT- vagy MR-berendezés, a szívkatéterezés is gyerekcipőben járt és néhány kezdetleges felszerelt perifériás intervenció labor működött csak az országban. A fenti diagnosztikai és terápiás eljárásokhoz szükséges röntgen kontrasztanyagok vonatkozásában pedig sokkal kisebb kínálatból lehetett választani és jóval magasabbak voltak az eladási árak.

– Hogyan alakult át ez a terület 2015-re?

– Ma közel 100 CT-berendezés és 50 MR-berendezés működik az országban. Öröndetes ez a bővülés, az OECD adatai alapján azonban a lakosságszámra vetítve ezzel még mindig sereghajtók vagyunk a modalitások számát és életkorát tekintve. Szerencsére a felhasznált kontrasztanyagok vonatkozásában nem vagyunk így lemaradva, gyakorlatilag a teljes nem ionos kontrasztanyag és MR-kontrasztanyag paletta rendelkezésre áll. A kontrasztanyagárak a volumenek felfutásával és a piaci szereplők számának növekedésével párhuzamosan csökkentek, ez a piaci verseny termé-

szetes velejárója. Ahol azonban érezek még lemaradást, az a generikus kontrasztanyagok felhasználásának mértéke. A generikus kontrasztanyagok listaárai 30%-kal alacsonyabbak az originális készítményeknél, marketingokból mégis sokszor a drágább készítményeket vásárolják a kórházak. Az intravénásan beadott generikus kontrasztanyagok ugyanis teljes mértékben egyenértékűek az eredeti készítményekkel. Alapvetően különbözik a generikumok intravénás alkalmazása a szájon át bevett generikus gyógyszerek alkalmazásától, ahol a generikum és az eredeti készítmény között érdemi hatásbeli különbségek tapasztalhatók. Ennek oka az azonos hatóanyag mellett használt eltérő segédanyagok és gyártástechnológiai különbségek.

– Milyen szempontokat javasol figyelembe venni CT-kontrasztanyagok kiválasztása során?

– Jelen finanszírozási helyzetben érthető a kórházak árérzékenysége. Érdemes azonban tisztában lenni azzal, hogy bár a nem ionos röntgen kontrasztanyagok részben helyettesíthetők, semmiképpen nem egyenértékűek egymással. A fizikokémia különbségek (ozmolalitás és viszkozitás) meghatározzák egy kontrasztanyag karakterét, ennek okán jelentős különbségek mutatkoznak a mellékhatások előfordulása és azok súlyossága tekintetében. Több nagy vizsgálat is igazolja, hogy a kontrasztanyag-szövődmények előfordulása a hatóanyagok között jelentősen különbözhet, akár háromszor is lehet az eltérés. Ismételtlen kiemelném a biztonságos, költséghatékony generikus kontrasztanyagok használatának lehetőségét.

– Hasonlóak a szempontok MR-kontrasztanyagok kiválasztása esetén?

– Nyilván az ár itt is kulcskérdés a kórházak számára. Természetesen az MR-kontrasztanyagok sem egyformák. Ezen diagnosztikumok vonatkozásában azonban túlzónak tartom a marketing szerepét. Volt arra példa az utóbbi években, hogy egy olyan potenciális szövődmény (NSF) miatt kapott negatív kritikát több MR-kontrasztanyag, melyet Magyarország



dr. Juhász Zsolt

összes MR-laborjában 20 éven keresztül használva 1 darab ilyen szövődmény kialakulása volt valószínűsíthető a statisztikai adatok alapján. Azt sem szabad elfelejteni, hogy míg MR-kontrasztanyagból mindössze 6-10 ml kerül befecskendezésre, addig a CT-kontrasztanyagokból akár 100-200 ml is.

– Hogyan látja a jövőt?

– A felhasznált kontrasztanyagok mennyisége a korszerű hardverek és szoftverek miatt csökkeni fog. A kontrasztanyagok további diverzifikációja várható. A korszerű kontrasztanyag-menedzsment egy komplex folyamat: magában foglalja a megfelelő kontrasztanyag és a betegbiztonságot maximalizáló kontrasztanyag-injektorok használatát, valamint a kontrasztanyag szállítási és tárolási lánc fejlesztését. Ma már a humán felhasználásra kerülő kontrasztanyagok esetében azok beadás előtti 37 Celsius fokra történő temperálása is alapvető fontosságú, mely tovább csökkenti a szövődmények kialakulását. A jelenlegi technológiákat leváltó nagy innováció a röntgen kontrasztanyagok vonatkozásában még várat magára.

– Köszönöm a beszélgetést.



Korszerű generikus MR-kontrasztanyag

Suha Diána

Elengedhetetlen az onkológiai ellátás fejlesztése

– Hazánkban a rosszindulatú daganatok miatti halálozás a szív-érrendszeri eredetűek után a második leggyakoribb halálók. Mely tumorkorok vezetnek a negatív „ranglistán”?

– A rosszindulatú daganatfejesések közé tartozik az a tüdőrák, aminél sajnálatosan európai vezetők vagyunk. Nincs mit dicsekednünk: a vastagbélrák, nők esetében az emlőrák, a férfiak esetében a fej-nyaki rákok is a drámai sorba tartoznak. Például hungarikum az egyre gyakoribb májrák is. Évente csaknem 30 000 honfitársunk elvesztéséért felelnek ezek a kórképek, és mintegy 170 000-en szenvednek tőlük. Az epidemiológiai mutatók igen kedvezőtlenek az Unió tagországaival hasonlítva, és egy-egy kivételtől eltekintve folyamatosan romló tendenciát mutatnak.

– Eközben az onkológia jelenkori fejlődése jelentős.

– Hatalmas lökést adott a molekuláris medicina robbanásszerű fejlődése és eredményeinek a mindennapok gyakorlatába történő átültetése.

– Valamint az új, célzott gyógyszerek megjelenése.

– Pontosan. Ezek a szerek a daganat genetikai sajátosságait használják ki. Azokat, amelyek az egészséges szövetekben nem fordulnak elő, így a korábbi nem szelektív daganatpusztítással szemben daganatot célzó és gazdaszervezetést kímélő kezeléseket tesznek lehetővé.

– Történtek ezek nyomán jelentős változások a daganatos betegek ellátásában?

– A molekuláris patológia a mindennapi daganatos betegellátás szerves része. A vizsgálatokat nem a patológus kezdeményezi, hanem kifejezetten a klinikai onkológus kéri. A válasz a terápiát és a prognózis megítélését egyaránt meghatározza. A lelet időzítése is döntő jelentőségű a terápiás folyamat hatékonysága és eredményessége szempontjából. A patológus mellett – ahol az nem egy

és ugyanazon szakember – az onkoteam munkájában és döntéshozatalában a molekuláris patológus is részt kell vegyen. Miután nincs minden onkológiai ellátást nyújtó intézményben megfelelő molekuláris patológiai diagnosztikai háttér, így ezt a szolgáltatást a molekuláris patológiai centrumok biztosítják számukra.

– Miként hat a fejlődés a patológiákra?

– A patológiák elsőrendű feladata a daganat pontos természetének meghatározása, ami a szövettani azonosításon túl a biológiai viselkedés meghatározását is magában foglalja. Ugyanis ez a betegség várható kimenetelét és az esetleges gyógyszerérzékenységet is jellemzi. A feladat ellátásának különböző feltételei vannak, így például a diagnosztikus eszköztár bővülése, a megfelelően képzett szakemberek foglalkoztatása és a tevékenység kellő finanszírozása.

– A Patológus Szakmai Kollégiumi Tagozat 2014-es kimutatása alapján kijelenthető, hogy a molekulárisan célzott terápiák kihasználásához 33 molekuláris diagnosztikai vizsgálatra van szükség (jelenleg a szám folyamatosan változik).

– E vizsgálatok a klasszikus eljárásokhoz viszonyítva erőforrás-igényesebbek, költséges, állandóan megújítandó infrastruktúrát, speciálisan képzett és jelentős tapasztalattal rendelkező szak személyzetet, nagyarányú előmunkát és időráfordítást igényelnek. 2013-ban csaknem 13 000 vizsgálatot kértek a klinikusok célterápiajellelleggel, ennek költsége mintegy 900 millió forint volt. Eközben az erre legálisan biztosított keret mintegy 200-250 millió forint. Ezt a vizsgálati igényt a patológiai centrumok csak hatalmas veszteségek árán tudták teljesíteni, és ez a jövőben sem fog könnyebben menni.

– A molekuláris patológiának is vannak alapvető fontosságú, ugyanakkor megoldatlan problémái.

– A vizsgálati igények a pontos differenciáldiagnosztika és főleg az egyre nagyobb

számú célzott terápia befogadása miatt rohamosan nőnek. Becslések szerint a rendszerben a jelenleg végzett vizsgálatok 20-30%-ának van erre dedikált fedezete. A rendelkezésre álló külön kaszsa (PCR) forrásának 20%-a kerül ilyen munkák fedezésére. Miután az Országos Egészségbiztosítási Pénztár az egyes molekuláris patológiai vizsgálatok típusáról nem kap jelentést, így a tényleges teljesítmény nem is mérhető. És ne szépítsük, egyelőre megoldatlan a szolgáltató centrumok minőségi kontrollja is.

– Milyen következményekkel járnak az imént említett problémák?

– A közellátó rendszerben a már befogadott, úgynevezett molekulárisan célzott onkológiai gyógyszerek alkalmazásához kötött molekuláris diagnosztika fedezete sem áll rendelkezésre, nemhogy az egyre bővülő számú új készítményhez szükséges diagnosztika forrása. A gyógyszer ugyan alkalmazható, csak a hozzá tartozó nagyságrendileg olcsóbb diagnosztikai munkára esetleges és nagy részére „de facto” nincs forrás.

– Ha jól tudom, sok egyéb között ezért is hatalmas az intézményekben a feszültség a tevékenység finanszírozási problémái miatt.

– A hatékony gyógyszer alkalmazása bizonytalan szakmai alapokon, késve történik meg, vagy el is maradhat. Egyelőre ugyanis a legújabb és leghatékonyabb daganatellenes gyógyszerek megfelelő alkalmazásának feltételei hiányoznak. Mint ahogy a nem hatékony rendszerben a felhasznált források sem hasznosulnak rendesen. A betegek és a társadalom érintettjei a diagnosztikai lehetőségekről, a szóba jöhető kezelésekről függetlenül forrásokból informálódnak. Nem csoda, hogy azt követően annak szakszerű és igazságos biztosítását elvárja. A magán-szféra a kielégítetlen szükségletekre rámozdult, s ez a problémákat külön is tovább élezi.

– Milyen megoldást tart elképzelhetőnek?

– A problémafeltárásban, a megoldási javaslatok kidolgozásában, a döntéshozók tájékoztatásában a patológus szakma és szakmai kollégiumi képviselte úttörő szerepet játszik. Mint ahogy a klinikai oldal is komoly támogatást nyújt – senkit meg nem sértve – különösen a tudógyógyász szakma vezetői. A PCR-kassza szűkössége

– Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az EMMI Államtitkársága részletesen ismeri a problémát?

– Természetesen, és megfelelően tájékozott szakemberekkel is rendelkezik. Tudni kell, hogy a MOTESZ szintén hosszú évek óta foglalkozik ezzel a problémával, különösen az érintettek közötti célirányos párbeszéd és a minőségbiztosítás kifej-

szükséges előkészíteni és a kormányzati berkekben a kapcsolódó költségvetési (törvényi) intézkedéseket elfogadtatni. Ami pedig az akadályokat illeti, nem minden PCR-kasszában érintett szakma készült el időben a saját területére vonatkozó döntés-előkészítő munkával. Az elmúlt hónapokban a kormányzati szervezet átalakítása miatt az OEP és az EMMI érdemben nem tudott foglalkozni a kérdéssel. Végül, hogy a kockázatokkal kapcsolatos kérdésre is válaszoljak. Az intézményi adósságkezelés megszigorítása miatt a patológiai centrumoknak az intézmények vezetői a klinikai igények jelentős részének teljesítését meg kell tiltásák. Nincs arra vonatkozó útmutatás, hogy milyen szakmai, etikai prioritások mentén szükséges szelektálni az igények között. Hiányzik a szelekció jogi alapja is. Mindez a meglévő feszültségek eskalálódásához, további bizalomvesztéshez vezethet.

– Riasztó gondolatok, mi lenne a teendő?

– Elengedhetetlen a szakmapolitikai vezetés figyelmét felhívni arra, hogy a problémát igenis jelentőségének megfelelően, nemcsak általánosságban, hanem az ágazati programok – népegészségügyi, onkológiai, ellátórendszer-fejlesztés – során is kezelje. A szakigazgatási döntéselőkészítő munkát az érintett szakmák bevonásával szükséges felgyorsítani, hogy a jövő évi költségvetés és finanszírozási szabályozás már megoldást hozhasson. Az égető finanszírozási probléma megoldása mellett a patológiai, onkológiai, egészséggazdaságtani, minőségbiztosítási, ellátásszervezési, kommunikációs, betegjogi-, etikai szakemberek által feltárt és jelzett valamenynyí probléma rendszerszintű kezelése és komplex megoldása sem maradhat el. A betegek képviselői

és az érintett egészséggazdasági szereplők megfelelő bevonása, a folyamat átláthatóságának biztosítása, a társadalom tájékoztatása a közbizalom biztosítása érdekében. Végül elengedhetetlen a folyamat támogatására az orvosi szakma szervezeteinek együttműködése.

Krasznai Éva



Dr. Oberfrank Ferenc

miatt szintén érintett társszakmák közül elsőknek a klinikai laboratóriumi szakterület csatlakozott, de mára már valamenynyí (mikrobiológia, klinikai genetika) szakterület elkészítette a saját hozzájárulását. Pilot-projektet dolgoztak ki a felülvizsgált kódrendszeren alapuló finanszírozás tesztelésére, ami megalapozhatja a finanszírozási és szabályozási döntéseket.

lesztése területén. A jelenlegi elnök patológus, továbbá a szakmai kollégiumi tagozat elnöke.

– Mit tud mondani a különböző mérföldkövekről, az akadályokról és a fenyegető kockázatokról?

– A finanszírozás jövő évtől való megoldásához 2015-ös esztendő közepéig

Az utóbbi másfél évtizedben számos tanulmány hívta fel a figyelmet a betegbiztonság súlyos helyzetére az egészségügyben. Ezek szerint a jól felszerelt kórházakban ellátott minden tizedik betegnél alakul ki károsodás az ellátás következményeként [1, 2]. Ez lehet például műtéti szövődmény, az ellátás idején szerzett fertőzés, sérülés, helytelen diagnózis miatti ellátás.

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere

Az akkreditáció kialakulása az egészségügyben

A kórházon kívüli ellátás veszélyeire utal egy angol felmérés, mely szerint a kórházi felvételek 5%-a gyógyszerelési problémákra vezethető vissza [3]. Az ellátási hibák miatt az érintett kórházi betegek 10%-a meghal [4], növekszik a munkatársak frusztrációja, kiégése, jelentős az események költségvonzata [2]. Például a kialakult decubitus ellátása az angol NHS költségvetésének 4%-a, a gyógyszerelési hibák költsége az ausztrál egészségügyi kiadások 1%-át teszi ki [3].

A nemkívánatos események hátterében elsősorban a rendszerek (pl. munkaidő-beosztás, tárolás), folyamatok (pl. gyógyszerosztás, beszerzés), megtervezésének gyengeségei, illetve a tevékenységek végzésekor fellépő környezeti tényezők (pl. zsúfoltság, stressz, időnyomás) állnak, az egyszemélyi felelősség csupán 10-15%-ban állapítható meg. Eredményes visszacsorítástuk ezért a veszélyforrások és működési környezetből érkező hatások feltérképezésével és jelentőségük csökkentésével, nem pedig a hibát elkövetők felkutatásával és megbüntetésével lehet elérni [1-3].

A probléma kezeléséhez a minőségügy azon alapelvéből kell kiindulnunk, hogy a kívánt eredményt megbízható módon a tevékenységek és a folyamatok szabályozásával, illetve az azoknak megfelelő munkavégzéssel lehet elérni. A másik fontos kiindulópont, hogy az eltérő helyszíneken, időpontokban és körülmények között előforduló nemkívánatos események

alapvető okai hasonlóak. Ha felismerjük ezen okokat, akkor intézkedéseket tudunk hozni kiküszöbölésükre, így az adott események előfordulása mérsékelhető. Ezt



Belicza Éva

felismerve alkotta meg az első működési szabályokat (standardokat) száz évvel ezelőtt az USA-beli sebész, Ernest A. Codman, amelyeket először a saját kórházában vezetett be. Ebből nőtt ki és fejlődött világméretűvé a kórházi akkreditációs rendszer.

Mára az akkreditációs modell jelen van szinte minden uniós országban, 27 uniós tagállam közül 15-ben működik kórházi akkreditációs program [5, 6]. Ezeket az egészségügyi ágazaton belül működtetik állami vagy társadalmi szervezetek. A kórházi akkreditáció eredményes eszköz a kórházi minőségfejlesztésben [6], és mindeddig az egyedüli olyan rendszer, amely szignifikáns mértékben javítja a betegbiztonságot [7].

Az akkreditációs programokat az egyes országok maguk dolgozzák ki. Az egyenértékűséget és hitelességet az International Society for Quality in Healthcare (ISQua) által kiadott nemzetközi akkreditáció jelenti, ami három területen nyerhető el: a standardok fejlesztése és szakmai tartalma, az akkreditációs program működése és a működést értékelő felülvizsgálók képzése.

A standardok jelentése

Az egészségügyi szolgáltatók célja az ellátott betegek elérhető legjobb egészségi állapota és életminősége. Ennek érdekében az ellátók általában a szakmai folyamatokra összpontosítanak.

A szakmai teendők meghatározására a nemzeti szinten kialakított szakmai irányelvek és az ezek alapján készült vagy az ezek hiányában alkalmazott saját fejlesztésű helyi protokollok szolgálnak. E szakmai szabályok azonban önmagukban nem elegendők a betegek megfelelő ellátásához. Szükség van a szakmai

munkához elengedhetetlen információra, anyagokra, eszközökre a megfelelő helyen és időben, valamint arra, hogy a betegek úgy kapják meg a protokollok által előírt vizsgálatokat, kezeléseket, gyógyszereket, hogy közben ne forduljon elő gyógyszer-csere, leletvesztés, késlekedés a feladatok elvégzésében. Ezt a céloknak megfelelő intézményi működés kialakításával és szabályozásával, illetve a szabályok betartásával lehet elérni, és folyamatosan javítani. Az ismert kockázatok, veszélyforrások kiküszöbölését szolgáló standardok segítséget jelentenek a biztonságosabb és így a hatékonyabb, eredményesebb működés kialakításában. A standardok tehát az intézményi működés és nem a szakmai munka szabályait határozzák meg (1. ábra).

Az egészségügyi szolgáltatók akkreditációs rendszere Magyarországon

Magyarországon az első kórházi standardokat (KES) – nemzetközi minta alapján – a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ (EMK) állította össze egy minisztériumi pályázat keretében 2001-ben. A tárca később ezt továbbfejlesztve készítette el a több ellátói csoportra is értelmezhető Magyar Egészségügyi Ellátási Standardokat (MEES). A felülvizsgálati rendszer kidolgozása elmaradt, az alkalmazás megfeleltetését tanúsító cégek értékelték. 2006-ban a tárca felkérésére az EMK tanulmányt készített a standardok szerinti egységes külső értékelési rendszer kialakítására, de a gyakorlatba ültetés elmaradt. Ebben az időszakban a Magyar Gyógyszerész Kamara kidolgozta az első patikai standardokat, és elindult a betegek helyes gyógyszeresedési gyakorlatát támogató gyógyszerész gondozás hazai meghonosítása is.

A 2007–2013-as Európai Unió költségvetési ciklusban nyílt lehetőség arra, hogy az egészségügyi tárca elindítsa a hazai akkreditációs rendszer kialakítását, elsőként a fekvő- és járóbeteg-ellátó intézményeket és a közforgalmú gyógyszer-tárházakat érintő standardok és felülvizsgálati rendszerük kidolgozásával. Elvárás volt a gyógyszerész gondozás biztonságos kialakítása is. A projekt a TÁMOP 6.2.5/A-13-2012-0001 pályázat keretében 2012. december 1.–2014. november 30. közötti időszakban valósult meg. A fejlesztők kötelezettsége, hogy 2019-ig tartó fenntartási időszakban elnyerik az ISQua akkreditációját mindhárom lehetséges területen.

A jogszabályi háttér az Egészségügyi Törvény biztosítja, amely a tanúsítás mellé beemelte az akkreditálás lehetőségét,

illetve a standardok kihirdetését és az akkreditációs igazolás kiadását az egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe rendelte. Ezzel a tárca – az oktatásügyhez és a nemzetközi gyakorlathoz hasonlóan – megteremtette saját akkreditációs rendszerét.

A hazai akkreditációs rendszer (BELLA) fejlesztési folyamata

Az akkreditáció előre publikált standardokkal szembeni működést értékelő egységes külső felülvizsgálati rendszer. Cél volt a betegközpontúság és az ellátás biztonságának támogatása. Az ISQua elvárásai szerint a felülvizsgálati eljárás két részből: önértékelésből és helyszíni felülvizsgálatból áll, így a hazai programot ennek ismeretében dolgoztuk ki. A fejlesztés során a következő fő feladatok kerültek végrehajtásra:

- standardok fejlesztési módszertanának kialakítása
- standardok és gyógyszerész gondozási irányelvek kidolgozása
- önértékelési koncepció elkészítése
- akkreditációs szintek és felülvizsgálati eljárás kialakítása
- a rendszerszerű működés megalapozása
- képzések
- informatikai fejlesztések

A standardok fejlesztési módszertanának kialakítása

A standardok a betegellátás biztonságának növelését célozzák, de ez csak akkor érhető el, ha az elvárások beépülnek a napi munkába. Ezért a standardfejlesztés során nagymértékben támaszkodtunk a gyakorló szakemberekre, és a végső változat kialakításakor figyelembe vettük az elkészült „termékek” gyakorlati tesztelésének tapasztalatait.

Menedzseri ismeretekkel és/vagy minőségügyi tapasztalatokkal rendelkező gyakorló szakembereket toboroztunk a standardok szakmai tartalmának meghatározásához. A kialakított munkacsoportoknak meg kellett határozniuk a napi életben tapasztalt, a működéssel kapcsolatos gyengeségeket, majd ezek okait és a kiküszöbölésüket célzó megvalósítható megoldásokat.

A standardok egységes szakmai szerkezetének kialakításához sablont készítettünk. Ebben a standard címe és általános, tömör meghatározása mellett törekedtünk a standard céljának egyértelmű megfogalmazására és magyarázatára. Megadtuk az alkalmazásban érintett szervezeti egységeket, ellátókat és betegeket is. A tartalmi elemek képezik a standard lényegét: meg-

fogalmazzák az intézmények konkrét teendőit a gyakorlati alkalmazás során.

A tartalmi elemek különböző típusú működési feladatokat foglalmaznak meg a klasszikus minőségbiztosítási, minőségfejlesztési logikát (PDCA) követve: tervezd meg, mit akarsz csinálni (plan), hajtsd végre (do), ellenőrizd, hogy a tervek helyesen valósultak-e meg (check), és szükség esetén hozz korrigáló intézkedéseket (act). Ennek alapján a tartalmi elemek típusai a következők:

- szabályozás – a standardelvárások teljesülését segítő szabályozási pontok összefoglalása
- oktatás – a munkatársak felkészítése a szabályzók szerinti munkavégzésre
- működési jellemző – a szabályozók gyakorlati megvalósulása
- speciális ellátási szükségletek – kiemelt odafigyelés a különleges ellátási szükségletű betegekre
- dokumentálás – a tartalmi elemekkel összefüggő dokumentálási feladatok
- ellenőrzés, fejlesztés – a tartalmi elemek szerinti munkavégzés megvalósulásának értékelése és szükség esetén módosító intézkedések megvalósítása

A standard leírásában szerepelnek az összegyűjtött referenciák, a résztvevő intézményektől érkező és a nemzetközi jó gyakorlatok alapján kidolgozott segédanyagok, a kapcsolódó jogszabályok és a működés értékelésére alkalmazható indikátorok.

A standardok és a gyógyszerész gondozási irányelvek kidolgozása

A standardfejlesztést végző munkatársak rendszerbe illesztették és sablonokba rendezték a problémák kezelésére megfogalmazott megoldási javaslatukat, és ez jelentette a standardok első változatát. A szakmai vezetés alaposan áttanulmányozott minden standardot, megvitatta szükségességüket és gyakorlati megvalósíthatóságukat, egyeztetette a nyelvezetet, szóhasználatot, elkészítette a fogalomtárat.

A standardok tesztelése egyrészt ún. pilot intézményekben és patikákban, illetve a Semmelweis Egyetem klinikáin zajlott. A standardok értelmezése a pilot intézmények képviselőinek (koordinátorainak) részvételével az első három hónapban kétheti, majd további 8 hónap során havi rendszerességgel zajlott. Emellett 3-4 fős munkacsoportok havi gyakorisággal helyszíni megbeszéléseket folytattak a gyakorlatba történő bevezetésről. A tapasztalatokat írásban jelezték vissza a résztvevők, és ezeket a standardok

végző szakmai tartalmának meghatározásakor figyelembe vettük.

A járó-fekvő standardok rendszere a betegközpontúság elvét követi, figyelembe véve az ellátási lépéseket befolyásoló irányítási feladatokat és vezetői döntéseket. Témakörei: 1. Menedzsment, 2. Kommunikáció, 3. Dokumentáció, 4. Betegellátás, 5. Infekciókontroll, 6. Betegellátással kapcsolatos egyéb tevékenységek, 7. Termékek, szolgáltatások

A gyógyszerészeti gondozási irányelveket gyógyszerészek készítették a GYEMSZI szakmai irányelvek fejlesztéséért felelős módszertani munkacsoportja támogatásával.

Önértékelési koncepció elkészítése

Az önértékelést előre összeállított kérdőív alapján az akkreditációt kérelmező egészségügyi szolgáltató munkatársai készítik. Ennek során az intézmény értékeli a standardok alkalmazási gyakorlatát. Két önértékelés zajlik. Egyik formája az első bejelentkezést követő ún. offline, a másik a hároméves akkreditációs ciklust elindító online önértékelés. Mindkét kérdőív valamennyi tartalmi elemre kiterjed.

Az offline forma a helyzetértékelést szolgálja és segíti a szolgáltatókat a szükséges változtatások meghatározásában. Tartalmát sem a felülvizsgálók, sem az akkreditációban érintett egyéb munkatársak nem ismerik meg.

Az online kérdőív kitöltése a folyamatot támogató informatikai felületen keresztül történik. Elkészítése akkor célszerű, amikor a helyzetértékelés szerint a helyszíni felülvizsgálat – ami fél évvel később kerül sorra – sikerrel zárulhat.

A kérdőívek szerkezete azonos: indoklással együtt meg kell határozni az egyes tartalmi elemek teljesülésének mértékét, és le kell írni az esetleg szükséges változtatásokat.

Az akkreditációs szintek és a felülvizsgálati eljárás kialakítása

Kétszintű rendszer került kialakításra. A szolgáltató a jelentkezéskor nem határozhatja meg, hogy alap- vagy emeltszintű akkreditációt szeretne elnyerni, az erre vonatkozó döntést a felülvizsgálat során szerzett pontszámok eredménye alapján egy független akkreditációs bizottság hozza meg. A felülvizsgálati szempontok és az egyes tartalmi elemek besorolása alap- illetve emelt szintre, illetve az elérhető pontszámok, a pontozási kritériumok publikálásra kerülnek.

A közforgalmú gyógyszertárakban az alapszintet a standardok teljesítése, az emelt szintet emellett a gyógyszerész

gondozási tevékenység megfelelő végzésével lehet elérni.

Az akkreditációs eljárás két jól elkülöníthető részből áll. Az első részben a programba először belépő intézmény részletes felkészítést (oktatást, tanácsadást) kap. Ennek során készül el a helyzetértékelés. Az időszak az online önértékelési kérdőív kitöltésével zárul. Az intézmény saját felelőssége, hogy a javasolt intézkedéseket átültesse a gyakorlatba, illetve elősegítse a változtatásokat. Az online önértékelés elküldését követően fél év működtetési időszak segíti elő a rutinszerű működés elérését, a helyszíni felülvizsgálatra ezt követően kerül sor. Sem a tanácsadás, sem az önértékelés elfogadása nem garancia arra, hogy az intézmény megkapja az akkreditációs igazolást. A helyszíni felülvizsgálat a működés megítélésére és nem az írásos szabályozók értékelésére fog támaszkodni.

A rendszerszerű működés megalapozása

Anonim adatbázist hozunk létre a felülvizsgálati jelentések és eredmények alapján a standardok alkalmazási gyakorlatára vonatkozóan. Egy olyan tudásbázis jött létre, amely a szervezeti működés további fejlesztésének lehetséges irányát mutatja a szolgáltatók, a döntéshozók és a standardfejlesztők számára. A standardok további rendszeres felülvizsgálata és fejlesztése ezen tapasztalatok mentén fog megvalósulni. Az adatbázis arra is lehetőséget teremt, hogy ajánlásokat lehessen megfogalmazni az egészségpolitikai döntéshozók számára az őket érintő témakörökről és az azonosított rendszerszerű problémákról.

A rendszerszerű működés megalapozására – amely figyelembe veszi a pályá-

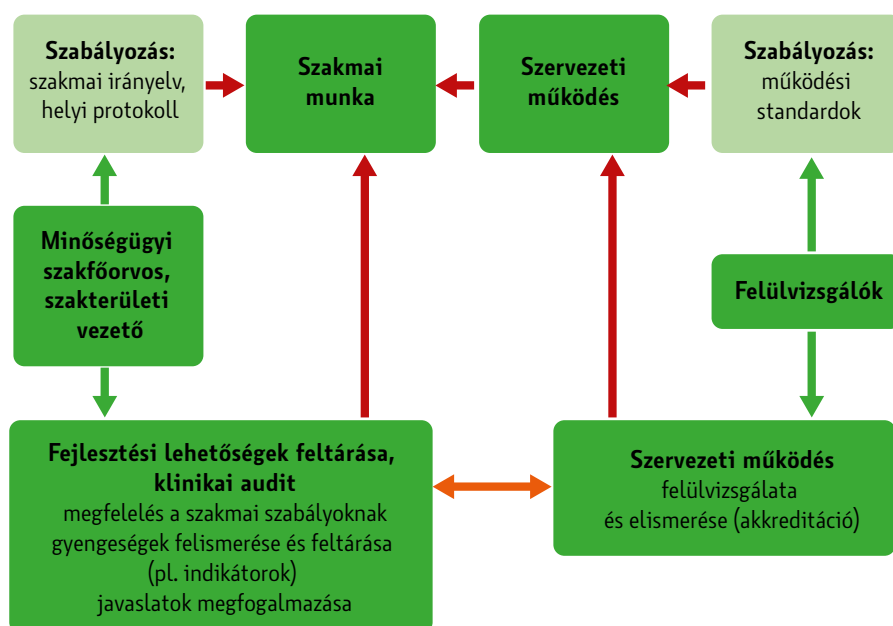
zati projekt szerinti kötelezettségeket és az ISQua elvárásokat egyaránt – rendelettervezetet fogalmaztunk meg és 2014 februárjában benyújtottuk az Egészségügyi Államtitkárság számára.

Képzések

Az egyik legfontosabb feladat a felülvizsgálatot végző szakemberek és az akkreditációs programba belépő munkatársak képzése. Ehhez jó eszköznek bizonyult a TÁMOP 6.2.2. pályázati konstrukcióban korábban kidolgozott és ingyenesen hozzáférhető „Betegbiztonsági koordinátor” tananyag, amelynek a szakmai tartalmát az aktuális képzési célok szerint módosítottuk a különböző oktatási blokkokban.

Az intézményi dolgozók képzését a pilotprogram tapasztalatai alapján fejlesztettük és indítottuk el, kifejezetten a jelenlegi és a leendő – a belső felkészülést irányító intézményi munkatársak – belső koordinátorok számára. A tananyag a betegellátás biztonságának és az akkreditációs program lényegének megértését, továbbá az osztályos standardok gyakorlati alkalmazásához való felkészülést szolgálja.

A felülvizsgálók képzése több lépcsőben zajlott. A 100 helyre jelentkező mintegy 180 pályázónak először a betegbiztonsági távoktatási kurzust kellett teljesítenie, majd négy csoportban tartottunk négynapos képzéseket a távoktatást sikerrel teljesítő 160 résztvevőnek. Az oktatás célja az akkreditációs program lényegi elemeinek megértése, az önértékelési és a felülvizsgálati eljárás gyakorlati tudnivalóinak megfelelő ismerete, valamint a tanácsadás és a felülvizsgálat során elvárt magatartás elsajátíttatása volt. A képzés végén a hallgatók komplex írásbeli vizsgát tettek.



Informatikai fejlesztések

A projektben három lényeges informatikai fejlesztést hajtottunk végre. A nemkívánatos események jelentését és a jelenléteik tanulságainak levonását segíti elő a Semmelweis Egyetem által végzett fejlesztés, a NEVES program. A nemkívánatos események elemzése és az eredmények alapján történő intézkedések megvalósítása a BELLA standardok egyik követelménye. Az elvárás az ISQua akkreditációs standardok is előírják.

A BEGÓNIA szoftver a gyógyszerési gondozási tevékenység kiszolgálására és támogatására készült.

A BELLA szoftver biztosítja az akkreditációs eljárással és a standardokkal összefüggő információt, például a tanácsadók és a felülvizsgálatok megtervezéséről, a felülvizsgálók tevékenységének nyomon követéséről, munkájuk eredményének rögzítéséről és az akkreditációs eljárás adminisztratív követéséről.

A standardok alkalmazásával szerzett első tapasztalatok a járó- és fekvőbeteg-intézményekben

Az intézményi képviselőkkel zajló rendszeres találkozók, egyeztetések elősegítették a jó munkakapcsolatok kialakulását. Ehhez az is hozzájárult, hogy a koordinátorok többsége jelentkezett az időközben elindult felülvizsgálói képzésre is.

A standardok gyakorlatba ültetésének komoly gátja lehet az orvosok ellenállása, amit sok-sok munka-megbeszéléssel, magyarázattal, példamutatással lehet leküzdeni. Az ellenállás egy fő oka félreértésen alapul: beleszólásnak tekintik a szakmai munkába, amíg nem ismerik fel, hogy a standardok a működést segítik.

A sikerhez elengedhetetlen az első számú vezető aktív közreműködése, a standardok bevezetésének nyomon követése, a szükséges változtatások elősegítése, amit egy jó csapat támogat. A siker további feltétele a projektszemlélet megjelenése a standardok szerinti működés kialakításában, és a képzett munkatársak felhatalmazása a változtatások megtervezéséhez és levezényléséhez.

A standardfejlesztőkkel, később a felülvizsgálókkal és a pilotintézményekkel rendezett munka-megbeszélések elősegítették a tanulást egymástól, valamint a jó gyakorlatok felismerését és terjesztését. A rendszer végső kialakításához ugyanakkor hosszabb idő szükséges és ehhez elengedhetetlen az intézmények lelkesedésének és elhivatottságának életben tartása.

A változtatások minden intézménytől türelmet és időt igényelnek, hiszen a szer-

vezeti kultúra befolyásolásáról, változtatásáról van szó. Minden munkatársat be kell vonni, oktatni, képezni, együtt kell működni velük.

A projekt végén egy független cég fókuszcsoportos megbeszéléseken keresztül mérte fel a pilot intézmények véleményét az akkreditációs projektről. Befejezésül néhány idézetet emelünk ki.

„Ma már látszik, hogy minőségbiztosítás nélkül nem lehet működni. Ez egy lépcsővel tovább megy, és a minőségirányításon túl markánsan megjelennek az egészségügyi specifikumok.”

„Nagyon hasznos az új kollégák betanulásában, a standardok dokumentációja alapvetően segítik az orientációjukat. Nem pusztán szokásokat vesznek át, hanem értik, mit miért kell csinálni.”

„A projekt véghezvitelének gazdasági haszna is van. Jobban végig gondoltak lesznek a feladatok, kevesebb a hibalehetőség, ezáltal olcsóbb lesz a működtetés.”

„...a projekt egy szakmai közeget is teremtett, ahonnan szakmai tanácsokat és megerősítéseket is kaptam. Ez nekem nagyon hiányzott korábban.”

„Azt mindenképp meg kell jegyezni, hogy a szervezet kulturális szintjével is erősen összefügg a projekt megvalósítása. Vezetőként voltak féltelmeim a projekt követelményei miatt, de látva ezt a munkát, amit letettek az asztalra, dicséret jár az intézménynek, a csapatnak.”

„Idő és energia-befektetés szükséges az eredményhez. Ki kell lépni a komfortzónából, másként kell csinálni, mint ahogy megszoktuk. Nagyobb tudatosságot, odafigyelést igényel.”

„Az igazi nehézség nem a projekt ilyen követelményeinek az elfogadtatása, hanem a már rögzült mechanizmusok megváltoztatása.”

„Nem az íróasztal mellett találta ki valaki, amit aztán ránk húznak felülről – ebbe mi beleszólhattunk!”

A projekt megvalósítói

A projektgazda a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI). Konzorciumi partnerek: Semmelweis Egyetem, Debreceni Egyetem és a Gyógyszerési Gondozásért Közhasznú Nonprofit Kft. A projekt szakmai irányításáért a szakmai vezető felelt, munkáját hat tagú Szakmai Irányító Testület (SZIT) segítette. Tanácsadó Testület közreműködött a különböző szakmai koncepciók véglegesítésében, melynek tagjai a Magyar Kórházszövetség, a Medicina 2000, a Magyar Gyógyszerészeti Kamara, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár,

az Egészségügyért Felelős Államtitkárság, valamint az Országos Betegjogi és Dokumentációs Központ delegálta.

A szakmai vezetés munkáját neves külföldi szakértő támogatta. Basia Kutryba – a lengyel akkreditációs hivatal alapítója és vezetője, az EU Patient Safety and Quality of Care Working Group elnöke és a European Accreditation Network vezetőségi tagja – segítette a szakmai koncepció részleteinek kidolgozását.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük a 10 pilot és a most belépett 45 további intézmény, valamint az 52 pilot patika aktív közreműködését, akik az előzetesen kihirdetett koncepciót és programot megismerve és azt elfogadva léptek be a programba. Köszönjük, hogy hisznek abban, hogy mindaz, amit a TÁMOP 6.2.5/A projekt keretében több száz gyakorló szakemberrel és a vezető érdekcsoportok képviselőinek közreműködésével felépítettünk, oktatunk és hirdetünk, sikerrel megvalósul és ezzel szegény egészségügyünk számára egy újfajta tudást és szemléletet tudunk átadni a biztonságosabb betegellátás érdekében. „Nil nocere”

Irodalomjegyzék

1. To err is human: Building a Safer Health System (szerk.: Kohn, LT, Corrigan, JM, Donaldson, MS), Institute of Medicine, Washington DC, 2000. www.iom.edu
2. Summary of the evidence of patient safety. Implications for research. WHO, 2008. www.who.int
3. ABC of patient safety, BMJ books, 2007.
4. James, JT: A New (2013) Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. Journal of Patient Safety. 9: 122–128
5. Shaw, CD., Bruneau, C., Kutryba, B., de Jongh, G., Suñol, R. (2010) Towards hospital standardization in Europe. International Journal for Quality in Health Care, 22: 244–249.
6. Comparative study of hospital accreditation programs in Europe. KCE reports 70C. 2008.
7. Suñol, R, Vallejo, P., Thompson, A., Lombarts, MJM, Shaw, CD, Klazinga, N (2009): Impact of quality strategies on hospital outputs. Qual Saf Health Care, 18:i62–i68

**Dr. habil. Belicza Éva és dr. Lám Judit
Semmelweis Egyetem, Egészségügyi
Menedzserképző Központ**

Beszélgetésünk előtt egy héttel jelentette be dr. Mészáros János kabinetfőnök, hogy a következő héten elkezdik a tárgyalásokat a beszállítókkal a kórházi adósságok rendezéséről. Rásky Lászlóval, az Orvostechikai Szövetség főtitkárával beszélgettünk.

Felérték tartalékaikat

– Társszervezetükkel, az ETOSZ-szal határozott hangon kérték az egészségügyi kormányzattól, hogy mihamarabb teljesítse korábbi vállalásait, és ígéreteihez híven, 2015 áprilisában minden jogszerűen fennálló kötelezettségét teljes mértékben és feltételek nélkül teljesítse. Nem lett volna taktikusabb még várniuk?

– Egyértelmű „nem” a válaszom. Aznap, amikor a két szervezet vezetői tanácskoztak a kialakult helyzetről, megfogalmazták álláspontjukat, javaslatukat, sajtóhírekből arról értesültünk, hogy az eredeti időponthoz képest mindenképpen csúszik az adósságrendezés. Rá egy napra arról szólt a fáma, hogy az április 8-ai kormányülésen döntés születik arról, megkapja-e az egészségügy a 60 milliárd forintnyi, konszolidációra szánt költségvetési összeget. Tehát a kifizetés tényleges időpontjáról egyelőre semmilyen konkrét információnk nincs. Hazudnék ha azt mondanám, hogy meg voltam lepve, egyszerűen nem jöhetett ki a matek...

– Ez mit jelent?

– Először is az államtitkárságnak olyan, a kormányzati elvárásoknak megfelelő tervet kellett kidolgoznia, amely szinte megoldhatatlan feladat elé állította az ágazat vezetését. A jelenlegi ellátórendszerben a szükséges és szakmai protokolloknak megfelelő hozzáférés sok esetben (és leginkább a megfelelő időben) nem elérhető. Ha úgy akarunk spórolni, hogy intézmény megszüntetése nélkül csökkentjük a hozzáférési pontok számát, ugyanakkor nem rendelünk pluszforrásokat az átalakításhoz valamint a megmaradó hozzáférési pontok kapacitásbővítéséhez, ráadásul kizárjuk az állami és a magánellátás egészséges együttműködésének lehetőségét, ebből minden következik, csak a fenntartható ellátórendszer és a bárki számára a megfelelő időben elérhető ellátás nem.

– Ettől még az adósságot lehetett volna rendezni.

– Lehetett volna, ha egyrészt rendelkezésre állt volna az adósság nagyságrendjének megfelelő összeg, másrészt, ha az erre elkülönített költségvetési forrás lett volna a hazai egészségügy irány-

nyítása. Amikor kiderült, hogy a költségvetési szervek adósságállományának rendezésére fordítható 60 milliárd forint a Miniszterelnökség célleírásai között szerepel, már lehetett tudni, hogy annak felhasználása nem lesz túl egyszerű. Amikor pedig Zombor Gábor először mondta, hogy az adósságrendezés csak azután lehetséges, hogy a kórházak kidolgozzák a rentábilis, „nullszaldós” működésükre vonatkozó tervet, nyilvánvalóvá vált, hogy az áprilisi konszolidáció megvalósulására elég kevés az esély.

– Miért volt ez Önöknek teljesen egyértelmű?

– Nézze, ez nagyon régi nóta, ami mára „nótacsokorrá” nőtte ki magát. Először is minden mértékadó ágazati szakember szerint a szükségesnél több kórház van Magyarországon. Ugyanakkor nem véletlen, hogy minden ágazatért felelős miniszter vagy államtitkár első mondatai között szerepel, hogy nem lesznek kórházbezárások. Egy intézmény megszüntetése ugyanis politikai öngyilkossággal egyenlő az adott ellátási területen. Nemcsak az egészségügyi ellátás miatt, hanem azért is, mert a legtöbb településen a kórház a legnagyobb munkáltató illetve a legnagyobb áru- és szolgáltatásvásárló. Hasonló a helyzet az egyes intézmények „leminősítésével”, azaz a most folyamatban lévő – nevezzük így – racionalizálással is. Ennek legékebb bizonyítéka a nagykanizsai kórház ellátási szintjének megmaradása érdekében, egy politikai párt által rendezett tüntetés illetve tüntetések valamint az, hogy a tapolcai időközi választás kapcsán is politikai erőterbe került az ottani kórház (vissza)fejlesztésének kérdése. Azaz borítékolható volt, hogy bármilyen ellátás-szűkítés azonnal beindítja a politikai lobbist, ami a tapasztalatok szerint megnyújtja a kivitelezés idejét, és általában szétszedi a normális és kerek egész szakmai javaslatokat.

– Az ETOSZ-szal közös kommunikációjukban minden eddiginél nagyobb, 90 milliárd forintos adósságadat szerepelt. Nem túlzó ez az állítás?

– Nézze, a fekvőbeteg-ellátó intézmények adósságállományának alakulásáról teljesen hivatalos forrásból lehet értesülni. A Magyar Államkincstár által közzétett adatok alapján február végén 76 milliárd forint volt a lejárt tartozásállomány, úgy, hogy januárról februárra 5 milliárd forintos növekedés volt tapasztalható. Ezt a dinamikát feltételezve – és nincs okunk ebben kételkedni – március végére az adósságállomány elérte a 80 milliárd forintot. Ha ehhez hozzávesszük a késedelmi kamatokat valamint az egyéb költségeket, például a 40 eurós úgynevezett behajtási költségátalányt, akkor kijön a 90 milliárd körüli állomány.

– A finanszírozói oldal kommunikációja alapján a késedelmi kamatok és az egyéb költségek mintha nem is léteznének.

– Én személy szerint nem tartom túl szerencsésnek, hogy a felügyeleti szerv főigazgatója egy interjúban arról beszélt, hogy a késedelmi kamaton profitot érnek el a beszállítók. Ugyan uniós törvényalkotási kötelezettség volt az állami intézményeknek történő szállítások esetén a maximum 30, illetve egyes esetekben, például az egészségügyben a 60 napos fizetési határidő, valamint a költségátalány jogszabályba foglalása, de mégiscsak a Magyar Országgyűlés által elfogadott törvény betartásáról beszélünk.

– Tehát önök belátható időn belül teljes adósságkonszolidációt szeretnének?

– Igen, az emberi erőforrás miniszternek eljuttatott levelünkben és ezt követően az április 2-án kiadott közös közleményünkben ezt a kívánságunkat fogalmaztuk meg. A teljes adósságkonszolidációra egyébként a beszállítók magától az egészségügyi államtitkártól kaptak ígéretet, aki nyilván felhatalmazással tette ezt.

– Az előbb éppen ön mondta, hogy nem jöhetett ki a matek. Ugyanez igaz arra is, hogy a rendelkezésre álló 60 milliárdból a kórházi beszállítók felé fennálló tartozásokat sem lehetne rendezni, nemhogy az összes költségvetési szerv lejárt adósságát.

– Véleményem szerint a teljes adósságkonszolidáció, főként ezzel a rövid határ-

idővel túlzott vállalás volt. Még nagyobb probléma, hogy az adósság keletkezésének okait az adósságok teljes rendezése nem oldja meg. Már 2013-ban javasoltuk, hogy fokozatosan történjék meg az adósságok rendezése, azt pedig, hogy szükséges a finanszírozási alapösszegek emelése, a HBCS-kódok tényleges karbantartása, régebb óta szorgalmazzuk. Rendkívül sajnálatosnak tartom, hogy nem hallgatott ránk az egészségügyi és a pénzügyi kormányzat, mert napjainkban lehetne akár fele-harmada is az adósság volumene a mostaninak. Ezzel a beszállító cégek gazdálkodása sem került volna az ellehetetlenülés közelébe. Mindenesetre úgy látjuk – és ez szintén szerepel a közös közleményünkben –, hogy az ország javuló gazdasági eredményei az egészségügyi ellátórendszer megerősítését, és a kórházi tartozások kifizetését ma már lehetővé teszik.

– Hangoztatják már egy ideje, hogy a beszállító cégek bajban vannak, azonban egyelőre nem látszik, hogy az eszközellátás megsínylené a problémákat.

– A legpontosabb talán látens eszközhiányról beszélni, aminek lényege, hogy a legszükségesebb eszközöket mindenképpen beszerzik a kórházak, akár úgy is, hogy bizonyos eszközök tekintetében naponta egyezkednek a beszállítókkal. Ugyanakkor vannak olyan nyilvánvaló hiányok, amelyekkel bárki, aki meglátogat egy kórházat, találkozhat. És akkor még nem beszéltünk azokról a „barkácmegoldásokról”, amelyekről a közelmúltban a sajtóból értesülhettünk. Persze tény, hogy a szállítások java része közbeszerzési eljárásokat követően megkötött szerződések alapján folyik, ezekben az esetekben nehéz is lenne nem szállítani, még akkor is, ha a megrendelői oldal teljesen nyilvánvalóan szerződésszegést követ el a nemfizetéssel. Ezekben a kontraktusokban ugyanis az állam és a beszállító nem egyenlő felek. Többek között ezért is kértük a tényleges partneri viszony kialakítását az egészségügyi kormányzattól.

– Hogyan kell elképzelni a bajban lévő cégek helyzetét?

– Cégmérettől, pénzügyi háttértől és az adott cég tevékenységének szerkezetétől függően természetesen különböző időben válik először kényelmetlenné, majd a végén sok esetben tarthatatlanná egy vállalkozás pénzügyi-gazdálkodási helyzete. Nem mindegy például, hogy egy orvostechnikai eszköz forgalmazónak van-e közvetlen OEP-finanszírozott tevékenysége – most elsősorban a gyógyászati segédeszköz forgalmazásra gondolok –, és az abból

származó bevételnek mekkora az aránya a cég életében. Az OEP ugyanis időre fizet, és bár a hazai támogatott segédeszközök árrése egyáltalán nem szívdérítő, cash-flow szempontból is sokat jelenthet egy vállalkozásnak ebben a szegmensben tevékenykedni. De hasonló a helyzet illetve a kérdés a consumer üzletágakkal rendelkező cégeknél, cégcsoportoknál, vagy például az egészségügyi informatikai vállalkozásoknál, amelyeknek vannak nem állami üzleti partnereik is.

– Nyilván a kisebb, magyar tulajdonú cégek jártak a legrosszabban.

– Először felérték a tartalékaikat, és ezzel párhuzamosan visszafogták a fejlesztéseiket. Időközben persze elkezdtek visszafogni a kiadásait, aminek a „leghatékonyabb” módja általában a létszámleépítés. Most ott tartunk, hogy ezeknek a kis cégeknek hitelt kell felvenniük az államháztartással szembeni kötelezettségeik teljesítésére, miközben maga az állam tartozik nekik. Ha nem kezdődik meg gyorsan, rövid időben belül az adósságkonszolidáció, végül kénytelennek lesznek beszüntetni tevékenységüket. A multinacionális cégeknél a tőkeháttér jelent könnyebbséget, bár a másutt nyereséges tevékenység magyarországi veszteségességét nem feltétlenül tolerálja hosszú időn keresztül az anyavállalat. Ennek megfelelően van olyan hazai leányvállalat, amely bizonyos intézményeknek már csak előre fizetés esetén szállít.

– Hogyan alakul az adósság a legfrissebb adatok tükrében?

– A Orvostechnikai Szövetség tagvállalatai körében legutóbb januárban végeztünk részletes felmérést a lejárt követelésállományról. Ezeket az információkat összevetettük társ-szervezetünk, az Egészségügyi Technológia és Orvostechnikai Szállítók Egyesülete adataival. Mindezek alapján az látszik, hogy a cégeink lejárt követelésállománya 2013. december 31-ről 2014. december 31-re 50%-kal nőtt. A lejárt adósságállomány nagyobb része az általunk képviselt ágazatok beszállító cégei felé állnak fenn. Ezen vállalkozások éves árbevételének több mint fele kintlévőség, miközben a teljes követelésállományuk kétharmada lejárt követelés. Ez utóbbi után késedelmi kamatot és behajtási költségátalányt kell fizetni. A legrégebb óta kifizetetlen számla fizetési határideje óta több mint 450 nap telt el, az átlagos késedelem pedig mintegy nyolc hónap.

– Ez utóbbival kapcsolatban a közelmúltban is elhangzott egy interjú során, hogy a magyar beszállítói kör még szerencsés, mert

például Spanyolországban az átlagos fizetési határidő két év.

– Igen, Etiópiában meg éheznek... Szóval nem tartom szerencsésnek, ha egy szakmai diskurzus során szélsőértékeket hoz valaki példaként. Mi sem hivatkozunk Németországra, ahol viszont nem ismerik a fizetési késedelmet, mert nyilvánvalóan nem vagyunk sem Németország, ahogy Spanyolország sem. Egyébként a fizetési határidők lehetnének még hosszabbak is, ha a várakozási idő finanszírozási igénye beépülhetne az árakba. De az a kombináció tarthatatlan, hogy a magyar orvostechnikai eszköz árak az európai árszínvonal alsó negyedésharmadába tartoznak és emellett kell ennyit várni a számlák kifizetésére!

– Javaslatcsomagjuk második pontja az adósságcsapdából történő kilépést, a hazai egészségügyi rendszer finanszírozási problémáinak megoldását sürgeti. Ugyanakkor ismét felvetik az állami intézményekben nyújtott tisztán magánellátás valamint az önkéntes és részleges betegértéti díj bevezetésének ötletét, holott nyilvánvalóan látszik, hogy ezt a kormány egyértelműen elutasítja.

– A kormány jelenleg valóban mereven elzárkózik az állami és a magánellátás együttműködésétől, kombinálásától, ám véleményünk szerint a mostani felfogás és szabályozásváltoztatásra szorul. Mi arról beszélünk, hogy állami intézményben teljes finanszírozással lehessen igénybe venni magánellátást valamint hogy plusz térítési díj ellenében jobb minőségű ellátást, például drágább, fejlettebb eszközt kaphasson a beteg. Az állam pedig alapvetően attól tart, illetve azt akarja elkerülni, hogy a pluszpénzzel soron kívüliséget lehessen vásárolni. Ugyanakkor, ha ma valaki nem akarja végigvárni a sorát, és bizonyos vizsgálatokat, beavatkozásokat a magán ellátórendszerben végeztet el, nincs lehetősége arra, hogy annak egy részét, az OEP-finanszírozást megtérítsék neki. Ennek megváltoztatásán is érdemes lenne elgondolkodni.

– Mi történik, ha nem találnak meghallgatásra a javaslataik, és hetekkel vagy akár hónapokkal is késik az adósságok rendezése?

– Ahogy említettem, egyfajta erózió már megindult, a kifizetések elodázása fel fogja erősíteni ezt a folyamatot. Mindenesetre továbbra is bízunk abban, hogy mivel a helyzet gyors és megnyugtató megoldása minden szereplő, és különösen a betegek érdeke, a kormányzat végre határozott intézkedéseket tesz a problémák megoldására.

Krasznai Éva



Roche: komplex megoldás az *in vitro* diagnosztikában



az önellenőrzéstől



**a betegágy melletti
diagnosztikán át**



**az integrált laboratóriumi
rendszerekig**

**Roche
Minőség felsőfokon**



Roche (Magyarország) Kft.
Diagnosztika Divízió
2040 Budaörs, Edison u. 1.
Tel.: 23-446-871
Fax: 23-446-890

cobas®

Life needs answers

A Magyar Kórházzövetség kongresszusa előtt dr. Velkey Györgyöt, a szervezet elnökét kérdeztük az ágazat aktuális helyzetéről.

Vibráló, izgalmas, élményekben gazdag konferenciára készülünk

– Hogyan látja a kórházak helyzetét?

– A kórházi világ elemzésekor talán a betegek helyzetéből és véleményéből érdemes kiindulni. Volt és van is számos pozitív elmozdulás, gondoljunk akár az uniós infrastrukturális beruházásokra, bizonyos rendszerelvű tisztító lépésekre (kapacitásrendezések, kórházösszevonások, várólista rendezés). Megemlíthetjük a megvalósult ösztöndíjprogramokat és béremeléseket, továbbá a TÁMOP-os nagy projekteket, így a pl. a betegbiztonsági, a népegészségügyi vagy a szervezetfejlesztési előrelépéseket is. Vannak tehát folyamatok, amelyek következtében a betegek jobban érezhetnék magukat, de mégis, a mindennapos visszajelzések alapján az egészségügyet és benne különösen a kórházügyet hanyatlani látják. A társadalom ellátórendszerrel kapcsolatos elégedetlensége a közbeszédben hangos, és ez olyan kép a valóságról, amit – tetszik, nem tetszik – el kell fogadnunk. Ha a beteg így látja, akkor ez a számításba veendő fogyasztói megítélés. Amennyiben a másik főszereplő csoportot vizsgáljuk, vagyis a kórházakban dolgozók vélekedését, akkor azt tapasztaljuk, hogy kórházi munkatársaink általában nehezen élik meg a hétköznapokat, bizonytalanok látják a sorsukat, nincsen pozitív jövőképük. Jelentős túlmunkával, gyakran túlfeszített, kiégett állapotban dolgoznak. Ebben a helyzetben a pozitív attitűd kopik, ami a betegelégedettséget rontja. A politikai és egészségpolitikai szándékok és nekirugaszkodások fürkészésekor is úgy értékeljük, hogy még bizonytalan a kórházi rendszerünk jövője. Nincs egyértelmű perspektívánk arra vonatkozóan, hogy mi a valószínű társadalmi-politikai elvárás, és ehhez milyen erőforrások állnak rendelkezésre. Az elmúlt évtized történései azért értékelhetők

nehezen, mert nagyon sok háttérbeszélgetés, tervezgetés volt, de a mindennapi életbe beépülő változások alig jelennek meg. Megfogalmazható ez pozitívan

csen módszeres minőségi kontroll a rendszerben, a hibák észlelése, elemzése és kijavítása esetleges és megint csak a helyi erőforrásoktól függ.



Dr. Velkey György

is, hiszen az ellátórendszer összességében viszonylag eredményesen „ketyeg”, amire néha magunk is meglepődve rácsodálkozunk. Hiszen sokan elmentek közülünk, hónapról hónapra látjuk, hogy milyen nehéz egyes területeken szakorvoshoz jutni, vagy például beosztani az ápolási műszakokat a munkaigényes osztályokon. A betegek mégis rendszerszerűen eredményes szakmai ellátást kapnak, szerintem jobbat, mint amit a sokat szapult szolgáltatási színvonal, vagy a nagy médiavisszhangot kiváltó negatív esetek alapján elképzelnek. Biztos, hogy nagyon sokat kell javítani a gyógyító és ápolási munkán, még többet a szolgáltatás módján és színvonalán, de gátolja ezt az is, hogy jelenleg még nin-

– Milyen a megítélése az ágazatnak a politikai döntéshozók fejében?

– Súlyos az információs aszimmetria az egészségügyben dolgozók és az arról makroszinten döntők között. Más perspektívából tekint az ügyre az, aki közvetlen részese ennek a napi élet-halál és létfenntartási harcnak, és az, aki kívülről felelős, indirekt módon részes, vagy inkább külső szemlélőnek tűnő döntéshozó. A kemény mindennapok, az a rengeteg erőfeszítés, ami a kórházak működését fenntartja, alig jelenik meg a közbeszédben – talán mert, mi magunk sem találjuk erre a megfelelő kommunikációt. Sémás ítéleteket észlelünk ágazatunkról, különösen a közgazdasági elemzőktől. Többek között azért is, mert az egészségügy a szokásos piacgazdasági

logikától eltérő szemléletet igényelne. Mintha nem tudnák logikailag értelmezni a szolidaritáselvű, állami gondoskodáson alapuló, ugyanakkor rengeteg piaci elemet mozgató furcsa szimbiózist. Az egészségügyi költségrobbanás a demográfiai változásokkal párhuzamosan a legfejlettebb országokban is súlyos dilemmát jelent. A mai információs társadalomban az ember a saját betegségéről (ami számára nyilvánvalóan a leginkább húsba vágó kérdés) minden hírt és kezelési lehetőséget azonnal el tud érni az interneten, jórészt még magyar nyelven is. Fizeti a gazdaságélénkítési prioritás alapján igen alacsonyra szabott járulékot, és sokszor úgy érzi, hogy ez alapján neki azonnal és magas

szinten jár is az, amit éppen megtalált az interneten. Ez azonban pénzügyileg makrogazdasági szinten a kultúrvilág elitjében is nonszensz. Világossá vált, hogy ez az ágazat politikai haszonszerzésre alkalmatlan, ezért a fenntartáshoz szükséges minimális erőforrást teszik bele. Én úgy interpretálom a gazdaságpolitikusok elmúlt két évtizedbeli döntéseit, hogy ezzel a lehetetlenséggel számot vetettek, de sajnos az elvárhatónál lejjebb tették támogatási szintet. Ráadásul intuitív, attraktív költségmegtakarító megoldásokat keresnek, ami egy erőforrás hiányos és kiábrándult rendszerben pszichésen sem járható út.

– Van-e már konkrét információja az elvándorlás hatásairól az egészségügyben?

– Ismerjük a számokat. A mindennapokban észleljük, hogy sokkal nehezebb a szakemberek biztosítása, mint mondjuk egy évtizeddel ezelőtt. Ha nagyobb időtávra nézünk a rendszerre, és hajlandók vagyunk reálisan visszagondolni a 10–15 évvel ezelőtti időkre, akkor szemet szúróak a különbségek. Problémás az ügyetek megszervezése, a műtői teamek kiállítása, és jó néhány szakmai területen az ellátás napi fenntartása. Gyakorta csak extra erőfeszítéssel és belső motivációval maradnak a közellátásban a szakemberek, és gyógyítanak, ápolnak – sokszor utolsó mohikánként. Téma most a médiában, hogy mennyire kevés lesz a közeljövőben a háziorvos, de ugyanennyire nem lesz érsebész, aneszteziológus, gyermekorvos, intenzív-terápiás szakasszisztens vagy műtősnő sem. Képzett és tapasztalt szakemberek nélkül pedig életveszélyes dolgozni. Jó pár orvosi szakma kritikus helyzetben van, de a szakápolói-szakasszisztens munkát érzem különösen veszélyeztetettnek. Az orvosoknál legalább az egyetemekre jelentkezők száma elegendő, és ezért nagy elszántsággal korrigálható lenne hosszú távon a lemaradás, de az ápolóknál-szakasszisztenseknél a képzésre jelentkezők, illetve a képzésben lévők a pótlást elvileg sem tudják biztosítani. Reménytelenek a kilátások e téren, sürgősen alarmírozni kell a döntéshozókat.

– A beteg-ápoló arány nálunk amúgy is rosszabb, mint a világ boldogabbik felén, ahol esetenként – például a gyermekellátásban – két beteg mellé jut egy ápoló.

– Az ápolás, mint hivatás a mai világ szemlélete miatt is súlyos válságát éli. Elkötelezett lelkületet igényel az idős, magatehetetlen vagy egyéb módon elcsúszott embert ápolni. Ehhez belső indítték szükséges – nem véletlenül kötődött ez a fajta „munka” a katolikus szerze-

tesrendekhez, protestáns diakonisszákhoz vagy a zsidó szeretetszolgálatokhoz. Vallási, egyházi csoportok hozták létre ezt a kultúrát, majd ugyanebben a közegben professzionalizálódott eleinte a szakma. A szakértelem tovább fejlődik, de az alapot jelentő indíttatás, az említett küldetéses ápolás a mai világban szinte csak egyes egyének szintjén van jelen. Így a jólét emelkedésével, a munkaerőpiac szerteágazó lehetőségei mellett a finanszírozásában vergődő egészségügyi közellátás nem képes versenyben maradni a fiatalok megnyerésében. Erős etikai indíttatás nélkül az ápolás rendszerszerűen válik kritikussá. Erre a világ jelenleg nem tud választ adni, pusztán a migráció odázza el a legfejlettebb államokban a szembenézést. Összefügg az elmondott tendenciákkal, hogy hazánkban a fővárosban és a nagy városokban a viszonylag jobb orvos ellátottság mellett már nagyon nehéz ápolót találni, míg a kisebb vidéki kórházakban a kevesebb munkalehetőség miatt ápoló még inkább van, de az orvos már nehezebben vállalja a végvári küzdelmet. Nem lehet eleget hangsúlyozni, hogy a demográfiai változások miatt robbanásszerűen nő meg napjainkban a professzionális ápolók iránti igény.

– Megvan-e a megfelelő helyük a diplomás ápolóknak a rendszerben?

– A diplomás ápolók elméletileg jól képzettek, de nem ritkán kevés gyakorlati tapasztalattal rendelkeznek. Így nem sokan találják meg a helyüket az ágy melletti osztályos munkában. Valójában a diplomás ápolóknak több gyakorlati ismerethez kellene jutni, és sok jelenleg orvosi kompetenciát jelentő tevékenységet kellene átadni. Ez néhány specialitásban már működik, de általánosságban nem. Kiemelt feladatokkal ellátni és megfizetni – ez kompetencia, képzés, kultúra és anyagi kérdés is egyaránt. Azért lényeges ez, mert talán ennek a csoportnak a megerősítése adhatna szakmai presztízt és jövőképet egy jól megalkotott életpályamodellben.

– Milyen akadályozó tényezők vannak ennek a folyamatnak?

– Egyrészt talán a magyar egészségügy porosz, hierarchizált felépítése, másrészt pedig a hálapénz, amelyek hátráltatják ezt a kívánatos fejlődést. Másrészt a minimálbér és az ápolói bérek egymáshoz közelítése is perspektívatlansághoz vezet.

– Javában tart az intézményrendszer átalakítása.

– Az elmúlt bő két évtizednek egyik nagyon érdekes tapasztalata, hogy az egészségügyi

kapacitásváltozásokra mennyire érzékeny a helyi politika, a társadalom és a lakosság. Sokat gondolkodunk, beszélünk róla és számolgatjuk, hogyan lehetne javítani a rendszerszerű hatékonyságot és a szakmai eredményességet, egyáltalán, hogyan lehetne fenntartani szakemberhiányos világunkban az ellátást a kapacitásmódosításokkal. Ebből vissza-visszatérő kötélfűzés lett. A nem ritkán rosszul előkészített és sokszor a helyi kórházvédő politika által félremagyarázott racionalizálási tervekben a kívülállók legtöbbször csak kórház- és osztálybezárási sanda szándékokat látnak. Rengeteg pozitív érzélem is megjelenik itt, hiszen a helyi közösségek által felépített és évtizedekig, vagy akár bő évszázadig is működtetett kórházakhoz kapcsolható személyes kötődés és élmények is jelen vannak. Érdekes, hogy egykor a magyar kórházfejlődés mintájául szolgáló német és osztrák kórházrendszerben ma sok az ágy és sok a szolgáltató európai összehasonlításban. Lehet, hogy ez a társadalmi igény a közös múltban is gyökerezik? Bár megértéssel kell szemlélni, de szerintem ez nem jó jelenség, mert miközben minden fillért jól kellene hasznosítanunk, a rossz kompromisszumok sok pénzbe kerülnek, és ráadásul betegbiztonsági kockázatokkal is járnak. Nekem azonban az az érzésem, hogy a racionális kapacitásrendezési lehetőség a helyi társadalmi és politikai ellenállás sorozatos győzelmei miatt megszűnőben van. Ennek a kötélhúzásnak a tapolcai választási történet után valószínűleg vége lesz. Így be kell látnunk a mozgásterünk korlátait. Jó útnak látom, hogy a kormány felismerje, hogy integrált rendszerekben kellene gondolkodni. A megyei integrált rendszeren belül lehet hatékonyabb gazdasági és emberi erőforrás-gazdálkodási lehetőség, és ebből adódóan egy logikusabb belső munkamegosztás. Ebben az integrációban válhat feloldhatóvá jó rendszerépítés esetén ez a dilemma. Talán így az ellátás szakmailag racionálisabbá és mégis lakossággal közelebbé válhat és egyúttal rendszerszinten hatékonyabbá. Hozzáteszem azt, hogy azt az egységet, ahol az integrációt leképezük, érdemes lenne még továbbgondolni. Nem tudom kihagyni, hogy meg ne jegyezzem: a megye erre szerintem nem optimális végső megoldás. Egyrészt azért, mert nagyon heterogén elemekből áll, másrészt mert Magyarországon a progresszív ellátás a klinikai központok, országos intézetek és más kiemelt ellátók körül szerveződik, néhány megyéni területen, vagy természetes földrajzi egységekben. Tehát szerintem a megyei rendszerrel nagyobb területben érdemes gondolkodni.

– **Hogyan látja a hazai orvospképzés lehetőségeit?**

– Látjuk azt, hogy a magyar felsőoktatás húzóágazata lehetne hosszú távon az orvospképzés. Ez úgy tűnik a minisztérium által is támogatott ügy. A tervezett kapacitásnövelések mellett érdemes volna abban is gondolkodni, nem kellene-e esetleg új telephelyekkel bővíteni a rendszert. Ha nem is elméleti intézeteket, de klinikai központokat lehetne létrehozni ott, ahol messze vannak a jelenlegi orvospképzést végző egyetemek.

– **Milyen a Magyar Kórházszövetség kapcsolata a Klinikák Szövetségével?**

– Korrekt, de nem látványos – megvan a párbeszéd köztünk. A kórházszövetség elnökségében most a klinikák képviselője is jelen van, ez szinte napi jellegűvé teszi az információáramlást. Az elmúlt fél évben a klinikák el voltak foglalva a kancellári rendszer kiépítésével, a kórházak pedig a megyei egyeztetésekkel, emiatt most kevesebb a közös ügyünk.

– **Nemcsak az új fővárosi kórház helyszínéről, hanem annak kiválasztási módszertanáról is vita folyik.**

– Nehezen merjük kimondani, hogy Magyarországon az egészségügyi szervezésben kétféle rendszerszervező elvnek kell érvényesülni. Az egyik a fővárosra és környezetére, a másik pedig az ország többi részére érvényes. Az első hálózatszerű szerkezetben kb. 3 millió ember gondjaira kell, hogy reagáljon, ez Budapest és az agglomeráció lakossága. A második átláthatóbb, a progresszivitási hierarchiával jobban jellemezhető rendszer egy-egy egységre jutó kevesebb elláttal. Az első persze egyes elemeiben az egész ország ellátását is érinti – tehát fellelhetők párhuzamos rendszerépítési elemek is. Amíg az egész rendszerre rá akarunk húzni egy sémát, rossz döntéseket hozunk. Izgalmassá és érzékennyé teszi a kérdést, hogy a konvergencia régiókban megjelent sok beruházási forrás, a fővárosban és Pest megyében viszont elmaradt az átfogó infrastruktúra felújítás. Ebből adódóan jelen pillanatban Budapest és környéke egészségügyi infrastruktúrája elmaradott, miközben amellet, hogy rengeteg magasan képzett szakember van a vidéki kórházakban és egyetemi centrumokban, mégis a főváros a vezető tudáscentrum. A kórházépítések régi logika szerint történtek, ahol a fertőzések elkülönítése, majd a szakmák tömbökben való egymás alá-mellé telepítése volt az irányadó, és az átalakításokkal sem korszerűsödtek. Így ez a kiemelkedő szakérte-

lem nem hasznosítható optimálisan. Az ellátást itt szabályzó elemekkel nem lehet elég mélyen befolyásolni. Sokszor kérdezik, hogy van az, hogy egy megyei kórház ellát egy helyen mindenféle betegséget, nincs olyan, hogy továbbküldenek a beteg, míg a fővárosban naponta más-más helyen és akkor is szétszórtan ügyelnek az intézmények. Egyrészt ez nem igaz, mert sok megyei kórházból kerül tovább a beteg az országos rendszerbe, másrészt viszont valóban, a fővárosi és környékbéli lakosság számának megfelelő, ezt a nyomást kezelni tudó, koncentrált akut ellátó infrastruktúra nincs Budapesten. Így óva kell intelnünk a rendszerszervezőket a vidéki séma egyszerű átvételétől infrastruktúra és tudástőke koncentráció nélkül – ebből csak ellátási zavarok lehetnek. Ezért van tehát szükség egy új nagy fővárosi kórházra, egy komplex akut ellátó központra. Arra, hogy egymás mellett jelen legyenek az akut ellátásban szükséges szakemberek, olyan számban, hogy a szükséges szakmákban folyamatos felvételt tudjanak biztosítani. Ehhez sok pénz és nagyon gondos tervezés szükséges. Ha ez létrejön, akkor is marad feladat bőven a többi kórháznak is. Örülök, hogy eljutott ehhez a gondolathoz a politika. Most komoly szakmai elemzések kellene. Meg kell határozni, mire van szükség: hány ágyon, milyen szakmai tartalmakat, hol lehet a legjobban úgy elhelyezni, hogy a rászoruló és a munkatársak naponta több ezren könnyen és gyorsan elérjék közösségi közlekedéssel és autóval is. Ráadásul nemcsak a fővárosi lakosság, hanem a teljes agglomeráció és azon kívül is nem kevés ember kell, hogy ode tudjon jutni. Így a távolsági autóbuzsós, vasúti és autópályás megközelíthetőség is lényegi kérdés. Elemezni kell azt is, hogy hol van a városfejlesztési elképzelésekben olyan hely, ahová ezt be lehet illeszteni, és hol található olyan szakmai környezet, ami ezt be tudja fogadni. Hiszen ha már működő, modern intézményekhez illesztjük az új kórházat, akkor olcsóbb a beruházás, és hatékonyabb az üzemeltetés. Egy mindenre kiterjedő alapos elemzés előtt nagyon elsieltettnék tartom a feldobott konkrét helyszín ötletekről szóló vitát.

– **Az említett szempontrendszer alapján képes lenne a lakosság eldönteni, hová kerüljön az új budapesti kórház?**

– Ahogyan említettem, ez egy bonyolult szakmai kérdés. Szerintem a felvázolt logikai rendszerben szükséges kezelni: először le kell fektetni az egészségügyi, kórháztervezési, közlekedésszervezési,

építészeti és városfejlesztési alapelveket, majd elemezni kell a javaslatokat. Ezután keresni kell a konszenzusokat. Így először szakmai műhelymunkára, azután szakmák közötti párbeszédre volna szükség. A lehetséges helyszínek megnevezése ezután következhetne, és utána ezek között kell politikai döntést hozni. Ennek módja megint (ha úgy tetszik, politikai szakmai) kérdés: a lakosság közvetlen vagy közvetett véleménynyilvánítása ezen a ponton tűnik relevánsnak. Ebben a folyamatban még benne vagyunk, én a sok ötletelés ellenére pozitívan értékelem az eddig történeteket, mert a kérdés felvetődött, és a nyilvánosság előtt zajlik a párbeszéd. Nem szabad sok időt vesztegetni, mert az egész fővárosi ellátást már ennek a tervnek az ismeretében érdemes a most kezdődő lépésekben is szervezni.

– **A Magyar Kórházszövetség kongresszusa következik. Milyen üzenettel készülnek idén a három napos tanácskozásra?**

– A kórházszövetséggel kapcsolatban az intézményrendszer állami működtetésbe vétele idején kétségtelenül felmerült az identitás kérdése, hogy az új rendszerben hol is van a kórházszövetség helye, és van-e egyáltalán? Úgy érzékelem, hogy az MKSZ megtalálta és egyre inkább megtalálja a helyét: pezsgő élet van a szervezetben, aktív és tetterre kész az elnökség. Fontos egyeztetéseknek tudunk keretet adni. Más dolog egy fajsúlyos szövetségben és megint más fenntartói hierarchiában véleményt cserélni. Ezért éppen hogy felértékelődik a munkánk. Az államtitkársággal, az államkincstárral, a társadalombiztosítóval és a tisztifőorvosi hivatallal, illetve magával a fenntartóval, valamint szakmai és társadalmi szervezetekkel egyeztetünk szinte hétről hétre. Fontos állásfoglalásokat tudtunk megfogalmazni, az elmúlt hónapokban a sürgősségi ellátás és a járóbeteg-ellátás tekintetében, most éppen a fogászati ellátással kapcsolatban dolgozunk hasonlóan. A sokszereplős párbeszéd kiemelt terepe a konferencia, ami a magyar kórházügy és egészségpolitika elsőszámú találkozóhelyévé nőtte ki magát. Most megint újítunk. Talán rizikós is, hogy általában három párhuzamos szekcióban zajlanak az előadások, de én bírom abban, hogy mindenhol lesz elég résztvevő, mert nagyon sok izgalmas téma kerül terítékre. Az érdeklődés egyértelmű, ezer körüli vendégre számítunk. Ha győzzük erővel, rengeteget tanulhatunk és módunk lesz a vélemények kicserélésére is.

Dr. Szepesi András, Bene Zsolt

Március elsejétől az Állami Egészségügyi Ellátó Központ látja el 105 egészségügyi intézmény fenntartói feladatait. Az új intézmény stratégiájáról és céljairól dr. Ónodi-Szűcs Zoltánt, az intézmény főigazgatóját kérdeztük.

A jó pásztor

– Főigazgató úr, milyen szerepet tölt be a kórházi intézmények fenntartásában a hosszú nevű ÁEEK?

– Szerepünk könnyen körülhatárolható. Szeretnénk jó gazda lenni, a szó igazi értelmében. A jószágot hizlalni és nem fogyasztani. Az infrastruktúrát nem leharcolni, hanem építeni, fejleszteni. Az ellátás biztonságát fenntartani és fokozni. Ennek elérésére, középírányító szervezetként, fenntartóként szuverén joga meghatározni, hogyan szervezzük meg feladatainkat.

– E célok között azért akad némi konfliktus...

– Valóban, az intézményfenntartói szerepkör nem mindig esik egybe az ellátási biztonság prioritásával. Nem könnyű a feladat, de az a célunk, hogy az ellátási biztonság mentén alakítsuk ki a kórházak működését. Ennek aktuális fórumai a megyei bizottságok.

– Milyen magyar egészségügyet látna szívesen az ÁEEK főigazgatója?

– Leginkább olyat, ahol az egyik fél érti azt, hogy a másik miről beszél. Ma ugyanis a közvéleménnyel nagyon nehéz megértetni, hogy mik az egészségügy alapvető problémái. Ezért nagyon fontos azonos nyelven, azonos fogalmi kört használva beszélnünk. Ebben egyértelmű és meghatározó segítséget nyújt a TÁMOP 6.2.5/B projekt. Ez a 9,5 milliárd forintból megvalósuló szakmai fejlesztés új nyelvezetet hoz létre a magyar egészségügyi ellátórendszerben. 3500 szakértő, kolléga, úgy sejtem, a KÓRHÁZ szaklap olvasóinak nagyjából egyharmada-fele dolgozik azon, hogy új alapokra helyezzük a lakossági igények felmérését, és a felmért igények lehetőleg hatékonyabban megvalósuló kielégítését.

– Hogyan lehet szakmailag korrekt módon megkülönböztetni a lakosság és az ellátórendszer igényeit egymástól?

– Abban hiszünk, hogy kizárólag az alulról jövő társadalmi igény a valós, a kevésbé torz. Minden olyan egészségügyi igény, amit az ellátórendszer artikulál, inherens módon torzul: hiszen az ellátórendszer

igényei torzítják. Ezért, függetlenül attól, hogy az ellátórendszer jelentős részének fenntartói jogait gyakorló ÁEEK élén ülök, ki kell mondanom, hogy az elsődleges cél a beteg és nem az ellátórendszer igénye.

– Mégis nehéz e két célrendszert elválasztani egymástól.

– Valószínűleg jó vastag könyvet lehetne arról írni, hogy bármilyen egészségügyi szakmai kérdésből hogyan lehet politikai tökéletet kovácsolni. A szakmai problémák lényegét ugyanis nagyon kevesen értik, ezért ezeket a kártyákat nagyon könnyen ki lehet játszani. Ám szakmailag korrekt módon megoldani annál nehezebb.

– Mi a megoldás?

– Harcolnunk kell az egészségügyi sztereotípiák ellen. Mindannyiunk hordoz tucatnyi olyan szakmai beidegződést, ami ma már nem feltétlenül hoz valós eredményt. Ezeket át kell gondolnunk, a helyükre kell tennünk, meg kell értenünk, hogy ma hogyan működik világunk, egészségügyünk, társadalmi környezetünk, és ennek megfelelően kell meghozni a szakmai döntéseket. Az egészségügy valósága és az egészségügy szereplői által vélt valóság jelentős mértékben eltér egymástól. Tudomásul kell vennünk, hogy az orvostudomány és az egészségügyi menedzsment az elmúlt három évtizedben olyan fantasztikus fejlődésen ment keresztül, ami a korábbi sztereotípiákat teljes mértékben felhárja. Ha valaki az egészségügyben ma valamit ugyanúgy végez el, mint húsz éve, akkor valószínűleg rosszul csinálja – mert azóta van jobb, hatékonyabb módszer. Amikor valaki azt kéri, hogy adjuk vissza egy kórháznak az aktív szemészeti ágyakat, az nagyjából olyan, mintha azt kérnénk, hogy a szép, sima autópályákon járjon mindenki lovas szekérrel. A mi feladatunk az, hogy ebben a harcban a kormányzatot teljes eszközrendszerünkkel támogassuk és a lakosságot megfelelően tájékoztassuk az ellátórendszer fejlődéséről és lehetőségeiről.

– Adj magát a szkeptikus kérdés: fejlődött bármit is az egészségügyi ellátórendszer az elmúlt években?

– Elismerem sokan nem érzékelik, hogy az elmúlt néhány évben közel 500 milliárd forintnyi fejlesztés valósult meg. Ennek hatása ugyanis nem tükröződik a lakosság fejében, nem jelenik meg felhasználói élményben. De ha az ezredfordulós és a mai egészségügyi infrastruktúrát hasonlítjuk össze, nem szabad szégyenkezni. Elsősorban a központi régió kivételével olyan jelentős infrastrukturális fejlesztések valósultak meg, amelyek megalapozzák a XXI. századi színvonalú egészségügyi ellátást. Nekünk az a dolgunk, hogy ezt úgy hasznosítsuk, hogy a betegek tapasztalatai javuljanak, a felhasználói élmény megváltozzon.

– Reménykedünk a sikerben. De beszéljünk keményebb és aktuálisabb problémákról, például arról a sok tízmilliárdnyi intézményi adósságról!

– A kórházak adósságrendezésére a 60 milliárd forint rendelkezésre áll. A nagyobb szállítókkal elkezdődött az egyeztetés, az eljárásrend, amely a szereplők viselkedését és működését megnyugtató módon fogja szabályozni a folyamatban, jóváhagyásra vár. Egyet azonban fontos kiemeltetni. Ez a forrásbevonás meghatározó jelentőségű, hiszen hosszú évek óta ez az első olyan, E-alapon kívülről érkező, friss működtetési forrás, amely segít a helyzet konszolidálásában. Ilyen forrásbővülés nagyon régen volt.

– Hogyan tudják, hogyan tudjuk megakadályozni, hogy ez az adósság ne termelődjön újra?

– Ez egy folyamat és nem egy egyszeri rövid esemény. De nem szeretném elkenni a választ ennyivel. Április elseje után az OEP által szervezett megyei bizottságok egyik feladata az lesz, hogy újraszervezzék a lakosság egészségügyi igényeit lefedő struktúrát. Véleményem szerint, ha ezt a rendszerváltás óta berögzült struktúrát nem sikerül a megváltozott mai igényekhez alakítani, nincs túl sok esélyünk a jövőre nézve. Az ÁEEK szerepe „csupán” anynyi lesz, hogy az így kialakított struktúrát hatékonyan működtesse. Pontosan



Dr. Ónodi-Szűcs Zoltán

azért alakulnak meg a gazdasági bizottságok is, hogy az intézmények együttműködési készségét formalizálják. Emellett segítenek remélhetőleg majd abban is, hogy egy kicsit változzon a hozzáállás. El kellene ugyanis felejtetni, hogy mindenki a saját várát építse. A magyar egészségügyet kell építeni.

– Március elsejével megalakult az új szervezet. Mikor várható, hogy véget érnek az intézményi átszervezések?

– Mára egy jelentős szakasz zárult le. Most az a kérdés, hogy az új fenntartói szerepek betöltésére milyen kompetenciáknak kell rendelkezésre állnia. Az átszervezés ugyan véget ért, és egy kis ideig eltart a saját életünk megszervezése, de ezt követően szeretnénk az intézményekkel jobbra tenni a kommunikációt. A területi vezetőkön keresztül fogjuk megszervezni a központ és az intézmények közötti kommunikációt, ők lesznek felelősek a teljes hozzájuk tartozó terület fekvőbeteg-ellátásának gondozásáért. Szeretnénk arcot rendelni az ügyek mögé, és elkerülni azt, hogy egy-egy fiasco kapcsán ne tudjuk megválaszolni azt a kérdést, hogy kinek a felelősségi körében történt a hiba.

– Attól kell megint rettegnie az intézményvezetőknek, hogy további leváltások lesznek?

– Szeretném tisztázni az összefüggéseket. Ez nem úgy történik, hogy leváltunk va-

lakit, és ezért kell rettegni, hanem fordítva. A leváltás már csak következmény lehet – ha ez a probléma egyetlen megoldása. Egyébként, ha valaki tisztességesen végzi a feladatait, akkor ideje sincs arra, hogy rettegjen, mert annyi dolga van.

– Azért a GYEMSZI megalakulása, 2011 óta folyamatosan attól szenvedünk, hogy nem túlságosan látni, pontosan mivel foglalkozik ez a szervezet. Az ellátórendszer szereplői számára mikor lesz kézzel fogható, hogy mi indokolja az ÁEEK létezését?

– Szeretnénk sok apró projektet nagyon hamar sikerre vinni. Szép listát írtunk össze és szépen halad a megvalósítás is. Ilyen lehet például az, hogy immáron a fenntartásunk alatt lévő Országos Vérellátó Szolgálat és az intézmények közötti együttműködést nagyságrendekkel javítsuk. Terveink szerint a felhasználás logisztikai folyamatában az OVSZ nagyobb szerepet fog vállalni, és a vérdepókat konszignációs raktárhoz hasonlóan működteti majd elsőként a nagyobb vérfelhasználóknál. Az intézményeknek így csak a ténylegesen felhasznált vérkészletért kell majd fizetnie, az OVSZ pedig az igények szerint átcsoportosíthatja saját készletét. Ehhez viszont fontos, hogy minden intézményünk csatlakozzon az OVSZ informatikai rendszeréhez és betartsa a szabályokat. Tartozunk ennyivel nemcsak a betegeknek, hanem a véradóknak is. Ehhez hasonló projektek

tucatjait szeretnénk megvalósítani, és gyors győzelmeket elérni az ellátórendszerben.

– Mondjon néhány ilyen projektet.

– Például ilyen a fővárosi intézményrendszer betegszállítói projektje. Hasonló hozzá az informatikai eszközök és szoftverek egységesítése. Vagy a klinikai vizsgálatokhoz kapcsolódó fejlesztési tervek, hogy minél többet tudjanak befogadni.

– Ismét előkerül a klinikai vizsgálatok központosítása?

– Félreért. Nem beavatkozni szeretnénk a rendszerbe, csupán szeretnénk intézményeink képességeit javítani, hogy minél többen tudjanak minél több klinikai vizsgálatokat befogadni. Ezekért ugyanis az egységes európai piacon kell a magyar intézményrendszernek versenyeznie. Nem árt tehát jól csinálni ezt a feladatot. Azt hiszem, nem az a jó, ha a juhász zsíros, hanem ha a nyáj az. Szeretném elérni, hogy intézményeink ne csak lássák, hanem érezzék is, hogy a fenntartói hozzáállásban és tevékenységben változások történtek. Bennünk jelentős az elszántság arra, hogy minden intézményünkben döntésképes és felelősségteljes menedzsment dolgozzon. Azaz döntsön, döntései következményeit fel is vállalja, de leginkább akarjon és merjen változtatni.

Zöldi Péter

Az egyetem patinája, a múltja, a hagyományai a legfontosabbak, hiszen abból tud gyökeredzni.

Nemzetközi tudásközponttá válhat az egyetem

– Minek köszönhette, hogy Önre szavaztak a rektorválasztásakor?

– Talán a sokéves helyismeretemnek, a kollégákkal és a hallgatókkal fenntartott jó kapcsolataimnak köszönhettem a rektori megbízatást, amit egyébként a hamarosan megrendezett következő rektorválasztáson is élvezni szeretnék.

– Hogyan egyeztethető össze a kutatómunka és a rangos, hatalmas intézmény vezetése?

– Óriási a rektor felelőssége. Azt hiszem, az embernek az egyetemen kell felnőnie, évtizedeket eltöltenie ahhoz, hogy kellő tapasztalatot gyűjtsön, rálásson a dolgokra, a törekvése hiteles legyen. Másfél évtizede a legkülönbözőbb posztokon vezető pozíciót töltök be ugyan, de a tanszékvezetéssel megválasztásom óta nem hagytam fel. Ebben semmi rendkívüli nincsen, hiszen az egyetemen bevált gyakorlat, hogy valaki a rektori munka mellett a tanszékvezetői megbízatását sem adja fel. A kutatásoktól sem kellett elköszönnöm, hiszen a gyakorlati tevékenységet a kollégáim végzik ugyan, de bármikor kérhetnek tőlem tanácsot, és persze közleményeiket nyomon kísérem. Helyetteseimen keresztül folyamatosan kapcsolatot tartok a tanszékkel, ha szükséges konzultálunk, adott esetben a helyszínen egyeztetünk.

– Nem „oltja ki” a rektori feladatkör a tanszékvezetői munkát?

– Van aki azt mondja, hogy a két feladat árt egymásnak, szerintem viszont egyik nem akadály a másiknak. De tény, az utóbbi évek gyakorlatából azt szűrtem le, hogy talán szerencsésebb, ha ideiglenesen az igazgatósággal kapcsolatos feladatkört a rektorsága alatt felfüggeszti az ember, a kettőt nem együtt műveli. A mai joggyakorlat szerint azonban ha ezt valaki meglépi, akkor a rektorság után várhatóan már nem mehet vissza tanszékvezetőnek. Ezt a rizikót senki sem vállalja szívesen. Csakhogy az alaptevékenység elhagyása egyúttal azzal is járhatna, hogy rektorként a valóságtól elszakad. Mindenesetre ne-

kem kell, hogy az intézetbeli apró-cseprő ügyekről értesüljek, szükség esetén döntsek azokról. Ha sikerül megfelelő helyettesekről gondoskodni, akkor a két beosztás semmiképpen sem hátrány. Rektorként sok időt töltök az irodámban, de szintén sokat a különböző megbízatásaimmal is. Jövőmegyek, reprezentációs feladatoknak teszek eleget. Hét nem múlhat el úgy, hogy a világ legkülönbözőbb tájáról ne fogadjak vendégeket, vagy éppen nekem kell valahova külföldre utaznom. Például legutóbb bemutatkozó látogatásra jött hozzánk a spanyol nagykövet, az országából nálunk tanuló hallgatók sorsát, helyzetét beszél-tük át. Előtte nigériai, illetve indonéz vendégeket fogadtunk.

– Fontos kérdés, hogy vajon a Semmelweis Egyetemen, az orvosképzésre koncentráló oktatóhelynek a rektora orvos vagy más végzettségű szakember legyen.

– Az országban még három egyetemen történik orvosképzés, egynek a rektora orvos, a másik kettőnek nem az. Magam orvos vagyok, de nem klinikus. Az elmúlt három esztendőben semmiféle hátrányát nem láttam annak, hogy az előéletemben nem praktizáltam. De szerintem a miénkhez ha-

sonló szakegyetem élére fontos, hogy orvos végzettségű vezető kerüljön. A TF kiválásával már indokolt, hogy öt karral működő intézményünket mint szakegyetemet ismerjék szerte a világban.

– Medikusévei alatt, majd különböző munkaköreiben mindig történtek változások az egyetem életében.

– Igen, és ezek normális átalakulásokat hoztak. Most azonban az egészségügyben koncepcionális változásokra van kilátás. Még hiányzik a kikristályosodás a jövő útján. Egyelőre nincs kodifikálva például, hogy milyen lesz a magán-, illetve az állami egészségügyi ellátás, miként történjen ezek finanszírozása? Az egyetemünknek is van egy kft-je, amelyben a tanuló- és az oktatógárda szabad kapacitásait igyekszünk hasznosítani. A kft-t komoly jövedelemszerző és bevételnövelő vállalkozásnak tekintjük – és élni is kívánunk vele. Természetesen majd csak akkor, ha a törvény világosan kimondja, hogy milyen módon tehetjük azt meg.

– Ha már a finanszírozásnál tartunk, úgy érzem, az orvoselváldorlás és a paraszolvencia kérdése megkerülhetetlen.

PÁLYAKÉP

Prof. dr. Szél Ágoston 1980-ban a SOTE-n szerezte általános orvosi diplomáját, majd ugyanazon évben a II. számú Anatómiai Szövet- és Fejlődéstani Intézetben lett orvosgyakornok, később egyetemi tanársegéd, végül adjunktus. 1996–2000 között a Humánmorfológiai és Fejlődésbiológiai Intézetben egyetemi docensként dolgozott, 2002–2003-ban az intézet igazgatóhelyettese, azt követően máig igazgatója. Szakterülete a színeslátás fejlődésbiológiája és az elektronmikroszkópia. Kutatási területe az összehasonlító fotoreceptor-, retinamorfológia és a fejlődésbiológia. Az évek során dékánhelyettesként, dékánként, rektorhelyettesként is tevékenykedett. Immáron harmadik esztendeje a Semmelweis Egyetem rektora. 1996-ban a biológiai tudomány doktora lett. Széchenyi professzori ösztöndíjas volt 1997–2000 között. 1989-ben kandidátusi fokozatot szerzett, 2000-től egyetemi tanár. A Semmelweis Egyetemen különböző bizottságok elnökeként, kari vezetőként, 2003-tól a Doktori Tanács elnökeként is dolgozott. 2009-től az egyetem általános rektorhelyettese volt.

– Az utóbbi hónapokban csaknem naponta jelennek meg különböző információk. Egészen biztos, hogy a paraszolvencia, mint intézmény oly régóta létezik Magyarországon, hogy nagyon nehéz lesz a rendszerből kivezetni. Szerintem is a fizetések elfogadható szintre történő emelése lenne az igazi megoldás. Egy éve még a fiatal orvosok nyilatkozataiból úgy értesültünk, hogy igazából nem is igényelnének hazánk-

Mindenesetre nem hiszem, hogy még az én életemben eljön az a pont, amikor az orvosok fizetése megtízszereződik.

– **Mi kell ahhoz, hogy végül így alakuljon?**

– Mindjárt a kezdetnél meg kellene értetni a medikusokkal a paraszolvencia ártalmas voltát. Sajnos az a közeg, ahova bekerülnek éppen ezzel ellentétes. Ott ugyanis azt látják, hogy a paraszolvencia gördü-

– Elég érdekes helyzeteket teremtené az a próbálkozás, amiben a paraszolvenciát megegyezéssel vagy törvénnyel megakadályoznák. Különös kérdés továbbá, hogy előre vagy utólag jó-e az orvosnak pénzt adni? Az előreadásnál lassan elfogadják a páciensek, hogy az vesztegetésnek számít – egyetemünk is kiadott egy ilyen értelmű rektori nyilatkozatot –, az utólag kapott hálapénzt viszont a törvény sem tiltja.



Prof. dr. Szél Ágoston

FOTÓ: KOVÁCS ATTILA

ban nyolcszoros, tízszeres fizetést, megelnének akár másfél-kétszeres béremeléssel. Ma már ez a követelés inkább minimum háromszoros béremelésről szól. Ez lenne az ára annak, hogy a frissen végzetek itthon maradjanak, továbbá a páciensektől nem fogadjanak el paraszolvenciát. Most 100-200 ezer forintnyi emelésre vannak ígérek, ám úgy tűnik ez nem igazán vonzó perspektíva, a végző medikusok ennyi változás mellett is inkább külföldön keresik a boldogulásukat. Mindenesetre ez a kezdet. Szerintem az orvostársadalom többsége a paraszolvenciára úgy tekint, hogy az az életét mindenképpen megkönnyítő, de megalázó, rossz megoldás. Az orvosok azt szeretnék, hogy tisztességes módon, előre kialakított bérért dolgozzanak. Az orvostársadalom nem két év, hanem talán néhány évtized alatt jut el a paraszolvencia felszámolhatóságáig. Egyelőre sajnos nincs Kánaán az egészségügyben.

lékenyen zajlik. Ez akkor is igaz, ha az orvos-beteg közötti viszonylag intim aktusáról beszélünk – a medikusok, a rezidensek a borítékdugdosást, a zsebbenylást azért látják. Ám, ha valaki úgy indul a pályáján, hogy tudja, elfogadható fizetéssel számolhat, akkor meggyőződése, a paraszolvencia idővel kiszorítható a rendszerből, a zsebkébből. Magam is jól tudom, nagyon nehéz kérdésről van szó, hiszen a beteg tudja, hogy az orvos fizetése alacsony, az élete viszont ennek a doktornak a kezébe kerül. A „hálapénznek” köszönhetően a páciens, vagy a hozzátartozója biztos lehet abban, hogy az infrastruktúrájában meglehetősen lerobbant egészségügyben elfogadható körülményeket csak a „kiegészítésnek” köszönhetően kaphat.

– **A betegek sok mindenre hajlandóak a gyógyulásukért.**

A gondom ezzel az egész „csupán” anynyi, hogy például a krónikus betegek körében az utólagosan adott paraszolvenciát hogyan lehet értelmezni, melyik az a pont, amit utólagosnak nevezhetnek?

– **Miért nem más szakmákban, miért pont az orvosoknál kell gyorsan fizetést emelni?**

– Sehol másutt nem olyan fenyegetető és drámai az elvándorlás veszélye, mint az egészségügyben. Más szakmákhoz képest az orvosok könnyebben vesznek vándorbotot, nyelvtudásuknak köszönhetően. Nálunk már az egyetemi évek alatt is szinte kötelező a nyelvismeret. És nemcsak a nyelvvizsga, a tananyag elsajátítása miatt is.

– **Csak hogy ezek birtokában külföldön könnyebben elhelyezkedhetnek.**

– Önmagában nem ezzel van a baj, hiszen mi is minimum három nyelven oktatunk

három évtizede a Semmelweis Egyetemen, kötelezőnek tartjuk hogy az oktatóink több nyelvet remekül birtokoljanak és jó, ha a hallgatóink is hasonlóan beszélnek idegen nyelveket. Az, hogy elmennek külföldre, szerintem nem baj, sőt nagyon hasznos. Ám emellett olyan motivációs rendszer szükségeltetik, amiért már megéri hazajönni. Mivel lehet visszacsbítani az el távozottakat? Például az MTA Lendület Pályázatnak köszönhetően a tudósok közül néhányan visszatértek már, és a jövőben is visszajönnek. Mások pedig, akik éppen indulnának külföldre, meggondolják magukat, mondván hogy magyarok vagyunk, szeretünk a hazánkban élni, dolgozni. Mi angolul, németül, spanyolul is remekül kommunikálunk, oktatunk, de mégis a legjobban az anyanyelvünkön boldogulunk. Itt látom annak a lehetőségét, hogy ha az egészségügyi kormányzat jól „be tudja lőni” azt az összeget, amivel az orvosok, az egészségügyi szakdolgozók megtarthathatják, akkor bátran lehet jövőképünk.

– **Eközben rendezésre vár a praxisban hosszabb ideje dolgozók bérének kérdése is.**

– Természetesen, ee gondoljon csak bele. Amíg valaki a rezidensi ösztöndíjával egészen jól megvan, nem kívánczik távozni. Amikor szakorvossá lesz, akkor készül más országba. Természetesen feszültséget jelent az ösztöndíj és a gyakorlatban régóta dolgozók bérkülönbözete. Ezért mondom azt, hogy fokozatosan ugyan, de rendezni kell a béreket.

– **Ha a kezdő orvosok bérét felemelik, az több milliárd forint.**

– Erre mondtam azt, hogy gyors megoldásra nem látok lehetőséget, a fokozatos-

ság a lényeg. Továbbá jó oktatóink vannak, olyanok, akiket nagyon komoly belső motiváció hajt. Azok a orvosok és medicusok, akik ilyen oktatókkal találkozhatnak azokban mestereket látnak, és elképesztő sokat tanulnak. És ha majd ők lesznek oktatók, a korábban szerzett tudásukat átadják a következő nemzedéknek. Maguk is mesterré válnak... Azt hiszem, az egyetem egyik legfontosabb dolga az, hogy a hallgatókat a legkorábbi időponttól próbálja a legmagasabb szintre emelni, a legemberibb módon kiszolgálni és felnevelni. Így van esély arra, hogy a beléjük fektetett befektetés megtérül, és egykori hallgatóink visszajönnek.

– **Mennyire motiválja a hallgatókat az itt maradásra, illetve mennyire taszítja őket amit a gyakorlatokon, oktatókórházakban látnak?**

– Erre nagyon nehéz válaszolni. Az előbb csak a komplett fizetési kérdést érintettük. Lehet hogy nagyon naivnak tűnik amit kifejtettem, de ezt meg kell oldani, ez így ilyen formában nem maradhat, nem működhet hosszú távon. Ha azt vesszük, hogy az ötvenes évek óta így működik a szisztéma, akkor talán nem is vagyok olyan peszsimista. A kórházi infrastruktúra kérdésére nehezebb válaszolni. Egyetemünkön van klinika, amelyben akár betegként, orvosként, vagy egészségügyi szakdolgozóként sétál végig valaki, bizony nagyon szomorú kép fogadja. Ehhez képest külföldön a legmodernebb eszközökkel felszerelt kórház vendégorvosának lenni biztos üdítő, tanulságos, a fizetéstől függetlenül maradásra ösztönző élmény. Talán a hazaszeretetre, a családra, a barátokra, mint megtartó erőre lehet itt hivatkozni, arra apellálni.

– **Milyen a jövőképe?**

– A 245 éves Semmelweis Egyetemnek rendkívül respektábilis a múltja. Amikor vendégek jönnek hozzánk és az SE történetéről beszélgetünk, mindig derűsen nyugtázzuk, hogy mi ennyivel, meg annnyival vagyunk idősebbek a vendégeinknél. Ez egyik oldalról azt is jelentheti, hogy elavult az intézményünk, miközben éppen az ellenkezője az igaz. Egy egyetem patinája, múltja, hagyományai a legfontosabbak, abból tud gyökerezni. Itt, ahol ülünk híres professzorok képei láthatóak. Ha az ember hallott róluk, okkal kiálthat fel: azt a mindenit, ezek a hírességek mind itt dolgoztak, tanítottak... fantasztikus érzés. A múltból nagyon sokat meríthetünk. És legalább ennyire fontos, hogy a múlt alapján milyen jövőt vagyunk képesek kialakítani. A rektor jövője tulajdonképpen nagyon hasonlít az egyetem jövőjéhez. Mi abban gondolkodunk, hogy a Semmelweis Egyetem olyan közép-európai oktatási centrummá váljon, amely felé már most nagyon jól haladunk. Egyre több nemzetközi kapcsolatot építünk, ápolunk, amelbből komoly közös pályázatok, kurzusok, oktatási programok keletkeznek. Tehát mindenáron fokoznunk kell a nemzetköziségünket, úgy, hogy közben a magyarságunkat hangsúlyozzuk. Másként fogalmazva: a Semmelweis Egyetem magyar egyetem, ahol magyar oktatók tanítanak, akik akár több nyelven is képesek a tudásukat a hallgatóiknak továbbadni, a tudományos munkákat ápolni. Azt gondolom, ha szembe kell állítani a tradícióval a jövőt, akkor az innováció egyik legmarkánsabb megnyilvánulása az, hogy minél több olyan képzésben vegyünk részt, amelyen a portfólkánkat, a szellemi termékeinket képesek vagyunk eladni. Az „eladás” szóért ezúton is elnézést kérek, ugyan nem fiskális alapon mondom így, de nekünk is meg kell élnünk. Sajnos tény, hogy nemcsak az egészségügy, hanem a felsőoktatás is mélységesen alulfinanszírozott Magyarországon. Van aki tagadja, van aki kimondja. Én az utóbbiakhoz tartozom. Nekünk mindent meg kell tennünk ahhoz, hogy a bevételeinket növeljük. Mégpedig ha nemcsak pénzt teszünk be, hanem a tudást is forgatjuk, akkor azt hiszem, hogy az idegennyelvű képzésünk lehet az egyik legfőbb kitörési pont. A hallgatói létszám növelése, az ehhez szükséges infrastruktúra kialakítása, a megnövekedett tennivalókhoz az oktatói létszám hozzáigazítása – megannyi elképzelésem van még, de szerintem végszónak ennyi is elég.

Krasznai Éva

SZÉL ÁGOSTONT JAVASOLJA REKTORNAK AZ SE SZENÁTUSA

Dr. Szél Ágostont, az egyetem jelenlegi vezetőjét javasolta az intézmény rektorának a Semmelweis Egyetem szenátusa szerdai ülésén. Szél Ágoston mellett még egy jelölt, dr. Merkely Béla, az egyetem Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinikájának igazgatója indult a posztért. A Weborvos információja szerint a szenátus tagjai közül 19-en adták voksukat a jelenlegi rektorra, 17-en a klinika igazgatójára.

A Semmelweis Egyetem honlapján a szenátus szerdai ülésével kapcsolatban az alábbi közlemény olvasható: Meghallgatta a Szenátus 2015. április 8-i ülésén dr. Szél Ágostont és dr. Merkely Bélát, akik pályázatot nyújtottak be a Semmelweis Egyetem rektori tisztségének betöltésére. A Szenátus titkos szavazással dr. Szél Ágostont választotta rektorjelöltnek. Mint ismert: dr. Szél Ágoston jelenlegi rektor megbízása 2015. június 30-án lejár, ezért írta ki a pályázatot az egyetem javaslatára az emberi erőforrások minisztere. A nemzeti felsőoktatási törvény értelmében a rektori megbízásra vonatkozó javaslatot a szaktárca vezetője küldi meg a köztársasági elnöknek, aki 2015. július 1-jével 3 éves időtartamra bízza meg az új rektort.



Köszönjük!

Szeretnénk köszönetet mondani partnereinknek, akik támogató együttműködése nélkül elképzelhetetlen lett volna, hogy a 2012-es EFQM Excellence Award-on nyert kiválósági díjat követően idén a legmagasabb rangú hazai minőségügyi elismerést, a Nemzeti Minőségi Díjat is elnyerjük.

Munkatársainkkal továbbra is azért dolgozunk, hogy betegeink és partnereink elégedettségét országszerte kivívjuk, és hozzájáruljunk a hazai egészségügy fejlődéséhez.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Avitum Zrt. | 1023 Budapest, Felhévizi u. 5.
Tel.: +36 (1) 346-9700 | Fax: +36 (1) 438-4900 | www.bbraun-avitum.hu

Aktív forráskeresésre és rugalmasságra van szükség, hiszen a Semmelweis Egyetemet (SE) sem kerülte el a felsőoktatási és egészségügyi intézmények egyre csökkenő finanszírozása és az orvos-elvándorlás – véli prof. dr. Merkely Béla, a Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika igazgatója, a Kardiológiai Tanszék – Kardiológiai Központ tanszékvezető egyetemi tanára, aki szerint a jelenlegi 18-ról akár 30 százalékra lehetne növelni az egyetem saját bevételeit.

Aktív forráskeresésre van szükség

– **Hogyan lehetne itthon tartani az orvosokat?**

– A Semmelweis Egyetemnek különlegesen jó emberierőforrás-struktúrája van. A szakszemélyzet jelentős része felsőfokú végzettséggel rendelkezik. A klinikákon dolgozó kollégák pedig egyszerre oktatnak és kutatnak, az ő szakmai színvonaluk is kiváló. Talán kevésbé küzd az SE humánerőforrás-hiánnyal más egészségügyi intézményhez képest, de nálunk is fontos, hogy olyan lehetőségeket kínáljunk számukra, amelyek a továbbiakban is itt tartják őket.

– **A hírek szerint a városmajori klinikának különösen jó a megtartó ereje. Mivel érték ezt el?**

– Az elmúlt 5-6 évben valóban csak három kolléga távozott külföldre a 130-ból. Ennek valószínűleg az az oka, hogy a mi klinikánkon egyfajta perspektívát, életpályamodellt vázolunk fel. Aki idejön a városmajori klinikára – és még néhány másik kiválóan működő klinikára –, nagyon jó lehetőséget kap mind a magas szintű betegellátáshoz, mind a kutatáshoz és az oktatáshoz. Tehát van egy egyéni karrierlehetőség, ha nem is ugyanolyan magas bérért, mint Nyugat-Európában, de összességében a bér az csak egy része a mi boldogulásunknak.

– **Hogy érte ezt? Szakmailag vagy anyagiilag?**

– Is-is. Van olyan innovációs, klinikai kutatási tevékenység, amely plusz bevételeket jelenthet az itt dolgozóknak. Tehát a mindennapi oktatási, gyógyítási tevékenység mellett rendelkezésre áll a kollégáknak az a lehetőség, hogy a kutatási tevékenységből további bevételekre tegyenek szert. Mivel a klinikán, és az egész egyetemen a humánerőforrás európai szinten versenyképes, ide tudjuk hozni ezeket a nemzetközi projekteket. Tehát e téren azonos lehetőségeik vannak az itteni kollégáknak, mint a külföldi klinikákon dolgozóknak. Szakmai téren mindenképp hasonlóak az esélyek, de anyagi területen is vásárlóér-

teken kaphatnak így juttatásokat a fizetésen kívül a klinika dolgozói. Így van ez a városmajori klinikán, és sok másikon is, de az lenne az ideális, ha még jobban kiterjesztenénk ezt a gyakorlatot. Az egyetem magasan képzett orvosainak és szakszemélyzetének szaktudásában olyan potenciális lehetőség van, amely a kutatás és innováció területén világviszonylatban versenyképessé teheti valamennyi klinikát ezekre a vizsgálatokra.

– **Például milyen innovációkra, kutatásokra kerülhet sor?**

– Új típusú gyógyszerek vizsgálatára, új típusú eszközök innovációjára, annak vizsgálatára, hogy milyen indikációk mellett lehet használni ezeket az eszközöket, milyen egészségnyereséget lehet elérni velük. Például nálunk a klinikán épp most fejeztük be egy nagy magyar céggel közösen egy új eszköz fejlesztését, amelynek szabadalmi eljárása jelenleg is zajlik, ezért egyelőre nem mondhatok erről többet. Tehát az előzőeken kívül új szabadalmakat tudunk létrehozni. Mert itt nagy a betegforgalom, kitűnőek a szakemberek, jó az infrastruktúra.

– **Hogyan lehetne mindezt elérni?**

– A Semmelweis Egyetemen belül olyan klinikákra van szükség, amelyek nagy volumenűek, amelyek magyar, sőt közép-európai viszonylatban is vezető intézmények, mert így az egyetem maga is Európa egyik vezető intézménye lehet. Nagy európai grantokat akkor lehet szerezni, ha az alapkutatásból egy új gondolat, egy felfedezés végigvihető a preklinikai majd a klinikai szakaszba, tehát az eredményeket klinikai szinten is fel lehet használni, tehát egy egyetemen belül kvázi transzlációsnak lehet létrehozni valami újat. Európai támogatást tudományos kutatásra egyébként nem is nagyon adnak kizárólag alapkutatásra, pénzt manapság főleg olyan fejlesztésekre lehet elnyerni, ahol az alapkutatás az egyetemi intézmények együttműködése révén eljut a klinikum szintjére, sőt lehetőleg később kapcsolódik a megfelelő eu-

rópai partnerek hálózatához is. Azt kell megérteni, hogy a Semmelweis Egyetem Budapest, sőt Közép-Magyarország egészségügyi, képzési motorja. A központi szerep lehetőséget ad arra, hogy az Egyetem körül kialakuljon egy oktatási kapacitásbővülést, kutatást, innovációt motiváló, generáló egészségipar. A jól működő külföldi egyetemek is így működnek, például a bostoni Harvard, vagy a heidelbergi Ruprecht-Karls Egyetem.

– **A Semmelweis Egyetemnek az év végi adatok szerint 2,7 milliárd forint tartozása van. Ön lát kiutat ebből a súlyos problémából?**

– Meggyőződésem, hogy az egyetem válszút előtt van, többletforrásokra van szüksége. Ezt a többletforrást egyrészt az OEP-finanszírozás optimalizálásával lehet szerintem elérni, így például azzal, hogy a sürgősségi és magas progresszivitású ellátásokra kerüljön a hangsúly: a nagyszámú transzplantációra, nagy sebészeti beavatkozásokra, kardiológiai, onkológiai, speciális új sebészeti eljárásokra, traumatológiai műtétekre. Mindemellett természetesen a Semmelweis Egyetem főszerepet kell, hogy játsszon a közép-magyarországi ellátásban, hiszen az SE a régió legnagyobb egyeteme, amire egyébként én nagyon büszke vagyok. Másrészt viszont a meglévő betegellátás OEP-finanszírozásán, illetve a felsőoktatási államtitkárságtól kapott pénzen kívül egyéb, saját forrásokra is szükség van. Ezek a saját források például azok, amelyekről már szó volt: külföldi hallgatók képzése, különböző kutatások, fejlesztések, innovációk, olyan szabadalmak, ötletek, amelyek értékesítésére spin-off cégeket lehet alapítani, és amelyek segítségével a pénz idejön az egyetemre. Nyilvánvalóan fontos saját forrás a külföldi betegek ellátásából, és a külföldi diákok, angol és német nyelven folyó orvoscépzéséből származó bevétel is. Ez utóbbi egyébként jelenleg is nagyon jelentős forrás, hiszen csaknem háromezer külföldi diák tanul az egyetemen, de az ebből származó bevétel is kevés ahhoz, hogy

az intézményünk költségvetését egyen-súlyban tartsa.

– **Milyen az arány a központi források és a saját bevételek között az Egyetem büdzsé-jén belül?**

– Bevételeinek döntő része központi forrásból származik, de körülbelül 18 százalék az egyetem úgynevezett egyéb intézményi bevétele. Szerintem a progresszivitási szint emelésével az OEP-finanszírozást is meg lehetne emelni kicsit, és a kutatási, innovációs pályázatokkal, a külföldi diákok képzésével elnyerhető plusz bevételek arányát is legalább 30 százalékra fel lehetne vinni.

– **Azért ehhez nagy változtatásokra lehet szükség...**

– Mint már említettem, minden forrásteremtéshez meg kell teremteni a megfelelő strukturális alapot, valamint elengedhetetlen a fejlesztés. És az egészségtől nem elválasztható a humánerőforrás menedzselése sem. Ahhoz, hogy a forrásteremtésből pozitív emelkedő spirál alakuljon ki, tehát hogy az egyetem fejlődjön, ahhoz a struktúráját is versenyképesebbé kell tenni. A klinikumon kívül például az oktatási kapacitást is optimalizálni, fokozni lehet. Van igény rá, hogy az orvostársadalom további kimunkált főként gyarapodjon, hiszen ismert a rossz korfa, az orvostársadalom idősödése. Az Egyetem versenyképes szakmákat „termel”, nemcsak nálunk, az ÁOK-on, más karokon is. Ezt mutatja, hogy például a Gyógyszertudományi Karon 6-8 nap alatt elkel minden diploma, elkel egy egész végzett évfolyam. De ugyanez vonatkozik a Fogorvostudományi Karra, az Egészségtudományi Karra, ahol fontos a kvalifikált szakszemélyzet képzése, és az Egészségügyi Közszolgálati Karra is, ahol a menedzserszemléletet, a mentálhigiéné-át, az informatikát foglalják egybe. Szóval ezek így együtt igazán jó lehetőségeket kínálnak, de még piacképesebbé lehet tenni az itt szerzett diplomákat.

– **A klinikákkal kapcsolatban említette, hogy nagyobb egységeket képzelne el. Ez összevonásokat jelent?**

– Nem feltétlenül, inkább profilírozást. Valóban azt gondolom, hogy hatékonyabban működhetnek a nagyobb egységek, például ha három hematológiai osztály helyett egy nagy jön létre, ugyanis nagyobb létjogosultsága van egy erős, ro-

bosztus intézménynek, a cél az, hogy ilyen egységek jöjjenek létre. Meg kellene szüntetni a párhuzamosságokat is, amelyek a Budán és Pesten szétszórta elhelyezkedő egyetemi részlegeknél előfordulnak olykor. Például annak szerintem nincs sok értelme, hogy nagyjából azonos belklinikák működjenek, még ha a folyó két oldalán is vannak. Összevonni nem lehet ezeket, de különböző feladatot kaphatnak. Tehát érdemes profilírozni az intézményeket, úgy



Prof. dr. Merkely Béla

hogy az ellátásban egyedülálló egységek jöjjenek létre. Nagyon fontos az is, hogy a Korányi-projekt keretében olyan diszciplínák költözzenek be a Semmelweis Egyetem családjába, amelyek eddig nem voltak jelen, mint például a traumatológia, a sürgősségi medicina, vagy az idegsebészet. Tehát olyan alapvető szakokat kell létrehozni, amelyek az orvosképzésben fontos szerepet játszanak.

– **A Szív- és Érgyógyászati Klinikán már volt alkalmunk mindezt kipróbálni. Elmondaná, hogy melyek azok a módszerek, amelyek az Ön által vezetett intézményben beváltak?**

– A klinika optimális struktúrában működik, a kardiovaszkuláris ellátást teljes egészében le tudja fedni, a minimálinvazív érkatéteres beavatkozásoktól egészen a komplex transzplantációig, illetve műszíves kezeléseikig. Rendelkezünk az ezekhez szükséges korszerű eszközökkel, képalkotó rendszerrel, például két-három hónapon belül egy olyan hibrid műtőnk lesz, amely egyedülálló nemcsak Európában, de talán a világon is. Szóval azzal hogy minden profil erős, azzal hogy az infrastruktúra nagyon korszerű, a humánerőforrás pedig magasan képzett, előjönnek az egymást segítő előnyök. Ezzel a klinika nemcsak a betegellátásban zászlóshajója az egyetemnek, hanem a tudományos és oktatási te-

rületen is. Az évek során a klinika profilváltáson ment keresztül. Elmozdultunk a magasabb progresszivitású, akut ellátások felé, így a szívtünetek, műszívkezelések, nagyérkezelések, stent graft beültetések, katéteres beavatkozások felé. Igaz, ez azzal járt, hogy a régi szokásjog alapján korábban nagy számban végzett beavatkozások háttérbe kerültek. Most is csinálunk azért mindent, például visszérműtétet is, de jóval kevesebbet mint régebben. Egyébként

úgy gondolom, a nagyobb progresszivitás jó mindenkinek: szakmailag motiválja az orvosokat, és segíti a klinika kutatási-fejlesztési munkáját is. Az sem mellékes, hogy a profilváltás mellett sikerült olyan kutatási projekteket idehozni, amelyek az itt dolgozóknak a normál fizetésen kívül bérkiegészítést jelentenek.

– **Az Egyetem többi egységében másképp folyik a munka?**

– Úgy gondolom, az Egyetem több klinikáján a mienkhez hasonló tendenciák zajlanak, de még hangsúlyosabb lehetne ezeket tenni. Az elnyerhető kutatási pályázatokhoz, a lehetőségek megszerzéséhez az egyetem a keretek megteremtésével járulhatna hozzá.

– **A felsőoktatási törvény módosításával az orvosegyetemre is kancellár került, aki felügyeli a pénzügyi folyamatokat, örököl az intézmény költségvetési egyensúlyán. Nem csökkenti ez a megújítás lehetőségeit?**

– Ma kétségtelenül egy duális rendszer működik: van egy rektor és van egy kancellár. Nekünk egy kiváló pénzügyi szakember a kancellárunk, aki felelős a pénzügyi háttérért és ilyen szempontból kontrollálja is a tevékenységeket. De a szakmai munka, hogy milyen vízió van a SE-ről a gyógyítás, oktatás, kutatás szempontjából az a szakmai vezetés, a rektor, a rektorhelyettesek, dékánok és a Szenátus feladata. Most egy rektornak kevesebb kötelezettsége van, mint három évvel ezelőtt, hiszen a pénzügyi feladatok már nem az ő vállát terhelik. A szakmai munkát persze nem lehet teljesen leválasztani az utóbbiról épp ezért a rektornak és a kancellárnak úgy kell együttműködniük, hogy megértik a másik szempontjait is.

Bernáth Bea

Egészségügyi menedzserként és az ágazat alakításában tevékenykedő szakértőként a rendszerváltás óta jegyzi dr. Bodnár Attila nevét, aki jelenleg számos szakterületet tekintve Budapest egyik legjobb hírű nagykórházát vezeti. Beszélgetés múltból és jelenről.

Struktúraátalakítás – összefüggések és lehetőségek

– Ön, mint gyakorló kórházi főigazgató és egyben fontos szereplője az elmúlt 25 év egészségügyi szakmapolitikának, hogy ítéli meg a rendszerváltás óta lezajlott, ágazatot érintő intézkedéseket?

– Az elmúlt 25 évben számos, legtöbbször ellentmondó próbálkozás történt az ellátórendszer átalakítására, érdemi változás azonban a jó szándék ellenére nem történt. Ennek sok oka van. A magyar egészségügy működését számos olyan dolog nehezíti, amely Európa más országaiban nem jelent gondot. A történelmi idők kezdetétől a mai napig számtalan, igen törekény érdekeltségi rendszer alakult ki, melyek jelentősen megnehezítik a mindenkori ágazatvezetés dolgát is. A fentiek, valamint a ciklusváltásonként kialakult szakmapolitikai szembefordulások okán érdemi változás nem tudott létrejönni. A reformtörekvések kísérletei alatt azonban a szakma és az orvostechológia szerencsére nem szűnt meg fejlődni, ezért az ápolási napok száma sok betegség ellátásában rövidült, sok kórkép kezelése nem igényel kórházi befekvést. Ezek a jelenségek egyértelműen újrajralták az ellátáshoz szükséges fekvőbeteg-ellátó rendszer arculatát is. Valóban lényegesen kevesebb ágyra volt/van szükség mint a rendszerváltozást megelőző időkben, de fontos megemlíteni, hogy a betegek száma nőtt, és az orvoshoz fordulásuk időpontjában „magával hozott” állapotuk súlyosbott, mely további kihívást jelent mind az ellátó, mind a finanszírozó számára.

– Rövidebb távra tekintve, az elmúlt négy év legmarkánsabb változása az egészségügyi intézmények államosítása volt. Ön szerint hogyan hatott ez az intézkedés az ellátásra?

– Az elmúlt időszakban a változást leginkább a tulajdonosi rendszer sokszínűsége gátolta. Csak a fővárosban működő fekvőbeteg-ellátó intézmények tekintetében legalább húsz, vagy annál több tulajdonosi rendszer élt együtt. Az aktuális egészségügyi vezetésnek a struktúra integrálása

érdekeiben tett kísérletei rendre kudarcba fulladtak. Maradt a rossz, mára már finanszírozhatatlan állapot. Mindezek alapján elmondható, hogy az egészségügyi ellátórendszer államosítása volt az első olyan lépés, mely után megnyílt a lehetőség egy mindent átfogó koncepció kialakítására és annak megvalósítására. Némiképp árnyalja a képet az egyetemekhez és a különböző tárcákhoz tartozó intézmények önállósága, melyek érdekérvényesítő próbálkozásaival biztosan számolni kell az átalakítás megvalósításának folyamatában.

– Nem érte-e a tulajdonosváltással komoly anyagi veszteség a kórházakat?

– Közép- és hosszú távon nem. Nyilvánvaló, hogy egy ilyen óriási változás okozhat átme-

neti zavarokat, de ha ezt nem vállaljuk fel, hosszabb távon nagyobb lenne a kár. Tudni kell, hogy azok a források, amelyeket az önkormányzatok biztosítottak az intézményeik számára, szintén államiak voltak. A központi költségvetés megfelelő átstrukturálásával ezek a hiányok kezelhetővé válhatnak, és biztos, hogy ez rövid időn belül be is fog következni. Ezért pont ellenkezőleg fogalmaznánk: ez, a fejlesztésre fordított finanszírozási struktúra volt a sokat emlegetett pazarlás egyik oka, és ezért igaz az az állítás, hogy nem a betegigények szerint épült fel az ágazat, hanem egyes önkormányzatoknak az egészségüggyel kapcsolatos elhivatottsága, ill. az adott gazdasági helyzete alapján. Mivel azonban az állami ellátás egységes, és mindenki számára biztosítani kell a

PÁLYAKÉP

Bodnár Attila 1990-ben vette kézhez általános orvosi diplomáját, 1995-ben belgyógyász szakvizsgát tett, 1996-ban diabetológus orvosi minősítést, 1998-ban egészségügyi menedzser másoddiplomát szerzett. Először a MÁV Központi Kórházban majd a Fővárosi Szent István Kórházban dolgozott, ezt követően lett a Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat Szakorvosi Rendelőintézetben Diabetológiai osztályánrendelésvezető főorvos, majd a Ferencvárosi Diabetes Gondozó vezetője. 1997–2000 között a Ferencvárosi Egészségügyi Szolgálat, 2001–2003 között a váci Jávorszky Ödön Kórház igazgató főorvosa volt. A 2000-es években sorrendben a Semmelweis Egyetem Konszolidációs és Stratégiai Munkacsoport szakértője, a Semmelweis Egyetem Gyógyító Ellátási Igazgatója, a Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb orvos igazgatója, a Merényi Gusztáv Kórház igazgató főorvosa, az Egyesített Szent István és Szent László Kórház orvosigazgató helyettese, 2012-től jelenleg is a Bajcsy-Zsilinszky Kórház főigazgatója. Számos szakmai társaság, egybek mellett a Magyar Belgyógyász Társaság, és a European Association for the Study of Diabetes tagja, emellett egyéb tagságokat is ellát, így pl. részt vett a Fővárosi Szent István Kórház Felügyelő Tanács, az Egészségügyi Menedzserklub, és az Egészségfejlesztési Kutatóintézet munkájában. Egyéb funkciói többek között: bizottsági alelnök, bizottsági tag a Ferencvárosi Önkormányzat és a Fővárosi Önkormányzat Egészségügyi Bizottságában. Oktatási tevékenységet egybek mellett a SOTE Egészségügyi Menedzserképző Központban folytat. 2000-től az Európai Község egészségügyi menedzsmet és finanszírozási szakértője, 2008–2009-ben a Fidesz Budapest programja és országos választási programja egészségügyi fejezetét kidolgozó munkacsoport tagja. Számos publikáció szerzője, társszerzője.

jogszabályban megfogalmazott ellátás minőségét, ezért nem megengedhetők a fenti-ekben leírt területi különbségek. A mostani elképzelésben ezek az anomáliák megszűnhetnek, és a területi fejlesztések tekintetében is igazságosabb lehet az elosztás, mely sikeresebben tudja biztosítani az egyenlő hozzáférés esélyét. Az államosítás adta meg a felülről való látás esélyét, mely egy átfogó reform elindításának alapvető feltétele.

– **Hogyan ítéli meg a jelenleg körvonalazódó, átalakítást célzó terveket?**

– Úgy hiszem, hogy a jelenlegi kormányzati elképzelések az elmúlt 25 év legmegalapozottabb tervei. Az államosítás előtti időszakban az intézményeket finanszírozták és nem a valós betegellátást, fordítva ültünk a lovon. Most azonban lehetőség nyílt arra, hogy az átalakítás során a valós igények határozzák meg a struktúrát. Meggyőződésem, hogy ehhez határozott központi lépésekre van szükség. Az országban még most is működik sok önálló egészségügyi intézmény. Én nem az ágyszámok problémáját látom a legnagyobb-
nak, hanem a párhuzamosságok meglétét, illetve a feladatok összehangolásának hiányát. Ezért a magam részéről rendkívül fontos és jó elképzelésnek tartom a kiemelt kórházak létrehozását, ami alá integrálni lehet a többi intézményt. Az lehetne a cél szerintem, hogy egy-egy nagy kórház és annak vezetője felelős legyen egy konkrét terület fekvő- és járóbeteg-szakellátásáért, meghatározva annak pontos szintjeit. Ehhez az államnak biztosítania kell azt a forrást és hatáskört amivel a feladatot maradéktalanul el lehet látni. A rendszer akkor tud hatékonyan működni, ha a területi vezető kórházakba minél hamarabb beolvadnak az ellátási területéhez tartozó egészségügyi intézmények, oly módon, hogy együttesen alkossanak egy költségvetési szervet. Gyors intézkedésekre és eredményre van szükség. És éppen úgy, ahogy az államosítás lehetővé tette, hogy a központi gondolkodás hatékonyra váljon, a betegutak optimális szervezése is csak nagyobb egységek alá rendelve tud eredményes lenni.

– **Reálisnak látja-e a tervezett átalakítást akkor, amikor köztudomású, hogy az ágazat forráshiánnyal küzd?**

– A korábbiakban említett államosítás tette lehetővé, hogy az azt megelőző struktúrában rejlő és attól elválaszthatatlan pazarlási folyamatok megszűnjenek. A jelenlegi átalakítással kapcsolatos törekvéseknek véleményem szerint az egyik fő csapásiránya pont az egészségügyi ellátórendszer szerkezeti átalakításában rejlő lehetőségek kiaknázása és a talált anyagi forrásoknak a működésbe való visszafordítása.

– **A struktúraátalakítás kapcsán felmerülő kételyek egyike, hogy az számos munkahely megszűnésével járhat, valamint hogy a közlekedés megoldása nélkül veszélyessé válhat a központosítás, és szóba jöhet egyes ellátó helyek „szakmai leépítése” is. A betegutak jelenleg sem működnek optimálisan. Hogyan, mitől fog ez megváltozni?**

– Látva az egészségügy helyzetét, mind a szakdolgozói, mind az orvosellátottság tekintetében, úgy gondolom, hogy az a probléma fel sem merülhet, hogy betegség mellett dolgozó munka nélkül maradjon. Legfeljebb arról lehet szó, hogy bizonyos területeken átcsoportosítások történnek, tehát lehet, hogy valaki, aki eddig egy adott munkahelyen dolgozott, ezután egy másik közeli intézményben kap állást. A betegutakkal kapcsolatban régi alapsza-

a környező területek betegellátásában megkerülhetetlen intézménnyé vált. A legtöbb szakmában harmas progresszivitású szintet biztosítunk. A kórház az elmúlt 25 év során folyamatos fejlődésen ment keresztül, mely megteremtette a lehetőségét a magas szintű orvosszakmai ellátásnak. Az elmúlt két év során, áttekintve az orvosszakmai tevékenységek teljes vertikumát, további jelentős fejlesztéseket hajtottunk végre annak érdekében, hogy a betegellátást a kiemelkedő minőségben tudjuk folytatni. Ennek kapcsán a kórház belső szakmasztruktúráját a szükségleteknek megfelelően és lehetőségeinkhez mérten módosítottuk. A nehéz gazdasági körülmények ellenére folyamatosan nagy hangsúlyt fektetünk a szakmai fejlődést és szinten tartást biztosító eszközök megújítására, illetve az új terápiás lehető-



Dr. Bodnár Attila

bály, hogy komolyabb betegségek esetén kizárólag olyan szakembernek szabad egy-egy beavatkozást végezni, akiknek megvan ehhez a tapasztalata és a speciális szaktudása. Magyarországon nincs olyan távolság ami átjárhatatlan. A gyakori betegségek el-
látása mindenhol biztosítva van, a ritkább betegségek ellátásáért pedig eddig is utazni kellett.

– **Hogyan látja jelenleg az Ön által vezetett kórház helyzetét?**

– Bátran mondhatom, hogy a Bajcsy-Zsilinszky Kórház szakmai szempontból az egyik legmagasabb színvonalú, legjobban felszerelt, kiváló szakemberekkel ellátott intézmény. Gyakorlatilag a teljes orvosszakmai spektrumot lefedi, és mint ilyen, a főváros és

ségek felkutatására. Ugyanakkor ezzel párhuzamosan intézményünk nagyon szigorú gazdálkodást folytat, számos új, nyugat-európai állami kórházakból átvett menedzsmenttechnikát alkalmaz, ill. vezetett be elsőként az országban. A jövőben kialakításra kerülő struktúraátalakítás kapcsán reméljük, hogy a területünkhöz közel eső kórházakkal együttműködésben a párhuzamosságok megszüntetésével gazdálkodásunk hatékonyságát tovább tudjuk növelni. Az egészségügy dolgozóival együtt, mindannyian abban reménykedünk, hogy az előttünk álló átalakítás magasabb szintű betegellátást és a benne tevékenykedők jobb megbecsülését fogja szolgálni.

Radnai Anna

Az uniós pályázatoknak köszönhetően a hatvani Albert Schweitzer kórház, közel 4,2 milliárd forintos fejlesztés munkálatainak befejezése előtt áll. Dr. Stankovics Éva főigazgató azt reméli, hogy e fejlesztések révén számos szakterületen emelkedik majd az adott kórházi osztály progresszivitási szintje, ezáltal pedig hatékonyabb, magasabb minőségű gyógyító munkát produkálhatnak az ott dolgozók.

Finisben a hatvani fejlesztés

– A 2014-es évet a kórház a „fejlesztések éveként” jelöli meg honlapján. Figyelembe véve azt a tényt, hogy a különböző pályázatok megvalósulása a tervezéstől a szemmel látható eredményekig hosszú éveket igényel, napjainkra mi vált valóra?

– Az elmúlt években kórházunk többféle uniós projektre is sikerrel pályázott, így elmondható hogy szinte folyamatosan valamilyen felújítás, modernizálás, új eszközök beszerzése történik intézményünkben. Ilyen örömteli esemény volt például a járóbeteg-rehabilitációs központ tavaly januári átadása. Az 560 millió forint összértékű beruházás épületében kapott helyet a kardiológiai-, a légzés- és tüdőgyógyászati, illetve a mozgásszervi rehabilitáció, valamint a tüdőbeteg gondozó. A betegek által több mint egy éve birtokba vett központ azóta is változatlan népszerűségnek örvend a páciensek körében. Két fontos, már befejezettnek nyilvánított projektünk volt a kórház dolgozóinak képzését, továbbképzését, foglalkoztatását támogató program is, amelyek összértéke 37, illetve 50 millió forint volt. A pályázati forrás lehetőséget kínált arra, hogy a hiányszakmák (pl. fizioterápiás szakasszisztens, geriátriai szakápoló, onkológiai szakápoló, szemészeti szakasszisztens, felnőtt aneszteziológiai és intenzív szakápoló stb.) valamelyikére, az alapképzés ismereteire építve, átképezzünk 14 dolgozónkat, továbbá támogassuk a menedzsment jellegű továbbképzéseket, amelyeken 48 fő probléma feltáró és kockázatelemző ismeretekre tett szert. A hiányszakmák képzéseket támogató pályázat második ütemében új, speciális képesítésű dolgozókat is felvettünk: egy diétetikust, két gyógytornászt, két diplomás ápolót, egy neurológus főorvost, egy radiológus rezidentet és egy gyógyszerészt. 32 dolgozónk kommunikációs tréningen vett részt. A 16 szakorvos és a 16 szakdolgozó a szakszerű stressz kezelést és a betegekkel való hatékony együttműködés módszereit sajátította el. Ugyancsak uniós pályázati finanszírozás segítette minket az egészségfejlesztési iroda megnyitásában.

Kistérségi szintű egészségfejlesztési irodát hoztunk létre, amely a magyar népegészségügyi rendszerben újszerű elemként jelenik meg. Feladata többek között az, hogy közelebb hozza a lakossághoz, és ezzel sokkal számára elérhetővé tegye a betegségek megelőzését szolgáló prevenciók tevékenységet, ami lehetőséget kínál a népbetegségnek számító kórképek (szív- és érrendszeri betegségek, rák stb.) minél nagyobb létszámban való, korai kiszűrésére. Az EFI egészségügyi intézményi háttérrel biztosít a kistérségi betegségmegelőzési és egészségfejlesztési tevékenységekhez, aktívan működteti, tartós helyi, kistérségi hálózatba integrálja az egészségfejlesztési tevékenységet végző szervezeteket. Az iroda 2013 augusztusa óta a kórház önálló szervezeti egységként funkcionál. Az átadás óta eltelt időszakban a járás valamennyi településén rendeztünk szűrőnapokat, két alkalommal pedig kistérségi egészségnapot tartottunk. Betegklubjaink, mozgásprogramjaink és az egészséges életmód népszerűsítését szolgáló felvilágosító előadásaink folyamatosan működnek. Idén az iroda tervei között szerepel a szűrési programok aszóni járásra való kiterjesztése is. A kórház fenntartója az állam, illetve a nevében eljáró minisztérium országszerte befogadta az egészségfejlesztési irodák tevékenységét, így a mi irodánk is, a népegészségügyi program részeként idén február óta, már havonta számíthat az állami finanszírozásra. Az uniós programok egyike arra is lehetőséget adott, hogy a kórház falain belül családi napközit alakítsunk ki, ahol azoknak a kórházi dolgozóknak a gyermekei kapnak bölcsődei ellátást, akik a szülés után három évnél hamarabb visszatértek a munkájukhoz. Ez a szolgáltatásunk nagyon népszerű a dolgozók között, mert gyermekeik olyan színvonalú ellátást kapnak, mint egy drága magánintézményben. A kis létszámú csoportot kétfős szakszemélyzet látja el, a gyerekeket felügyelő, modern helyiségek és játszótér várja. A szolgáltatás a kórház dolgozói számára térítésmentes.

– Lehetőséget adott a pályázatok valamelyike a kórház épületének műszaki rehabilitációjára?

– Nagy szükség volt az épületek rekonstrukciójára, hiszen a kórház évtizedekkel ezelőtti építése óta sem a homlokzat, sem a nyílászárók nem lettek felújítva. Ebből következik, hogy mára mindkettő erősen amortizálódott, omladozott a vakolat, a nyílászárók pedig tönkrementek. Egy sikeres uniós pályázatunknak köszönhetően megkezdtük a nyílászárók cseréjét, és hamarosan be is fejezzük. Ebben a projektben kerül sor a kórház homlokzatának teljes rekonstrukciójára, a fal- és tetőszigetelésére is. Ezt a munkát nyár közepére kell befejeznünk. A nyílászárócseréje és az épület szigetelése által valóra válhat a kórház modern, energiatakarékos üzemeltetése, amihez egy újabb pályázat további segítséget kínált. Ennek köszönhetően 102 millió forintot fordíthatunk napelemek telepítésére. Első lépésben, május-június tájékán a nővérszálló és a kórházi hotelszárnny tetőjére telepítenek napelemeket, majd folyamatosan a többi épületre is. A napelemekkel a villamos energia felhasználásunkat szeretnénk költséghatékonyabbá tenni. Számításaink szerint az említett, energiatakarékoságot szolgáló fejlesztések eredményeként körülbelül az egyharmadával csökkenthetjük majd a kórház energiaszámláit, ami éves szinten több tízmillió forintos megtakarítást jelenthet.

– Közvetlenül a gyógyítást szolgáló, szakmai munkát támogató fejlesztések is valóra váltak?

– A kórház dolgozói már nagyon régen várnak rá, hogy korszerűbb, magasabb színvonalú ellátást nyújtani képes körülmények között végezhessek a gyógyító munkát. Erre szintén egy uniós pályázat adott lehetőséget: rendkívül korszerű műtőblokk épülhet, valamint egy már meglévő épületrészben teljesen megújul a radiológia, a szülészeti, az intenzívterápiás részleg is. Új épületben kap helyet a korszerű központi sterilizáló, a földszinten pedig új sürgősség-

gi betegellátó osztály jön létre. A hatvani kórház már hosszú évek óta sürgősségi betegellátásáról a legismertebb. Ez egyrészt földrajzi elhelyezkedésének, az autópálya közelségének, másrészt a hosszú ideje működő traumatológiai ambulanciájának köszönhető. Tekintettel arra, hogy az M3-as autópálya mentén Budapest és Miskolc között egyetlen kórházban, nálunk működik baleseti mentéseket 24 órában ellátó részleg, a hatvani kórház ellátási területe ebben a szakmában több mint 200 ezer fős. Az ellátás fejlesztésére pályázati forrásból most csaknem 2,7 milliárd forint jut. Ebből körülbelül 1,1 milliárd forint értékű az eszközpark, amelynek beszerzése jelenleg is folyamatos. A beszerzésre váró, illetve a már nálunk lévő új, modern eszközök olyan korszerű orvos technológiát kínálnak, amely figyelemre méltó minőségi előrelépést jelent a gyógyító munkában és évtizedekre meghatározhatja a kórház szerepét az ellátó hálózatban. A kórház felújítási munkálatai a betegellátást nem hátráltatták, igyekeztünk minden átalakítást úgy végrehajtani, hogy az nem zavarja a gyógyító tevékenységet.

– Arra gondol, hogy a korábban felsorolt számtalan fejlesztés, modernizálás révén „feljavított” hatvani kórház, a jelenleg átszervezés alatt álló, döntéshozók által kijelölendő új rendszerben régiós központ lehet majd?

– Igen, bízunk benne. Úgy gondolom, ha a kormány, az egészségpolitika úgy ítélte meg, hogy közel 4,2 milliárd forintos forrást érdemes fordítania egy intézmény fejlesztésére, akkor mögötte határozott szándék lehet. Feltételezhető, hogy kórházunk mindenképpen komoly szerepet kap majd a régió egészségügyi ellátásában.

– Ez akkor azt is jelenti, hogy a hatvani kórház a központi elvárásoknak megfelelően minden szakmában a meghatározott színvonalon lesz képes szolgálatni?

– Teljes mértékben, sőt a kórházban egyes szakmák a jövőben, éppen a korszerűsítésnek köszönhetően, feltehetően a progresszív szintjén is magasabbra léphetnek. Radiológiai osztályunk például sokkal korszerűbb lett, új, jelenleg a legmodernebbnek számító CT-t, röntgengépeket, ultrahang berendezéseket kapott. A most beszerelés alatt álló 16 szeletes Siemens CT-készülékünk pedig a megyében a legmodernebb lesz. Nyilván mi sem tudunk majd minden szakmában, a gyógyítás teljes palettáján egyformán magas progresszívítású szolgáltatást nyújtani, de úgy vélem, számos területen akár a megyei kór-



Dr. Stankovics Éva

PÁLYAKÉP

Dr. Stankovics Éva, igazgatásszervező, jogász, közgazdász, egészségügyi szakmenedzser. Pályáját 1996-ban az önkormányzati szférában kezdte, ahol fenntartói feladatként találkozott először az egészségüggyel. A 2009-től 2010-ig tartó időszakban a Szent Rókus Kórház gazdasági igazgatójaként tevékenykedett. 2011. év elejétől vezeti a hatvani kórházat. Német és olasz nyelvismerettel rendelkezik. Munkája során kiemelt figyelmet fordít a rendszerszervezésre, a szervezetfejlesztésre, a válságmenedzselésre és a kommunikáció témakörökre.

házak színvonalát is elérhetjük. Ilyen például a baleseti sebészeti osztályunk, ahol a csípőprotézisek beültetés végzését is tervezzük. Az új röntgen- és altatógépek, laparoszko-pos, artroszkópos tornyok, ultrahangos vágóeszközök a legkorszerűbb műtéti eljárások alkalmazását teszik lehetővé. E modern eszközök a jövőben olyan műtétek végrehajtására is lehetőséget kínálnak, amelyeket korábban, azok hiányában nem tudtunk elvállalni.

– Az államtitkárság eredeti szándéka szerint április 1-jéig kellett volna egyezségekre jutniuk a fekvőbeteg-intézményeknek a kórházi kapacitások, feladatok átcsoportosításáról, elosztásáról. Ezt a dátumot a hírek szerint június elsejére módosították. Az önök megyéjében/régiójában történt ilyen egyeztetés, esetleg valamilyen eredmény született már?

– A megyei egészségügyi egyeztető bizottsági üléseken mi is részt vettünk, februárban benyújtottuk a saját javaslatainkat, elképzeléseinket, de azokkal kapcsolatos visszajelzést ezidáig nem kaptunk, amiből arra következtetünk, hogy

döntés eddig nem született. Az átszervezési elképzeléseknél jelenleg valamivel közelebbinek tűnik (legalábbis a sajtóinformációk szerint) az április 1-je utánra jelzett kórházkonsolidáció, vagyis a kórházi adósságok költségvetés által való kiegyenlítésének a terve. Persze pillanatnyilag erről sincsenek konkrét információink – ami nem azt jelenti, hogy azokról hamarosan ne értesülhetnénk.

– Kősa hírek arról is szólnak, hogy ez lesz az utolsó alkalom, amikor az állam helytáll a kórházi adósságok kifizetésében. A döntéshozók elképzelése szerint a jövőben minden kórházvezető elkötelezi majd magát a költséghatékony működés mellett és vállalja, hogy intézménye a jövőben egy fillér adósságot sem termel. Ön kórházvezetőként a jelenlegi feltételek között teljesíthetőnek véli ezt az elvárást?

– Ez az elképzelés óriási felelősséget ró a kórházvezetőkre és az intézmények menedzsmentjére egyaránt, ami akkor lenne vállalható, ha megtörténne a jelenlegi ellátórendszer átalakítása. Tény hogy a mostani rendszer, különösen annak finanszírozása,

megérett az átalakításra. Pillanatnyilag mind a kórházak, mind a finanszírozó részéről fenntarthatatlan a rendszer. A kórházak adóssága hónapról-hónapra magasabb lesz, ami végül a teljes rendszer finanszírozhatatlanságát okozhatja. Természetesen szükséges van az intézmények pénzügyi konszolidálására, de ezzel párhuzamosan le kell tenni az asztalra egy kész, kidolgozott átalakítási tervet is. Annak tartalmaznia kell a kapacitások átszervezését, az ellátórendszer teljes átalakítását. Ennek hiányában, pusztán az egyszeri adósság konszolidáció révén, nem állítható meg a finanszírozó rendszer hibája miatt keletkező deficit folyamatos újratermelődése. Bár a kórházvezetők többségének rendelkezésére áll néhány eszköz,

keresetkiegészítésüket kemény feltételekhez (főállású állami kórházi alkalmazott, hálapénz elutasítása, külföldi munkavállalás megtagadása) kötné?

– Jelenleg a kórházvezetők többségének a kezében van az a gyenge, de még meglévő eszköz, ami például a szakorvosok munkája közötti különbségek jelzését kellene, hogy érzékeltesse. Az is ismert tény, hogy a bérköltségek a kórházak gazdálkodásában mekkora arányban jelennek meg. Az egészen biztos, hogy ennél nagyobb bérterheket az intézmények már képtelenek lennének elviselni, mert ezzel a gyógyító munkához szükséges napi kiadások teljesíthetősége kerülne veszélybe. Az egyre növekvő orvos- és szakdolgozóhiány miatt

– Tavaly év végén Zombor államtitkár arról is említést tett, hogy a döntéshozói szándék a jövőben élesen elválasztaná a magán (fizetős) és állami szolgáltatásokat. Ez úgy értelmezhető, hogy az állam által fenntartott intézményekben fizetős szolgáltatás nem működhetne. Önöknél, mint korábban felsorolta VIP-pavilon és rehabilitációs szolgáltatás is elérhető, feltételezem, részben vagy egészében fizetős ellátásként. Mire számít, ezek a jövőben is megmaradhatnak?

– Azt tapasztaltam, hogy az erről szóló sajtóhírekben némi értelmezési zavar felfedezhető fel. Valószínűnek tartom, hogy nem minden fizetős kórházi szolgáltatást értenének ezek az elképzelések, hanem csupán azokat, amelyek OEP-finanszírozott egészségügyi beavatkozások, szolgáltatások. Az átlagosnál magasabb színvonalú, kényelmi kórházi szolgáltatások, pl. a magasabb komfortfokozatú VIP-ellátás nem tartoznak ebbe a körbe. Úgy vélem, az ilyen jellegű szolgáltatásoknak továbbra is helye lesz a rendszerben, hiszen a betegek közül sokan igénylik, ugyanakkor pluszbevétel is termelnek az intézményeknek.

– Nagyon sok kórházban, éppen anyagi meg gondolásból, a legdrágább diagnosztikai eszközök, a laborszolgáltatás, esetleg a művesekezelés is magánkézen van, noha a szolgáltatást az OEP finanszírozza. Velük mi lesz?

– Az említett szolgáltatásokat a kórházak eredetileg éppen azért szervezték ki magánvállalkozásokhoz, mert ők maguk a magas költségek miatt nem tudták volna beszerezni és működtetni a drága eszközöket, kialakítani az ehhez szükséges infrastruktúrát. Az utóbbi évek uniós pályázati fejlesztéseinek köszönhetően mára meglehetősen sok kórház került abba a szerencsés helyzetbe, hogy saját, magas minőségű diagnosztikai eszközt mondhat már a magáénak, így nem szorul rá külső befektető közreműködésére. Itt Hatvanban, nyertes pályázatunk eredményének ismeretében, 2013-ban mi is visszaszerveztük a radiológiai szolgáltatást a kórház keretei közé. Amennyiben az állam úgy dönt, hogy minden magánszolgáltatót kivezet az ellátó rendszerből, az valószínűleg hosszú és konfliktusoktól sem mentes jogi és gazdasági folyamat lesz. Különös tekintettel arra, hogy a kórházakban drága eszközöket üzemeltető tulajdonosok döntő többségének hosszú lejáratú, érvényes szerződése van, aminek érdekében valamikor igen jelentős összegek befektetését vállalták.



Így lesz 21. századi a hatvani kórház infrastruktúrája

amellyel esetleg csökkenthető lenne a jelenlegi eladósodás mértéke, de ezek csupán minimális eredményeket hozhatnak, a rendszerszintű hibák kijavítására nem elegendők. A helyzet javulásához átfogó központi intézkedések szükségesek. Valódi és tartós eredmények eléréséhez a szükséges sorrend a következő lenne: a rendszer és a finanszírozás átalakítása, adósságkonszolidáció, majd ezt követően a kórházvezetők kötelezettség vállalása. Az intézmények vezetői, menedzsmentje jó szívvel csak akkor tud kötelezettséget vállalni, ha meggyőződik arról, hogy a saját kórházát, az adott feltételek között, képes lesz hosszú távon adósságok nélkül működtetni.

– Ha már az elköteleződésről beszélünk, hogyan fogadták az önök kórházának orvosai Zombor Gábor államtitkár pár héttel korábbi javaslatát, ami a kormány által később meghatározandó mértékű

mára kialakult egy káros, öngerjesztő folyamat: a kórházak, minimális pluszbérért igyekeznek más intézményektől „átcsábítani” a szakembereket, amivel tovább növelik a saját deficitjüket. Úgy vélem, a hálapénz problémája mindenképpen megoldásra vár, mert az sem a rendszernek, sem az orvosnak, sem a betegnek nem használ, de ez komoly állami forrásráfordítás nélkül nem valósítható meg. Ameddig ez nem történik meg, a nyugat-európai kórházak bármelyike, ahol az itthoni fizetések többszörösét fizetik az orvosoknak, szakdolgozóknak, sikeres konkurens lehet a magyar intézményeknek. Meggyőződésem, hogy ha orvosaink legalább a hazai bérezés szintjén, egy számukra elfogadhatóbb, a munkájukkal, a teljesítményükkel arányos mértékű fizetést kapnának, könnyebben lemondanának a külföldi munkavállalásról és a hálapénzről is. Utóbbit a döntő többségük rendkívül megaláznak tartja.

Lóránth Ida

A kínai zsonglőr, a civilek és a katonák

– **Hogyan került kapcsolatba az egészségüggyel?**

– Egy kicsit beleszülettem. A szüleim orvosok, a szüleim barátai is, orvosok közt nőttem fel. Azután mégis közgazdász lettem. Majd két évtizeden keresztül foglalkoztam vezető beosztásban pénzügyi és biztosítási szolgáltatásokkal a Budapest Banktól kezdve a Magyar Posta Biztosítóiig, majd 2002-ben úgy döntöttem, hogy elvégzem a SOTE Egészségügyi Menedzserképzőjét. Ekkor még úgy látszott, hogy a piaci szféra lényegesen gyorsabb ütemben fog előre törni a hazai egészségügyben. A dolgok nem egészen így alakultak, ha szeretné erről később még beszélhetünk, mégsem bántam meg a döntésemet. Másfél évig egy egészségügyi finanszírozási tanácsadással foglalkozó kisvállalkozásban dolgoztam, majd független tanácsadó lettem, nagyobb kórházaknak, egyetemi klinikáknak dolgoztam. Így kerültem kapcsolatba a Honvédelmi Minisztériummal is.

– **Mi volt a feladata tanácsadóként?**

– 2012 nyarán kaptam megbízást a kórház átvilágítására. A honvédelmi tárca elszánta magát arra, hogy rendet tesz a kórházi gazdálkodásban. Az első megbízásom az volt, hogy transzparens módon különítsem el a civil ellátást és a katonai ellátást, költségek és feladatok alapján. Ezt a szétválasztást igényelte mind a tárcánk, mind az Egészségügyi Államtitkárság (EÜ ÁT). Ezt követte szervezet átalakítása. Hatékony vezetési szerkezet jött létre, amelynek élén a parancsnok áll (a kórház ugyanis hadrendi elemként működik), alá pedig három igazgatóság tartozik: orvosigazgató vezeti a Honvédkórházat, védelem-egészségügyi igazgató menedzseli a katonai egészségügyi feladatok ellátását és a gazdasági igazgató teremti meg a működés gazdálkodási és üzemeltetési hátterét. Egyéves tanácsadói munkám után az akkori helyettes államtitkár, egyben a kórház átszervezésével megbízott miniszteri biztos, Borbíró Zoltán úr felkért, hogy egyrészt miniszteri megbízottként folytassam a munkámat, másrészt vállaltam el a kórház gazdasági igazgatását. Mivel úgy láttam, a minisz-



Dr. Fendler Judit

térium komolyan gondolja, hogy rendbe rakja a kórházat, továbbá az akkori (és mostani) katonai és közigazgatási vezetés személyi összetételét tekintve is jó esélyeket biztosít egy ilyen munkához, rövid mérlegelés után eleget tettem a felkérésnek. Mindig is vonzottak a nagy kihívások. Így a mai napig miniszteri megbízottként felelek a kórház stratégiai célú átalakításáért és gazdasági igazgatóként az operatív működésért.

– **Milyen feladatai vannak a kórháznak és milyen feladatkörök tartoznak Önhöz?**

– Az MH EK az ország egyik legnagyobb és legszínvonalasabb kórháza, lényegesen összetettebb feladatkörrel, mint egy átlagos megyei kórház. A „sima” OEP-feladatokon kívül ide tartozik országos feladatkörrel a rendvédelmi szervezetek (BM, HM), a vasutasok, családtagjaik és nyugdíjasaik ellátása. Emellett a SE Kútvölgyi Klinikai Tömb mellett felelősek vagyunk a kiemelt állami vezetők ellátásáért is. Mindezekért az orvosigazgató felel. Speciális feladatunk a katonaegészségügy működtetése, amit a Védelem-egészségügyi Igazgatóság irányít. Ami személy szerint engem illet,

a gazdasági, műszaki, üzemeltetési feladatok teljes körűen alá tartoznak, emellett a kontrolling, a katonai és az egészségügyi anyaggazdálkodás, a közbeszerzés, valamint a térítési ellátások és egyéb bevételei és pályázati lehetőségek menedzselése. A parancsnok közvetlenül irányítja a jogi, a személyügyi, minőségügyi területeket, valamint a Törzset, ami összefogja a szervezéssel, irányítással és kommunikációval kapcsolatos feladatokat.

– **Mi a véleménye közvetlen kollégáiról, az intézmény menedzsmentjéről?**

– Az új menedzsment véleményem szerint erős, hatékony, a civil szervezetek rugalmasságát ötvözi a katonai szervezetek megbízható és áttekinthető hierarchikus működési dinamikájával. Szabó vezérőrnagy stratégia a szó legnemesebb értelmében, komoly szakmai tapasztalatokkal felvértezve, amelyek felölelik a különböző külföldi NATO-bázisokon szerzett tudást is, Nápolytól Kabulgig. A parancsnok képes érvényesíteni a kórház hosszú távú érdekeit mind a civil ellátás, mind pedig a védelem-egészségügy területén. A maga területén hasonló kvalitásokkal rendelkezik az orvosigazgató, Zsirus dandártábornok is. Az ország egyik legnagyobb balesetisebészszaktekinvélye, aki évtizedek óta vezeti a kórház traumatológiai ellátását, emellett a katona-egészségügy szervezésében is meghatározó autoritás. A védelem-egészségügy vezetése ugyancsak magas színvonalú, külföldön képzett szakemberek irányítják. A menedzsment tehát jó, azonban a kórházra háruló feladatok és a különböző irányokból ránk nehezedő nyomás rendkívüli. A gyermekellátást kivéve teljes körű egészségügyi ellátást nyújtunk a progresszivitás legmagasabb szintjén. A négy elődintézmény (Honvédkórház, BM Kórház, MÁV Kórház-Rendelőintézet, Országos Gyógyintézeti Központ) összevonása racionális lépés volt, a kivitelezés azonban poccsokra sikerült. Ennek a hátrányait érezzük a bőrünkön a mai napig. Az ősbűn, amit az akkori egészségügyi döntéshozók elkövettek, az volt, hogy a feladatok teljes körűen hozzánk kerültek, a hozzájuk tartozó finanszírozás azonban csak 45%-ban.

– **Ezt tudná kicsit részletezni, hogy az olvasóink jobban megértsék a problémát?**

– Lényegében arról van szó, hogy a feladatrendszer változatlanul hagyása mellett a korábbi „kubatúra” nagyjából 55%-án kellett volna a korábbi finanszírozás 45%-ával működnünk. Majdnem olyan érzéketlenséggel rajzolták át földrajzi, működési és finanszírozási határainkat, aho-

gyan a volt gyarmattartók Afrika politikai térképét a kivonulásuk után. A dolog abszurditását leginkább egy „elfelejtődött szakrendelő” esete mutatja. Az egyesítéskor, amikor két telephelyet kialakítva két kórház-rendelőintézetet összevontak az akkori AEK-ba, az egyik kórházhoz tartozó szakrendelőt egyszerűen elfelejtették átadni. Alapvető egészségügyi szervezési hibát követtek el, így most a második legnagyobb, 600 aktív ágyat működtető telephelyünkön nincsen szakrendelői háttér.

– **Mit léptek ebben a már-már drámai helyzetben?**

– Radikális és rendkívül fájdalmas lépésekre kényszerültünk. Először is felszámoltuk a leginkább nélkülözhető telephelyeket, 2012 óta négyet. Ez megszűnő munkahelyeket is jelentett, emberek életének, sorsának olykor fájdalmas megváltozását. Új, észszerűbb és transzparensabb beszerzési eljárások révén csökkentettük a nagy szolgáltatások (mosatás, élelmezés, takarítás) árait. Végül folytattuk a szigorú keretgazdálkodást az összes költséghelyen. Az elmúlt időszak nem volt sétagalopp, néha úgy éreztem magam, mint a kínai zsonglőrök, akik a kezükkel és a lábukkal egyszerre pörgetnek tányérokat, labdákat és cilindereket. Tavaly azonban már olyan finomabb hangolási feladatokhoz is eljutottunk, mint egyes osztályok átszervezése. Például a sürgősségi osztályunkon csökkent a várakozási idő, a várakozás körülményei pedig jobbak lettek: javítottuk a betegek felé az információáramlást, vizes ballonokat helyeztünk el a folyosókon, információs sávokat festettünk fel, stb. Sikerült enyhíteni a várakozás feszültségét és a betegpanaszok száma is jelentősen csökkent. Idén a radiológia átszervezése következik.

– **Lássuk a számokat! Mennyivel javult a kórház fedezete?**

– 2011 vége óta 3,5 milliárd Ft-tal. Hétmilliárd forint éves hiányt faragtunk le 3 év alatt, 2014-re 3,5 milliárd Ft-ra. Ez nem rossz eredmény. Innen viszont nehéz tovább lépni az egészségügyi döntéshozók segítségével nélkül. A Honvédkórház (HK) fajlagosan súlyosan alulfinanszírozott mind ellátási kötelezettségéhez, mind szakmastruktúrájához, mind pedig progresszivitásához viszonyítva. Mivel az esetösszetétel-indexünk az egyetemi klinikák szintjén van, további költségcsökkentés csak az ellátás szűkítésével vagy minőségromtással érhető el. Egyiket sem akarja az orvosi vezetés. A nyomás viszont óriási rajtuk.

– **Mondjon most néhány sarokszámot a kapacitásairól és a működési költségekről!**

– Közel 2000 ágyunk van, ebből 1200 aktív ágy Budapesten, ezen kívül Balatonfüreden és Hévízen három telephelyen vannak a rehabilitációs intézményeink. A kecskeméti volt Repülőkórház elsősorban a védelem-egészségügyet szolgálja ki, de ellátjuk a környék járóbetegeit is, továbbá egynapos sebészeti ellátást nyújtunk a Bács-Kiskun megyei Kórházzal együttműködve. OEP-bevételünk megközelíti a 21 milliárd forintot, az egyéb bevétel pedig az egymilliárdot. A klinikai vizsgálatokból származó bevételünk jelentős, hála országosan elismert szaktekinvélyeinknek. Elkezdtek bővíteni a térítés ellenében nyújtható ellátások körét, azaz a piaci és költségvetési szervezeteknek nyújtott foglalkozás-egészségügyi tevékenységünket. Ebben az évben erre a területre összpontosítunk. Úgy látom, komoly kiaknázható lehetőségek vannak a kórház és a 27 ezer főt számláló Honvéd Egészségpénztár kapcsolatában.

– **Korábban említette, hogy eddigi erőfeszítéseik ellenére sem tudták elérni a fedezeti pontot a kórház gazdálkodásában. Mi az oka?**

– A védelem-egészségügyet a honvédelmi tárca korrekt módon finanszírozza. A fedezetihiányt nem ez, hanem a társadalombiztosítás ellátásainak alulfinanszírozottsága okozza. Megbízható, neves független tanácsadókkal is alátámasztott adataink vannak arra nézve, hogy 24.000 súlyszám hiányzik az OEP-finanszírozásunkból. Ezt a számot támasztja alá a jelenlegi, lakosság számon alapuló ellátási terv háttérszámítása is.

– **Minden kórház panaszkodik. Mennyiben méltánytalanabb a Honvédkórház helyzete a többi, a szakma csúcsán álló intézmény pozíciójához képest?**

– Soha nem „panaszkodtunk”. Az Egészségügyi Államtitkárságnak, ahogyan korábban Önnek is, konkrét számokat és érveket soroltunk fel. A méltányosságra és az ésszerűsége hivatkoztunk, végső soron arra, hogy hatékonyabb forráselosztást lehet elérni, ha a pénz követi az ellátási feladatokat. Mint már utaltam rá, elsősorban történeti okokról van szó, az összezsapott kórházegyesítés ősbűnéről. Nyolc évvel ezelőtt összevonták a HM, a BM, a vasút és az orvosi továbbképző kórházait, a Honvédelmi Minisztérium fenntartása alatt. Mi nem csak területi, hanem speciális igényjogosult elven is ellátunk betegeket. „Pacientúránk” három részből tevődik össze: a civil lakosság számára kiemelt központ vagyunk, és több olyan

szakmánk is van, amelyben 1,5 millió fő tartozik hozzánk, emellett lefedjük 1,2 millió fő baleseti ellátását is. Ezen felül kötelezettek vagyunk a speciális ellátottak, a Belügyminisztérium, a honvédség, a MÁV és háttérintézményeik családtagjainak, nyugdíjasainak és a nyugdíjasok háztársának országos ellátására. 2012 őszén felmértük ezt a kört, nagyjából 1 millió emberről beszélünk, akiknek persze csak kis része veszi igénybe nálunk az ellátást (fekvőbetegeink kb. 20%-a). A harmadik ellátotti kör az államigazgatás törvényben felsorolt kiemelt vezetőinek az ellátása. Az öröklött okokon kívül vannak más veszteségforrásaink is. A Honvédkórház a trau-

tudom, hogy ők is prés alatt vannak, még az is lehet, hogy hasonlóképpen járnék el a helyükben.

– **A konkrét példák mindig szemléletesebbek.**

– Konkrét példákat szeretne? A politraumas betegek ellátásában az esetek túlnyomó része hatalmas veszteséget (esetenként akár 400 000 Ft-ot) termel, de nem küldhetjük „feljebb” a beteget, mivel felettünk már nincs senki. Hasonló helyzetben vagyunk a laborvizsgálatoknál is. A kórház laboratóriuma nem utasíthat vissza vizsgálatkérést, így a megítélt TVK 4-5-szörösét jelentjük le teljesítményben. Óriási ráfizetés.



A Honvéd Kórház főépülete

matológia mellett a kardiovaszkuláris és cerebrovaszkuláris ellátás, valamint a diagnosztika területén is kimagasló színvonalat képes biztosítani. A multidiszciplináris szakmai háttér miatt a nálunk gyógyuló betegek meglehetősen nagy biztonságot élveznek, rendkívül jó gyógyulási esélyekkel. A színvonalból továbbra sem engedünk, azonban méltánytalannak tartjuk, hogy eddig mindezt nem honorálta a finanszírozó. A „kéményhatás” jelentős: olyan betegek is „felszállnak” hozzánk, akiket a megyei, sőt, olykor a városi kórházak is el tudnának látni. Úgy tűnik, több kórház a központi régióban (nem látom értelmét, ezért nem nevesítem őket) visszaél a helyzetével, megkockáztatom, hogy időnként az emberiség alapvető elvárásai is figyelmen kívül hagyva. Ugyanakkor

Csapdahelyzetben vagyunk. Más szolgáltatók a TVK elérése után – hogy ne termeljenek hiányt –, hónap közepétől hozzánk küldik vizsgálatkéréseiket, mi azonban nem küldhetjük őket tovább. Klasszikus csapdahelyzet. Csak ezzel évi több százmillió forint veszteséget termelünk. Napi 140-150 beteg fogad Sürgősségi Osztályunk, mi látjuk el szinte az egész főváros gasztroenterológiai vérző betegeit is. A napi 150 beteg azonban a nyugalmi időszakot jelenti, erre rakódnak rá az olyan rendkívüli, időszakos terhelések, mint nyaranta a Sziget Fesztivál, amire a kórház egy fillér plusz pénzt sem kap.

– **Beszéljünk a jövőről. Szerepel a közép- vagy hosszú távú terveikben a Podmaniczky utcai (volt MÁV kórház) és a Róbert Károly körúti telephelyek összevonása?**

– Igen. Vannak ilyen terveink, ez azonban állami döntést igényel. A Róbert Károly körúton 2008-ban felépült „első torony” volt a magyar kórházügy talán utolsó jelentős modern fejlesztése. Az épület minden szempontból megfelel egy 21. századi kórházzal szemben támasztott követelményeknek. A stratégiai terveink része egy második torony felépítése a Róbert Károly körúti telephelyen. A Podmaniczky utcai telephely ugyanis kilenc épületből áll, óriási lépés volna mind a gyógyítás, mind pedig a gazdálkodás szempontjából, ha megszabadulhatnánk tőle. Természetesen addig is folyamatosan újítjuk fel az épületeinket, jelenleg éppen a Banai professzor által irányított gasztroenterológiai osztályon alakítunk ki fürdőszobákat a szobák mellé. Vizesblokk nélküli szinte lehetetlen ellátni ilyen típusú betegeket.

– **Milyen beruházásaik futnak még, illetve milyen terveik vannak a közeljövőben?**

– Uniós pénzt mindössze 120 millió Ft-ot kaptunk az elmúlt 7 évben, ez 8 koraszülött „ágy” kialakítását tette lehetővé. Nem egészen fair. A mi méretünknek megfelelő kórházak, klinikák 15-20 milliárd forintból kaptak az elmúlt 7 évben – ha a központi régió kívül estek –, egy ilyen összegű fejlesztés nagyon hiányzik nekünk is mind szakmai, mind pedig orvosi szempontból. Az eszközpark 2007 óta nem volt megújítva. Lépnünk kell a képalkotó diagnosztika területén. A fenntartó Honvédelmi Minisztérium támogatásával jelentős eszközfejlesztést valósítunk meg. Két 128 szeletes szuper-CT-t és a perifériás és idegsebészeti ellátáshoz szükséges DSA-berendezést telepítünk, májusi ünnepélyes átadással. Az eszközhány ellenére vannak komoly szakmai eredményeink. A Szülészeti Osztályt vezető főorvosunk, Demeter János és a Koraszülött (PIC) Osztály vezetője, Nádor Csaba széleskörű régiós egyeztetések eredményeként optimalizálták a szülés előtti kismagondozást. Ennek köszönhető, hogy évente több mint nyolcvan egy kiló alatti gyermek nálunk tud megszületni, ami gyakran életben maradásuk egyetlen esélye. Emberként és különösen háromgyerekes anyaként megindít ez az eredmény, és az ott folyó munka. Azt is tudom azonban, hogy ezzel mázsás súlyokat vettünk a vállunkra finanszírozási szempontból.

– **A képalkotó diagnosztikában jelentős szakemberhiány van. Ezt hogyan tudják megoldani?**

– Nehezen. Országos hiány van, valóban, halottam, hogy sok helyen már csak 10.000

forintos órabérrel tudnak szakembert találni. Azok az ellátók, akik hozzánk hasonlóan folyamatosan felvételesek, és minden szakmában 24 órában kell kiállítaniuk ügyeletet, nem képesek kifizetni ezeket az óradíjakat. Közben tudom, hogy az orvosaink a környékbeli kórházakba járnak ügyelni – és közben talán pihenni is, hiszen a felvételesek egyre gyakrabban a Honvédkórházba irányítják a betegeket. A kiutat egyrészt az egészségpolitikának kell megtalálnia, másrészt üzemszinten a távdiagnosztika bevezetésében gondolkodunk a legkiválóbb szakemberek bevonásával. Biztos vagyok benne, hogy hamarosan olyan osztályunk lesz, ahol a radiológusok számára hosszú távú, kecsgetető jövőképet tudunk felmutatni. Reményeim szerint az új technológia megjelenése, a legmodernebb, kardiológiai diagnosztikára is alkalmas CT-berendezések, a modern DSA-k és a jó szervezettség idecsábítják majd az ambíciózus radiológusokat, az itteni beteganyag ugyanis felbecsülhetetlen lehetőségeket biztosít szakmai fejlődésük szempontjából.

– Milyen szerepet játszik majd az új budapesti egészségügyi struktúrában az MH EK? És ehhez kapcsolódóan mi a véleménye az Egészségügyi Államtitkárság új finanszírozási koncepciójáról?

– A kórház és én személy szerint teljes mélysélességgel támogatjuk a jelenlegi berögzült, kijáráson, történelmi véletleneken és átláthatatlan háttéralkukon alapuló finanszírozást felváltó új, fejkvóta alapú finanszírozást. Még akkor is így van ez, ha természetesen tisztában vagyok vele, hogy módszertani szempontból sok kívánni valót hagy maga után az új rendszer. Talán nem veszik szerénytelenségnek ha azt mondom, hogy intézményünk a főváros és a központi régió ellátórendszerének egyik meghatározó szereplője. A fenntartó nem az Egészségügyi Államtitkárság, ez korábban okozott problémákat, sok esetben finanszírozási, konszolidációs kérdésekben hátrányt szenvedtünk, bár a működés finanszírozása nálunk is az OEP feladata, ugyanúgy mint az egyházi intézményeknél, egyetemi klinikáknál. Az elmúlt időszakban úgy látjuk a szándék pozitív, ami pedig az új szakmai vezetést illeti, Zombor Gáborral és közvetlen szakmai stábjával ígéretes és konstruktív kapcsolatokra látunk esélyt. Az Államtitkárság meglátásunk szerint az együttműködés erősítésére törekszik, win-win megoldásokra, és ennek megfelelően racionálisan és méltányosan fogadja a korábban vázolt finanszírozási abszurdítások feloldására tett javaslatainkat. A kormányzati kommunikáció és az Államtitkársággal folytatott megbeszélések alapján egyértelműnek látszik számunkra, hogy kiemelt sze-

repet kap a kórház. Lakosságszám alapján az egészségközpont ellátotti köre jelentősen meghaladja a vidéki kiemelt kórházak ellátási területét, és az Államtitkárság által bemutatott finanszírozási modell ezt végre elismeri, honorálja. Az alapszakmákban (A, B) a kórház az ellátási igényt leginkább meghatározó II. progresszivitási szinten több, mint 600 ezer beteget lát el, földrajzilag a III., IV., XIII. és XV. kerületet valamint az észak-pesti terület agglomerációját. Sürgősségi ellátási területünk 1,2 millió fő. Szinte minden szakmánk III. progresszivitású, itt vannak milliós ellátotti területek is.

– Hogyan lehet előrelépni a fenntartható működés érdekében?

– Számításaink szerint a lakosságszámon alapuló finanszírozással, a járóbeteg-kapacitás bővítésével, a labor, képalkotó és patológia térségi koncentrációjával és a finanszírozás részbeni átadásával, továbbá néhány már egészségpolitikai szinten eldöntött ellátásnak a kórházba történő telepítésével az MH EK nullszaldós működése két év távlatában megvalósítható. A kórház, mint említettem, elkötelezett a speciális igényjogosultak színvonalas ellátásának fenntartásában is, ennek finanszírozására az új finanszírozási modell technikailag ugyancsak lehetőséget teremt.

– Térjünk át most a makrogazdasági szintre. Az olvasóink valószínűleg kíváncsiak lennének a tágabb környezetről, a finanszírozásról, egyáltalán a magyar egészségügyről alkotott véleményére is.

– Értem azokat a véleményeket, szofisztikált egészség-közgazdasági kritikákat, amelyek ízekre szedik az OEP „koncepcióját”. Maga az Államtitkárság nyilvánvalóan tisztában van a módszertani finomságok hiányzó voltával, hiszen számos formában nyilvánította: egyelőre csupán a forráselosztást új alapkoncepcióját dolgozták ki. Természetesen ez nem egy klasszikus, korrigált fejkvóta alapján történő finanszírozás, ahogyan a nagykönyvben meg van írva, mélyreható elemzésekkel és modellszámításokkal. Az egészségpolitika most még csupán néhány elérendő célt és alapvető határozott meg: méltányosság, egyenlő hozzáférés, hatékony és lehetőség szerint nullszaldós kórházi működés, felesleges kapacitások megszüntetése. Látva azonban, hogy a magyar egészségügy finanszírozása és kapacitásai az elmúlt húsz évben alig változtak, azt kell mondom, hogy minden, a finanszírozást és a struktúrát jobbító szándékkal megváltoztató kezdeményezést csak támogatni tudok. Druklok nekik, tennivaló van bőven. A kórházfinanszírozás rendszere lassan a fejünkre szakad. Egyetlen ilyen nagy rendszer sem tudja elviselni jelentős torzulá-

sok nélkül, ha elhanyagolják a karbantartását, ha 15 évig nem korrigálják a ráfordítási arányokat, vagyis az egyes HBCS-k költség-arányait, vagy nem fejlesztik a rendszer által igényelt ellenőrzések módszertanát, humánerőforrását és szervezeteit. De ez már nem az én asztalom.

– Korábban több érdekes cikke jelent meg a szaksajtóban, amelyek a kórház-finanszírozás diszfunkcióit és az ellenőrzési rendszer hiányosságait tárták fel, többek között angliai és amerikai kórháztervezési és finanszírozási ellenőrzési módszerekre utalva. Mit tart most a hazai egészségfinanszírozás legsürgőbb feladatának?

– A kórházi orvosok bérének jelentős emelését és ezzel egyidejűleg a paraszolvencia kriminalizálását. Ha egy adott ponttól kezdve évi 20-30 milliárdot fordítana az állam a kórházi orvosok bérének növelésére, és ugyanattól a naptól kezdve egyértelműen bűncselekménnyé nyilvánítaná számukra – tehát a nővérek számára nem – a borraváló elfogadását, a szakma egy viszonylag szűk elitjét leszámítva az orvostársadalom egésze jobban járna mind anyagi, mind pedig képzési-szakmai szempontból. A civil lakosságról nem is beszélve.

– Elégseges-e a GDP-hányados egészségfinanszírozásra költött pénz ma Magyarországon?

– A magyar egészségügyből nem szabad több pénzt kivonni. Magyarországon reálértéken 2006 óta egyre kevesebb állami pénz jut az egészségügyre. A „discóséges konvergencia-program” három év alatt a GDP 0,9 %-ával csökkentette a közfinanszírozásra fordított pénzeket. Katastrofa volt, ami azonban folytatódott. A pénzkivonás mértéke reálértékben mostanra meghaladta az 50 %-ot, a vizesgrádi négyek első helyéről néhány év alatt az utolsó helyre zuhantunk vissza. Ezért ma már hatékonyságjavításról, egészségügyi reformokról és hasonlókról beszélni jelentős részben demagógia. A döntő ma már nem a hatékonyságjavítás, hanem az, hogy ne vegyenek el több pénzt az egészségügytől. Hogy az ország újra visszakapaszkodjon oda, ahová gazdasági fejlettsége alapján tartoznia kellene az egészségügyi közfinanszírozás GDP-arányos hányadát tekintve. A gyöngye egészségügy értelmetlen pazarlás a nemzet emberi erőforrásaival, nem szabad tovább megengednünk. A szakmának hallatnia kell a hangját és jobban össze kell fognia saját és az ország jól felfogott érdekében. Aki halkan beszél, azt nem hallja meg a politika. A döntéseket pedig a politika hozza.

Zöldi Péter

Dr. Sásdi Antalt, a Péterfy Sándor Utcai Kórház főigazgatóját az új, megyékre leosztott finanszírozás rendszerről és az esetleges személyi átrendeződésekről kérdeztük.

A díjtételek emelése szükséges a gazdaságosan működéshez

– Teljesíthető lesz-e az a döntéshozói követelmény, amely a rendszer átalakításától azt várja, hogy megszűnik a kórházak adóssága? Sikeresen működhet-e a gyakorlatban a megyékre leosztott finanszírozás rendszer?

– Úgy vélem, hogy abban az esetben működhet sikeren a megyékre leosztott új finanszírozási rendszer, ha a megyékben olyan megegyezés születik, amelynek következtében javul a betegellátás minősége. A finanszírozási változások reményeink szerint érdemben hatnak majd a kórházak gazdálkodására – különösen a back office szolgáltatások költségeinek állami átvállalása révén. Ezekkel az átvállalt költségelemekkel biztosan tartható lesz a kiegyensúlyozott gazdálkodás, amennyiben párhuzamosan nem csökkentik a kórházak bevételi oldalát – tehát az OEP-finanszírozás nem lesz annyival kevesebb, mint amennyit a háttérszolgáltatások és az energetikai költségek átvállalásával nyer a kórház.

– Milyen rövid és hosszú távú következményei lehetnek az új elszámolási szisztémának? Az egyes kórházaknál kapacitásmegvonásra, létszámleépítésre, orvos- és nővérelvándorlás felgyorsulására gondolunk.

– Amennyiben ezeket a változásokat nem egy kórház szemszögéből vizsgáljuk, hanem az új szisztémára, mint a megyékben jelenlévő egészségügyi szolgáltatók közötti feladatmegosztás módosítására tekintünk, akkor megértjük, hogy ennek a folyamatnak nem feltétlenül kell létszámcsökkenéssel járnia. Köztudottan vannak olyan ellátási formák, amelyek jelenleg szinte lehetetlen személyi feltételek mellett működnek – egy-egy ellátási formára a kórházi menedzsmentek kizárólag másod-, harmadállásban tudnak orvost szerezni. Amennyiben a meglévő humán erőforrást egy adott egységen belül kellően csoportosítják, akkor úgy vélem, hogy az eredmény nem létszámcsökkentés lesz, sokkal inkább

egyfajta feladat racionalizáció, amely esetleges személyi átrendeződést jelenthet egy-egy nagyobb egységen belül.

ket megemelik. Amennyiben ez megtörténik, akkor egyértelműen gazdaságosan működtethetőek lesznek az intézmények.



Dr. Sásdi Antal

– Az átcsoportosítások révén remélhető-e az, hogy a megmaradó kapacitásokat a jövőben a valódi teljesítmény- és értékarányon finanszírozza az OEP?

– Nagyon reméljük, hogy egy idő után eljutunk odáig, hogy a most már lassan több, mint hat éve változatlan díjtétele-

A magam részéről a tervezett változásokkal kapcsolatban optimista vagyok, és erősen remélem, hogy a végeredmény mindenképpen a betegek érdekét szolgálja majd.

Radnai Anna

A megyei egészségügyi rendszer átalakításától azt várta, hogy a dunaújvárosi kórház önállóságának megtartása mellett fenntarthatóan, finanszírozhatóan és stabilan működjön tovább. Megvalósulhat-e az elképzelése, kérdeztük dr. Mészáros Lajost, a Szent Pantaleon Kórház főigazgatójával, aki a kórház speciális helyzetéről is szót ejtett.

Beolvadás helyett sikeres szakmai együttműködés Fejér megyében

– Dunaújvárosról tudni kell, hogy három megye és egyben három régió határán helyezkedik el, emiatt a kórház ellátási területének negyed része megyehatáron kívül esik. A másik jellemző, hogy a társkórházak 50-80 kilométerre találhatók. A kórház struktúrája, szakmai és humán erőforrás-összetétele a kisebb megyei kórházakkal van egy kategóriában, a veszélyes ipari környezet által megkövetelt sürgősségi ellátás és annak háttérszakmai jelen vannak a kórházban. Molnár Lajos minisztersége idején intézményünk éppen e földrajzi és szakmai tényezők miatt lett súlyponti kórház. Fejér megyében jelenleg mindössze két aktív fekvőbeteg ellátó kórház működik, a megyei kórház Székesfehérváron és a dunaújvárosi. Ebből a szempontból szerencsésnek mondható a megye, hiszen ez a struktúra ideálisnak tekinthető.

– Az ideális struktúra segítette a tárgyalásokat? Milyen eredményre jutott Fejérben a Megyei Egészségügyi Egyeztető Bizottság az első, immár lezárult szakaszban?

– Az egyeztetések már a hivatalos MEEB megalakulása előtt, január elején elkezdődtek, nem véletlenül, hiszen a megye most is, és a korábbi reform kapcsán is megpróbált egy kicsit az események élére állni. Emlékezzünk csak a korábbi, régiós határokat felülíró Fejér, Veszprém, Somogy megyei együttműködési tervekre. Az ideai tárgyalások elején az elképzelések most is kicsit messzebből indultak, mint ahová végül a megállapodás jutott. A cél az volt, hogy a megye ellátásának változatlan színvonalú biztosítása mellett mindkét nagy intézmény pénzügyileg is fenntartható maradjon. Először megvizsgáltuk a „B” típusú osztályok helyzetét, amelyekből megyénként legalább egy működése szükséges. Próbáltunk feltárni esetleges felesleges párhuzamosságokat. Felmerült a két kórház integrációjának a lehetősége is. Megvizsgáltuk Fejér lakosságának megyén kívüli elvándorlási szokásait, a betegirányítás azon lehetősége-

it, amelyek megyén belül tartanak az itt elérhető ellátásokat.

– Milyen változások lesznek a kórházi ellátásban, ha a megyei megállapodást elfogadja az egészségügyi irányítás? Maradtak-e azonos profilú kórházi osztályok, részlegek, miért volt fontos megtartani őket?

– Tekintve a két kórház földrajzi elhelyezkedését, a köztük lévő távolságot és a szakmai szempontokat, arra jutottunk, hogy minden „B” típusú szakmának Dunaújvárosban is meg kell maradnia, egyébként nem biztosítható Fejér megye keleti részén, valamint a megyén túlnyúló területeken a korrekt sürgősségi és tervezett ellátás. Járó- vagy egy napos ellátással redukált szakmák soradásnak indulnának, megszűnne a vonzerejük, az orvosutánpótlás, és ezzel ellehetetlenülne a korrekt sürgősségi ellátás háttere, ugyanakkor a betegek utaztatása, mentőszállítása pluszkiadásokat generálna. Dunaújváros ipari és közlekedési csomópont jellegét, valamint a többi kórház távolságát figyelembe véve ez igen kockázatos lenne. Véleményem szerint a két kórház integrációja is ugyan-

ezt idézte volna elő, úgyhogy a tárgyalásokon határozottan elleneztem ezt a lehetőséget. Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzata is kiállt a kórház önállóságának és struktúrájának megtartása mellett, így az integráció lekerült a napirendről.

– Vannak olyan szakmák, amelyekben Dunaújváros megyei szintű ellátást biztosíthat?

– A tárgyalások eredményeképpen három „B” típusú szakma kiemelt jelleget kapott Dunaújvárosban, mert szakmai mutatóik ezt tették indokolttá. Az infektológia, a szemészet és az urológia bizonyos részterületeken megyei feladatokat lát el a jövőben. Ugyanakkor azokat a progresszív ellátásokat, amelyeket a dunaújvárosi kórház nem tud nyújtani, elsősorban az invazív kardiológiára, onkológiára és érsebészetre gondolok, de van még néhány kisebb szubspecialitás is, Székesfehérvárra irányítjuk, hogy megyén belül tartsuk a beteget és az érte járó finanszírozást. A dunaújvárosi kórház megyén kívüli ellátásainak progresszív igényét is Székesfehérvár elégíti majd ki. Ugyanakkor például Fehérvár a dunaúj-



Tavaly október 7-én adták át ünnepélyesen az új műtői szárnyat

városi szemészetre irányítja a vitrektómiát igénylő eseteket a megyéből, mert ezt a típusú műtétet Fejér megyében, sőt, még a két szomszédos megyét is beleszámítva csak Dunaújvárosban végezzük.

– **Hogyan, milyen intézkedésekkel tudja az intézmény vezetése garantálni az elvárt nullszaldós működést?**

– Fejér megye lakosságszáma leosztott finanszírozása eddig elmaradt az országos átlagtól. Különösen igaz ez Dunaújvárosra, hiszen néhány éve az ellátási területéhez csatolt 27 ezer, Fejér megyén kívüli lakosra jutó TVK-emelést nem kapta meg annak idején. Az érintett települések egy kivételével megerősítették kórházunkhoz tartozási szándékukat, így az új számítás szerint velük is kalkulálhatunk. Számítunk továbbá néhány ellátási típus, mint például a sürgősségi, a gyermekellátás, az egynapos beavatkozások kikerülésére a TVK alól. Bízunk az alapdíj emelésében is. Természetesen nemcsak bevétel növekedésből, hanem belső racionalizálásból is próbáljuk a nullszaldós működést elérni. Felülvizsgáltuk humán erőforrás helyzetünket, egyes területeken létszámstopot vezettünk be. Áttekintettük és részben megszüntettük a nyugdíjas foglalkoztatást, felülvizsgáltuk a határozott idejű munkaszerződéseket. Elvégeztük az ösztönző- és a bérpótlék rendszer finomhangolását. Áttekintettük a vállalkozói és beszállítói szerződéseket, ahol mód nyílt rá, díjcsökkentést kezdeményeztünk. Újabb takarékosági intézkedéseket tettünk, az anyag-, a gyógyszer- és a diagnosztikai kereteket szigorítottuk, bár túl sok mozgástér itt már nem volt. A betegélelmezési és ápolási napok arányán ellenőrzésekkel javítottunk. Sikeresen csökkentettük a túlórák számát a munkaszervezési tartalékok feltárásával. Mindazonáltal elmondható, hogy a betegbiztonság és az ellátási színvonal megtartása mellett nagyon nehéz szigorítani az amúgy is szűkös források miatt. Néhány tervezett intézkedés beruházási igénnyel jár. Ilyen az energiaracionalizálás, melyet a jövőben pályázatok útján próbálunk megvalósítani. A másik, és legfontosabb lépés a két külső telephely megszüntetése. A TIOP 2.2.4-es pályázatunkkal új technológiai tömb valósult meg a központi telephelyen, ezzel a főépületben több szárny felszabadult. Ésszerű lehetőség, hogy ide költöztessük a jelenleg kiszervezett, külső szolgáltató által, külső telephelyen működtetett mozgásszervi rehabilitációs és ápolási részlegeinket.

– **Mekkora kinnlevőséget kellene konszolidálni a dunaújvárosi kórház esetében?**

– Lejárt számlatartozásunk jelenleg bő egyhavi finanszírozásunknak megfelelő,



Dr. Mészáros Lajos

450 millió forint körüli összeg. Éves szinten azonban több mint 800 millió hiánnyal vagyunk kénytelenek számolni. Ne felejtjük el, hogy a kórházak finanszírozásában évek óta nem volt inflációkövetés, és az amortizációs költségekre sincs fedezet. A hiányt az időszakos konszolidációs támogatás és a kasszamaradvány kiosztása csökkentette. Ha megvalósul a várt bevételnövekedés, akkor a már bevezetett belső intézkedések együttes hatására biztosíthatónak látszik a nullszaldós működés. De hangsúlyozottan a bevétel növekedés az, ami döntő e tekintetben, hiszen a belső tartalék erősen limitált.

– **Hogy állnak az új CT vásárlásának előkészületeivel?**

– Két év alatt 30 millió forintot sikerült összegyűjteni a területi önkormányzatoktól, a lakosságtól és a vállalkozásoktól, amit nagy eredménynek tartok és ezúton is megköszönök. A gyűjtés erősítette a lokálpatrióta hozzáállást, és a lakosság szemléletváltozása is megfigyelhető, hiszen most már mindenki kicsit jobban magáénak érzi a kórházat. Úgy terveztük, hogy az új CT beszerzését az összegyűjtött összegben felül használt fizetési konstrukcióval oldjuk meg, de időközben adódott egy lehetőség: a meglévő összegből a mohácsi kórháztól vásárolhatunk egy 6 éves, kiváló műszaki színvonalú és szakmailag is megfelelő készüléket. Új készülék beszerzésére pedig a jövőben vár-

hatóan pályázati lehetőség fog nyílni. A CT saját működtetése is hozzájárul majd pénzügyi stabilitásunkhoz, hiszen a jelenlegi, megöröklött kiszervezett működtetés lényegesen drágább.

– **Említette, hogy tavaly új központi technológia tömb létesült. A közel négymilliárd forintos beruházást október 7-én adták át ünnepélyesen. Mit jelent a kórház életében ez a fejlesztés?**

– A beruházás a város életében is meghatározó tényezőnek számít, és munkatársaimmal együtt rendkívül büszkék vagyunk rá. A fejlesztéssel sikerült centralizálni azokat a high-tech funkciókat, amelyek a legnagyobb humán- és tárgyi erőforrás igénytel rendelkeznek: a műtőket, az intenzív betegellátást, a központi sterilizálót és a radiológiát. Ezzel mind a szakemberek, mind pedig a berendezések hatékonyabban, szervezettebben működnek, növelve ezzel a betegbiztonságot, a komfortérzetet. A műszer- és informatikai beszerzésekkel pedig olyan beruházás valósult meg, ami már elengedhetetlen volt, és működési költségből nem lett volna rá fedezet. Mindazonáltal vannak költségnövekedési tényezők is, hiszen nőtt az alapterület, az energiafogyasztás, azonban a működési és telephely racionalizálás számításaink szerint kompenzálja majd ezeket.

Sándor Judit

Struktúraátalakítás ide vagy oda, szakkórházakra mindaddig szükség van, amíg olyan betegeket látnak el falaikon belül, akiknek gyógyulásához elengedhetetlen a kizárólag ott elérhető speciális szaktudás és környezet. Hogy mi a helyzet jelenleg Magyarországon a medicina egyik legfontosabb és legszebb szakterülete, a rehabilitáció terén, ezen belül is a nagy múltú visegrádi Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórházban, arról a főigazgatót, dr. Huszár Sándort kérdeztük.

A rehabilitáció értéke a szakkórházi ellátás tükrében

– Miért különösen fontos napjainkban a prevenció és a rehabilitáció?

– Az egészségügyi kutatások, az ellátórendszerek fejlesztése, illetve az ezekre fordított innováció eredményeként mind a jóléti társadalmakban, mind globálisan megnőtt a születéskor várható élettartam. Ezt az öröndes ténytet sajnos nem követte arányosan az egészségben eltöltött élettévek számának emelkedése. Mivel az egészségügyi költségek csaknem teljes összege, e két adat különbségéből adódó – betegségben, rokkantságban leélt – évek alatt realizálódik, a költségek csökkentésének lehetősége ezen évek számának csökkentése. Ez természetesen nem az elért vívmányok feladásával, azaz a várható életkor csökkentésével, hanem az egészségben eltöltött évek számának emelésével érhető el.

– Milyen eszközök szükségesek ahhoz, hogy a társadalmon – így az egészségügyön belül is elérjük ezt a célt?

– Míg a várható életkor növelése a gyógyítás és ápolás lévén valósul meg, addig az egészségben, funkcionális teljességben leélt évek növelésének eszköze a prevenció és a rehabilitáció. Mindezek alapján a jelenlegi egészségpolitikai program teljes joggal prioritizálja a következő periódusban a prevenciót és a rehabilitációt. Ezek hatékony műveléséhez az alapellátás és a népegészségügyi programok fejlesztése elengedhetetlen.

– Indokolt az a koncepció, mely szerint az egészségügyi szolgáltatást a járóbeteg-ellátás irányába kell tolni?

– Akceptálandó tény, hogy a gyógyításban bekövetkezett változások – a minimálinvazivitás, a definitív ellátás elterjedése a járóbeteg rendszerben – csökkentik az intézményi hotel-szolgáltatások iránti szükségletet. További költségcsökkentő tényező lehetne a króni-

kus ellátások lakóköznyezeti szinten történő menedzselése. Ennek a jelenben és a közeljövőben elsődleges akadálya a szakképzett humán erőforrás hiánya, másodszorban a jelenlegi otthoni szociális környezet is csekély mértékben felel meg biztonságos ellátás követelményeinek.

– Melyek lehetnek az előnyei egy rehabilitációs szakkórháznak a lakóköznyezeti rehabilitációs ellátással szemben?

– Az egy helyen koncentrálódó magasan képzett rehabilitációs szakembergárda és a komplex teamek adta lehetőségek egyértelműen hatékonyabban használhatóak ki egy szakkórház falain belül. Amint említettem, kevés a szakember – már csak emiatt is gazdaságosabb és hatékonyabb a klientset szakkórházba utalni a rehabilitációs program idejére, mint egy teamet létrehozni és szállítani. Ebben az ellátási formában több klientset szolgálhatunk ki egyszerre, míg a lakóköznyezeten – még ha meg is szervezzük a rehabilitációs csapat szállítását – rengeteg plusz pénzt és időt fecsérünk el

arra, hogy ugyanazt a hatékonyságot biztosítsuk. Más lenne, ha lehetőségünk volna minden településre vagy alapellátó mellé külön szakképzett rehabilitációs teamet biztosítani valamennyi rászorulónak, de hát nem kell taglalni, hogy ennek lehetőségétől milyen messze vagyunk. Az ambuláns ellátás túlzott térhódítása ellen többek között az szól, hogy a rehabilitációra szoruló klientset kormegoszlásában várható változások az időse populáció irányába mutatnak, az időse emberek pedig eleve kevésbé motiváltak és mobilisak. Ez azonban nem jelentheti azt, hogy nem kell kiszolgálni rehabilitációs igényeiket.

– Hogyan alakult ki a rehabilitáció területén a jelenlegi struktúra?

– A 2006–2008 között zajló egészségügyi reform idején az aktív kapacitások konvertálásával krónikus ellátásokká, az intézmények – finánciális presztízsiük őrizendő – rehabilitációs ellátó osztályok sorát nevesítették, mely eredményeként a szakmai kollégium szerint is a szükséges ka-

PÁLYAKÉP

Dr. Huszár Sándor Budapesten született, 1959-ben. 1984-ban végzett a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. 1988-ban sebészetből, 1994-ben mellkassebészetből szakvizsgázott. 1991-ben ultrahang-diagnosztikai, 1996-ban endoszkópos jártasságot, majd 2005-ben gasztroenterológiai szakképesítést nyert. 2011-ben a Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Intézetében szerzett másoddiplomát egészségügyi menedzser specialista szakon. 1984–1986 között az Esztergomi VT Egyesített Kórházai 2. sebészeti osztályán dolgozott, Dorogon, 1986–2006-ig a Károlyi Sándor Kórház sebészeti osztályán dolgozott, 2005-től a sebészeti endoszkópos ambulancia vezetője. 2006-tól a Fővárosi Önkormányzat Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház és Gyógyfürdő gasztroenterológiai rehabilitációs osztályán dolgozott, a járóbeteg ellátás vezetője, 2007-től orvosigazgatója. 2012 decemberétől a Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház főigazgatója. A Magyar Sebész Társaság, a Magyar Gasztroenterológiai Társaság, az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Magyarországi Társasága és a Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság tagja.

pacitásokat felülmúló, 15000 rehabilitációs ágy jött létre. Az orvosi rehabilitáció alapvető egységét, egyben minőségének indikátorát jelentő rehabilitációs szakmai team által támasztott szakember igény a fennálló képesített erőforrás hiányok miatt biztosíthatatlanná vált. Ennek eredményeként az új osztályok progresszivitási és finanszírozási besorolása a krónikus osztályokéval lett azonos.

– Hogyan lehetne a rehabilitáció irányában meglévő valós igényekhez igazítani az ellátást?

– A fentiek figyelembevételével a rehabilitáció szempontjából – a lakóközösségi hálózat megteremtéséig – célszerű a szükséges erőforrásokat centralizálni szakkórházak, egyetemi tanszékek, országos intézet formájában, ahol a rehabilitációra alkalmas stabil állapotú kliensek magas szakmai színvonalon elláthatóak. A korábban aktív fekvőbeteg-ellátást végző, járóbeteg-ellátási funkcióiban megerősített intézetek föléssé váló ágykapacitásuk egy részén a definitív ellátáson túl lévő, de fizikálisan instabil, vagy rehabilitációra alkalmatlan betegek krónikus ellátását végezhetnék, rendelkezve az urgens konzíliumok tekintetében a járóbeteg-ellátásban meglévő szakmai háttérrel.

– Mit jelent az, hogy "rehabilitációra alkalmas stabil állapotú kliens"?

– A sikeres és hatékony rehabilitáció fenti szakmai feltételein túl, mely a szakképzett, létszámukban teljes, összeszokott teamek meglétét jelentik, fontos szempont a kliensek rehabilitálhatóságának feltételrendszere. Ne szenvedjen a beteg olyan akut vagy krónikus betegségben, mely aktív ellátást igényel, azaz fizikálisan legyen stabil. A beteg terhelhetősége, mind szomatikus, mind mentális állapota tegye lehetővé a sikeres orvosi rehabilitációt. A beteg együttműködése alapkérdés. A kooperábilissá nem tehető beteg nem rehabilitálható!

– Szakkórházukban Európai Unió pilót program zajlik, ami az osteoporosisos törést szenvedett betegek rehabilitációjának korai és későbbi eredményeit összegzi és értékeli. Milyen egyéb haszna lehet ennek a nagyszabású programnak az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának növelésében?

– A Program vezetőjének, Bors Katalin főorvosnak az eredményeire támaszkodva,

jelenleg egy új kutatás keretében speciális szemszögből közelítjük meg a problémát. Egyrészt vizsgáljuk Magyarország teljes népessége, valamint a közép-magyarországi régió lakosságának körében a hatvan énnél többiek nominális és százalékos reprezen-



Dr. Huszár Sándor

tációjának változását a 2007. évi struktúra átalakítás óta eltelt időszakban, valamint azt, hogy ezen változások a szakkórházban ezen időszak alatt ellátott kliensek adataiban tükröződik-e. Másfelől az idős korban folytatott rehabilitáció hatásosságát mérjük, mind rövid, mind hosszú távon.

– Miért érzi szükségesnek ezt a hatásvizsgálatot és milyen következtetésekre jutott?

– A hazai egészségügyi és szociális ellátórendszer nagy kihívása az öregedő társadalom indukálta szükségletekre adható hatékony válasz. Ennek egyik lehetősége az aktív időskor elősegítése, az önálló és támogatott életvitel lehetővé tétele, az egészség önmenedzselése. 2000–2014 között hazánkban az időskori eltartottsági ráta 1/5-ről több mint ¼-re emelkedett, az öregedési index 85,5%-ról 121,5%-ra nőtt. Ezek a mutatók a korfa adatai szerint 2015-től kezdenek meredeken emelkedni. 65 év felett a kor előrehaladtával meredeken csökken a járóbeteg rendeléseken történő megjelenés és nő a kórházi esetek száma. A korosztály-specifikus, releváns vagy reális rehabilitációs cél meghatározása során megállapítható a heveny károsodást követő elsőbbségi rehabilitáció reális célja, mely már a népgazdasági és társadal-

mi teher csökkenését is biztosítja. Ez a cél a lakókörnyezeti, otthoni önellátás elérése. Másrészt releváns cél a társadalmi részvétel függetlenségének hosszú távú biztosítása, mely a kliens mentális és fizikális hanyatlása esetén programozott, ciklikus rekondicionálással támogatható. Ennek eszköztára a rehabilitáció eszköztárával egyezik meg, a terápiás ülések költsége megegyező, ám kívánalmak a korváltozó életanni jellemzők miatt speciális szaktudást igényelnek.

– A Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház híres arról, hogy rendelkezik valamennyi szakmai feltétellel – az orvosi rehabilitáció igazi európai színvonalon valósul meg falai között. Mit emelne ki példaként, ami ezen túl különleges az Önök intézményében?

– Bár Magyarországot méltán ismerik világszerte a termálvizek országának, klinikailag validált gyógyvizünk jóval kevesebb van. A Szent Kozma és Damján Rehabilitációs szakkórház a mozgásszervi károsodások rehabilitációja során nagy hatékonysággal használja fel a a Lepencei Gyógyforrás adta lehetőségeket. Mivel a Szakkórház elhelyezkedését tekintve a központi régióban található, így nem pályázhattunk sikerrel az elmúlt hét éves periódusban jelentős rehabilitációs fejlesztést biztosító uniós forrásra, de a szakkórház jelentőségét elismerve a fenn tartó tulajdonos – lehetőségeihez mérten – támogatást nyújtott. Ennek keretében biztosították a balneoterápiás egység teljes gépészetének és medenceterének felújítását. Ezáltal egyik fontos nemzeti kincsünk alkalmazásának megőrzését tették lehetővé az egészségügyi ellátórendszer számára. Megemlítenék még egy olyan kezdeményezést, amely a szakszerű rehabilitációs ellátáson túl működik kórházunkban. A szakterület része a tercier prevenció, mi azonban ezen túl is szerepet kívánunk vállalni a napjainkban különösen fontossá váló prevenció munkában. Létrehoztunk egy speciális egészségnevelési programot, amelyet nem csak a szakkórház keretein belül biztosítunk, hanem a térség lakosságának is elérhetővé tesszünk. Így próbálunk segítséget nyújtani az alapellátásban dolgozó kollégáknak abban, hogy pácienseiket minél nagyobb számban vonják be prevenció programokba.

Radnai Anna

Csaknem esztendeje annak, hogy az Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet együttműködés megállapodásának köszönhetően a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudomány Karának Oktatókórháza lett. Dr. Vályi-Nagy István négy szakvizsgás főigazgató egyetemi magántanárral, a Hematológiai és Össejt-transzplantációs Osztály aktív orvosával folytatott beszélgetésünkéből kiderült, úgy a pécsiek, mint a Semmelweis Egyetem is számít az egyesített kórház azon osztályaira, ahol speciális profiljuknak köszönhetően az országban egyedülálló tevékenységet folytatnak. Ilyen például a gyermek- és felnőtt hematológiai és össejt-transzplantációs, az infektológia, az onkológiai, az égés- és plasztikai sebészeti osztályon zajló gyógyító munka.

Bízunk a jövőbeli fejlesztési lehetőségekben

– 2012 decemberétől vagyok a sok helyen meglehetősen elavult, ugyanakkor egy-egy osztályon világszínvonalat is elérő intézmény élén. Belgyógyász, hematológus, onkológus végzettségemhez, érdeklődési körömhöz az összevont kórház egyes profiljai nagyon közel állnak. Miként azt már több helyütt elmondtam, szakmai munkát is végzek, és nagyon remélem, hosszabb távon az intézményben komoly fejlesztéseket hajthatunk végre.

– **Miért pont a nagyon sok gonddal küszködő, hatalmas területen elhelyezkedő intézmény irányítását vállalta el?**

– 2007-ben a Szent László Kórházat, valamint a Merényi Gusztáv Kórházat és egy rehabilitációs intézetet is magában foglaló Szent István Kórházat egyesítették. A hozzám közel álló egység, a hematológia- és össejt-transzplantációs központ is itt nyert teret, az ország legnagyobb ilyen profilú ellátóhelye lett. Korábban a fővárosban a nagyon érdekes és rendkívül fontos területtel csak a Szent László Kórházban és az Országos Gyógyintézeti Központban foglalkoztak. Az egyesítéssel nagyon sokféle, eltérő szakmai háttérű intézeteket vontak össze, például a Szent István kórház klasszikus értelemben vett közkórházként működött ugyan, de már akkor is kiemelkedő volt például a regionális centrumként is tevékenykedő égés- és plasztikai sebészeti, vagy a nőgyógyászati osztály. Ez utóbbiban a szakmai munka leginkább a nőgyógyászati onkológiai kezelésekre koncentrál, és átlagot meghaladó tevékenységet folytat.

– **Az Ön szívügye és kutatási területe a hematológia és az össejt-transzplantáció. Az átszervezéssel mit mivel egyesítetttek?**



Dr. Vályi-Nagy István

– Az Országos Gyógyintézeti Központban öt osztály működött, amihez a hatodik is csatlakozott, mígnem ezek összevonásából hatalmas kritikus tömeggé növekedve egyetlen hematológiai osztály született. Rendkívül jó színvonalú diagnosztikus laboratóriumokkal dolgozó, európai színvonalú, magas szakmai munkát végző centrummá lettünk.

– **Nagyon eltérő szakmákban dolgozókat, egymástól meglehetősen különböző méretű, profilú és tudású kórházakat kell irányítani.**

– A csaknem 500 ágyas Merényi Gusztáv Kórházzal igazságtalanul nagyon ritkán foglalkoznak, pedig az intézmény a Délpesti, illetve a Budapesthez közeli traumatológiai feladatokat napi 24 órában látja el, beleértve a súlyos sérültek ellátását. Az ott dolgozók hihetetlenül le vannak

terhelve. Kár lenne szépíteni, az ugyan-ezen a telephelyen lévő pszichiátriai és addiktológiai tevékenység is igen leromlott körülmények közt működik. Az ellen nem tudok mit tenni, hogy a kórház költségvetésében, akárcsak a Szent Lászlóban vagy a Szent Istvánban semmiféle nagyobb irányú fejlesztésre nincs forrás. Mit tehetünk? Leginkább kármentésre, bajelhárításra fordítjuk a kevéske pénzünket.

– **Sokat hallani a kórházak, egészségügyi intézmények eladósodásáról.**

– Örömmel mondom, hogy nálunk ez a kórház költségvetéséhez képest elenyésző arányú, a kórház szakmai portfóliója jelenleg lehetővé teszi a veszteséges manuális szakmák finanszírozását is. Igyekeztünk úgy gazdálkodni abból a kevésből, amink van, hogy ne költsünk többet, mint „ameddig a takarónk ér”... A Szent István Kórház

közvetlen szomszédságában működik a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet. A két gyógyító hely komolyan „összedolgozik”, egymásnak bizonyos szakmákban a „meghosszabbított keze”. Ami nálunk hiányzik az ott megtalálható és fordítva. Azután itt van a hatalmas traumatológia, az eléggé nagy forgalmú sebészet, tehát az ezek által okozott negatívumot nyilván kompenzálni kell. Az összejt-transzplantációnak közel kell lennie a fertőző kórházhoz, mert ott a komplikációk egy része a fertőző betegségek miatt adódik. A Szent László Kórházban jó helyen van ez az ellátás. Külön épületekben foglalkozunk a betegekkel. Különösen az allogén összejt-transzplantáció során nagyon erős az immunszuppresszív hatás, hiszen gyakori a fertőzés. Ezek közül olyat is elkapnak a betegek, amelyet az egészséges immunrendszerű ember nem. A diagnosztizáláshoz, a kezeléshez, a szövődménynek észrevételéhez óriási rutin szükségeltetik. Szeparált az épület, a főváros ehhez új részleget építtetett.

– A kórházvezetők azt várják, hogy végrehajtható olyan fővárosi kórházi koncepció születessen, amely az elkövetkező pár esztendőben nem választási ciklusokban gondolkodva rögzíti, hogy adott szakmák hova kerülhetnek.

– A már említett traumatológiai osztály sajnos nem lett hármas progresszivitású, ami azt jelenti, hogy a legmagasabb besorolást nem kapta meg ugyan, de ennek ellenére a kiváló szakembergárda ugyanazt a teljeskörű baleseti sebészeti ellátást végzi, mint a legmagasabb szintű progresszivitású intézmények. Itt külön CT is



A Szent István kórház főbejárata



A Szent László Kórház

működik, a technika, a diagnosztikai háttér és a szakemberek tudása megfelelő. Az más kérdés, hogy mennyivel jobb helyzetben lennénk, ha a különböző kórházak nem több telephelyen, hanem csak egyen működne.

– Ismerve az egészségügy büdzsáját és teherbírását, nem hiszem, hogy az indokolt korszerűsítésre egyhamar sor kerülhetne.

– Nekünk azonban nem szabad feladnunk a reményt. Ezen a téren első és legfontosabb feladatunk, hogy számítástechnikai rendszerünket, az informatikát megújítsuk. A 21. században élünk, ahol a korszerű informatika alapkövetelmény, csak hogy ez nálunk nagyon nem működik. Az egyes kórházak önálló, de elavult rendszerrel dolgoznak, amivel gyakorlatilag egymással csak részlegesen kommunikálhatnak. Reménykedem benne, hogy jut uniós pénz informatikai fejlesztésre a budapesti és Közép-magyarországi régióban. Az intenzív osztályok fejlesztése szintén nagyon fontos nekünk. A Szent László Kórházban onkológiai osztályt működtetünk. A hematológiai összejt-transzplantációs központ mellett rendkívül komoly fertőző osztályon egy beteg összekerülne egy más betegséggel küszködő klienssel, hát az igen csak problémás lenne...

– Milyen további gondokat kellene megoldaniuk a közeljövőben?

– Elengedhetetlen a telephelyek redukálása, és az, hogy közben fejlesszünk is, például hogy a Szent István Kórházban tömbkórházat építsünk. Szerencsére a beruházáshoz bőségesen van helyünk.

– A 19. és a 20. század elején emelt épületek valóban elavultak, és akkor még a víz-, a csatorna- és az elektromos hálózatról nem is beszéltünk.

– Ahogy már említettem, beruházásokra nincs keretünk. Nem csinálunk mást, mint lukakat tömökünk, vagyis, ha valami elromlik nagy nehezen kijavítjuk, de ez csak toldás-foldás, nem felújítás, valami új alkotása. Az egykor népszerű pavilonrendszerrel bizonyosodott hogy elavult, pénzfaló szisztéma. De nem is kellene mindent ledőzerolni. Tárgyaltam szakemberekkel, akik ezeket az épületeket is gazdaságossá tennék, rendkívül korszerű technikával.

– Mennyire érinti az Ön által vezetett intézményt az egészségügyi dolgozók nagyfokú elvándorlása?

– A szakembergárda ilyen-olyan vándorlása korábban is tapasztalható volt. Ki az országon belül kereste a helyét, ki a határokon kívül próbálkozott. Nálunk eddig ebből nem volt különösebb gond, olyan nem fordult elő, hogy az eltávozottak miatt a betegellátás biztonsága veszélybe került volna.

– Önt magabiztosság, tudatosság, optimizmus jellemzi.

– Már középtávon is optimista vagyok. Fő célunk, hogy minél egységesebb legyen a működésünk. Ez számunka egyszerre jelent technikai, technológiai, informatikai fejlődést és egységesebb szakmai működést. Próbálok becsülettel helyt állni itt. A 21. századi egységes intézményért küzdök, ahol majd széleskörű, magas szakmai színvonalú betegellátás történik.

Krasznai Éva

Március 24-én avatta fel új logisztikai központját az Euromedic cégcsoport. A fejlesztés részleteiről és céljairól Joseph Prielt, a cégcsoport elnökét kérdeztük.

Az egészségügy logisztikusai

– Elnök úr, mostanában sokan panaszkodnak a magyar egészségügyre. Önök miért fektettek az elmúlt hónapokban több mint egymilliárd forintot raktárbázisuk fejlesztésébe?

– Egy ilyen fejlesztés a jövőbe való befektetés. Az Euromedic mindig is hosszú távú játékos volt. Ha nem hinnénk a magyar egészségügyben, nem lennénk itt. Kereskedelmi tevékenységünk két évtizeddel ezelőtt indult, akkor még egy ilyen épületet raktárnak hívtak. Ez a fejlesztés arról szólt, hogy a raktárt logisztikai központtá alakítsuk.

– Mennyiben tér el a két fogalom egymástól?

– A raktárban polcokat adnak bérbe, ahol az ügyfelek elhelyezhetik a termékeiket. Egy logisztikai központ teljes körű szolgáltatást nyújt. A mi esetünkben ez azt jelenti, hogy a kórházi beszállítók számára komplett megoldást nyújtunk ahhoz, hogy gyógyszereik, szakmai anyagaik eljuthassanak a kórházakba. Logisztikai központunkat teljes mértékben felújítottuk, XXI. századi tárolási és hűtési technológiákat vezettünk be, a teljes tevékenységet lefedő informatikai rendszert fejlesztettük ki, és a munkafolyamatokat ergonomikussá tet-



Ilyen egy modern raktárbázis

tük, hogy munkatársaink még jobban érezzék magukat feladataik ellátása közben.

– Mire terjednek ki ezek a logisztikai megoldások?

– Bármire, amit ügyfeleink igényelnek. Egyre nagyobb az igény a gyógyszerek újracsomagolására, így ez a szolgáltatás is partnereink rendelkezésére fog állni hamarosan. Aki konszignációs raktárat szeretne nálunk tartani, vagy innen ellátni saját kórházi raktárait, megteheti. Aki multimodális logisztikai szolgáltatásokat szeretne, azt is tárt karokkal várjuk.

– Legyen szó bármilyen beszállítóról?

– Terveink szerint a 12.000 négyzetméteres logisztikai központ csupán felében lesznek saját termékeink. A másik felében a magyar egészségügybe beszállító cégeknek nyújtunk minél szélesebb logisztikai szolgáltatást. Már ma is több ilyen ügyfelünk van, de van még szabad kapacitásunk...

– Milyen fejlesztéseket valósítottak meg?

– Összességében egy XXI. századi, korszerű, biztonságos és a speciális tárolási igényeknek is megfelelő raktárbázis jött létre. 9000 négyzetméteren gyógyszerkészítmények tárolására alkalmas terület található, 440 négyzetméteren pedig



Joseph Priel

speciális tárolást, hűtést igénylő gyógyszerkészítmények raktározására van lehetőség. A tároláson kívül teljes körű szállítási és gyógyszeresomagolási tevékenységeket is ellátunk, és olyan egyedi, az OGYÉI által is elfogadott IT-infrastruktúrát fejlesztettünk ki, ami lehetővé teszi azt, hogy minden ügyfelünknek maximálisan testre szabott szolgáltatást nyújtsunk. Így a magyar egészségügy raktárából a magyar egészségügy logisztikusává váltunk.

– Mennyire igényli ezt az egészségügyi egészségipari környezet?

– A modern logisztikai szemlélet, a legfrissebb informatikai fejlesztések alkalmazása, a 31 darab zárt felépítésű, szigetelt, hűthető és fűthető, hőmérséklet-regisztrálóval ellátott gépkocsi mind-mind azt szolgálják, hogy a magyar egészségügy ellátása hatékonyabbá váljon. Budapesti

partnereinknek naponta kétszer szállítunk ki megrendeléseket, az életmentő készítményeket 4 órán belül juttatjuk le kórházainkhoz, az ország többi pontjára jellemzően naponta mennek gépjárműveink.

– Sokan panaszkodnak azzal kapcsolatban, hogy a kórházak nem fizetnek a beszállítóknak. Önöket ez nem zavarja?

– A végén mindenki fizet. Igen, valós probléma a kórházak késedelmes fizetése, de az elmúlt két évtizedben mi mindig megkaptuk számláink ellenértékét. Most sem lesz ez másképp. Aki az egészségügy világában vállalkozik, tudja, hogy a kórházakkal való együtt-



működésnek vannak előnyei és kockázatai. Az Euromedic tevékenységének lényege a kórházak kiszolgálása. Mi ahhoz értünk igazán, hogy professzionális legyen ez az együttműködés. Ennek valóban vannak finanszírozási elemei, de én sokkal fontosabbnak tartom a felelősséget. A mi felelősségünk az, hogy a magyar kórházakban mindig legyen gyógyszer. Ezért még sose állítottuk le a szállítást. Más kérdés, hogy

sokat dolgozunk a kintlévőségek szinten tartásáért, a tartozások kifizetéséért. Mi választottuk ezt az iparágat. A magyar egészségügyet kiszolgálva és támogatva szeretnénk is hosszú ideig benne létezni.

Zöldi Péter

A laborlelet megszületése egy háromlépcsős folyamat terméke. Beteg (általában vérvétel) – laborvizsgálat – eredmény. Első ránézésre ennél nem is lehetne egyszerűbb és áttekinthetőbb az eljárás. A napi tapasztalat szerint azonban nem ennyire rózsás a helyzet, ugyanis van, amikor az eredmény félrevezető. Pontosabban nem azt mutatja, ami a valóság, magyarul téves. Ez ráadásul nem is ritka. Becslések szerint a vizsgálatok 0,3-0,5%-a hibás – ez csak Magyarországon 150 millió laborvizsgálatra vonatkoztatva közel 500 ezer rossz eredményt jelent, amit a klinikusok a diagnózis felállításához, a terápia beállításához használnak fel. A rossz adatok alapján pedig csak rossz klinikai döntést lehet hozni.

Mintacsere: amikor használhatatlan a lelet

A háromfázisú labordiagnosztikai folyamatban hibát mind a három fázis során el lehet követni. El is követnek.

Objektív felmérések igazolják (és nemcsak laboratóriumi szakemberként sugallják a jelen cikk szerzői), hogy a hibák töredéke, kevesebb, mint 10%-a következik be az analitikai szakaszban, ami a laboratórium illetékességi területéhez tartozik [1]. A leggyakrabban (az esetek 70-80%-ában) már abban a szakaszban „gondoskodnak” róla, hogy a kapott laborlelet használhatatlan legyen, amikor a beteg mintája még a labor közelében sem járt – azaz a preanalitika során. [2] Ezek a hibák igen sokrétűek és változatosak lehetnek: figyelembe nem vett biológiai, élettani tényezők éppúgy okozhatják [3], mint emberi mulasztás. Utóbbi legsúlyosabb – és leginkább nyilvánvaló – formája a mintacsere, amikor a laborba került minta nem ahhoz a beteghez tartozik, akitől a vizsgálatot eredetileg kérték.

Az alábbi összeállítás a preanalitikai mintacsere jelentőségével, gyakoriságával, következményeivel foglalkozik, illetve javaslatokat ad a probléma csökkentésére. (Megjegyzés: a preanalitikában az előíró jogszabályokat az 51/2013. (VII. 15.) EMMI rendelet részletezi.)

Mennyire gyakori a mintacsere?

A válasz: nem tudjuk pontosan. A dolog természetéből adódik, hogy az esetek jelentős része felderítetlen marad. A mintacsere pontos kizárására (igazolására) a minta genetikai vizsgálata alkalmas. Ezt rutinszerűen természetesen sehol sem végzik, viszont baj esetén (pl. laborvizsgálathoz kötődő súlyos szövőd-mény) kivizsgálásához az eredeti minta elengedhetetlen (ezért, illetve a pótrendelések lehetősége miatt a laboratóriumoknak javasolt a vizsgálat elvégzése után két napig tárolni a mintát). A napi rutinvizsgálat során az alábbiak esetén kell gondoljanak a laboratóriumi dolgozók mintacserére:

- A csövön szereplő azonosítók valamelyike eltér a rendelésen szereplő beteg-azonosítótól.
- Nem a vizsgálati kérésnek megfelelő csőben érkezik a vérminta.
- Nincs azonosító a csövön (a mellékelt papír nem elfogadható).
- A kapott eredmények markánsan eltérnek a beteg korábbi eredményeitől (pl. vércsoportváltozás, markánsan kóros eredmények hirtelen normálisak lesznek).

A mintacsere gyakoriságát számos vizsgálat próbálta becsülni. A legtöbb adat a vércsoport-meghatározásokra vonatkozott. Az USA-ban 1996 és 2003 között végzett felmérés szerint 100 ezer transzfúzióból egy esetben betegazonosítási problémák miatt vércsoportidegen készítmény beadására került sor – azaz az ország területén minden nap előfordul ez a műhiba. A minták összeszerelése miatt 1,5 millió transzfúzióból

egy halállal végződött [4]. A probléma továbbra is jelen van, még a modern informatikai rendszerek korában is [5]. 2011-ben Montrealban azokat az eseteket vizsgálták ki, amikor a labor a vércsoport-meghatározásra küldött mintákat azonosítási vagy mérés-technikai aggályok miatt elutasította. Ezek közel 40%-ában mintacserét valószínűsítettek. A mintacserék mintegy 50%-áért az orvos vagy a vérvételt végző volt a felelős [6].

A vércsoport-meghatározás esetében különös gondossággal kell eljárjon a személyzet (Magyarországon például külön biztonsági lépéseket iktattak be, pl. kiegészítő betegágy mellett vércsoport-meghatározás). Ezért a vércsoport-meghatározás kapcsán a mintacserék gyakorisága jóval alatta marad a kevésbé szigorúan ellenőrzött egyéb laboratóriumi vizsgálatokénak. Egy, a modern informatikai rendszerek bevezetése előtti időszakban, mintegy húsz évvel ezelőtt, 712 kórház részvételével végzett amerikai felmérés szerint akár a minták akár 7,3%-ánál is fennállhat a mintacsere gyanúja (átlagosan 1% körüli a gyakoriság.) A kockázat a kisebb intézmények esetében, illetve bizonyos osztályokon (újszülöttsztyál, intenzív terápiás részleg) különösen nagy lehet [7].

Mi a mintacsere következménye?

Betegtől, vizsgálattól, eredménytől függ a következmény.

Néhány példa potenciális klinikai hatásokra:

- Halál. Ennek a kockázata vércsoporttívesztés esetén áll fenn. Inkompatibilis vér beadása súlyos hemolízissel, akár halállal is jár.
 - Téves diagnózis, emiatt inadekvát beavatkozás.
 - Késik a pontos diagnózis és így a kezelés.
 - Nem megfelelő gyógyszerelés.
- Az Egyesült Államokban becslések szerint évente 160 ezer adverz esemény írható a mintacsere „számlájára” [8]. Egy amerikai vizsgálat során perinatális intenzív osztályokat kérdeztek meg. Az önbevallásos adatok szerint mintacsere az esetek 2%-ában súlyos, 25%-ában mérsékelt súlyos következményekkel járt [9].
- Van egyáltalán nincs klinikai következménye (két, a vizsgált paraméter tekintetében hasonló beteg mintáját cserélték fel. Szerencsére ez az esetek háromnegyed részében így van. Összességében és globálisan a rosszul azonosított minta kapcsán kapott eredmények az esetek 74%-ában nem befolyásolják a kezelést, a betegek 19%-ánál további felesleges vizsgálatokat indikál, és „csupán” a betegek 6-7%-ánál vezet a terápia nem megfelelő módosításához vagy helytelen ellátáshoz [10].

Potenciális jogi következmények:

- Büntetőjogi eljárás (foglalkozás körében való veszélyeztetés).
- Polgári peres eljárás, műhibaper.

Potenciális anyagi következmények:

- Leggyakoribb: gyanú esetén ismételt vizsgálatok. Ezek végzése pénzbe, időbe kerül, a személyzetre és a betegre egyaránt plusz terhet ró.
 - Nem megfelelő ellátás, hosszabb kórházi tartózkodás.
- Egy amerikai felmérés szerint egy 650 ágas kórházban évente 1,2 millió dollárba kerül a mintacsere [11]. Nálunk nincsenek becslések.
- Potenciálisan: perek kapcsán megítélt összegek.

Egyáltalán hogy fordulhat elő?

A vérvétel kapcsán az alábbi feladatokat látja el a vérvető szakember:

1. Feladják a számítógépes rendszerben/megírják a rendelést.
2. A vérvető kapcsolatba lép a beteggel, azonosítja (megkérdezi, hogy hívják).
3. A rendelés alapján kiválasztja a megfelelő csövet.
4. Ezt ellátja a beteg azonosítókkal és beolvastatja a csövön levő vonalkódot a rendszerbe.
5. A csőbe leveszi a vért, ez kerül a laborba.

A preanalitikai fázisban elkövethető négy leggyakoribb mintacserevel járó hiba:

1. Rosszul viszik be a beteg adatait a laboratóriumi informatikai rendszerbe.
2. Rossz betegtől jó csőbe veszik le a mintát.
3. A megfelelő betegtől rossz csőbe veszik le a mintát.
4. Rosszul látják el azonosítóval a mintát.
5. A mintáról elvesz az azonosító.

Mit lehet tenni ellene?

A jó hír: a mintacserék jelentős hányadára (egyes felmérések szerint 85%-ára) valószínűleg a mérési eredmény kiadása előtt fény derül [2]. Egy nagy felmérés szerint a mintazonosítással kapcsolatos problémák az esetek harmadában (1,52%-ból 0,47%-ban) álltak a minták visszautasításának és ismételt minták kérésének a hátterében [12,13]. A rossz hír: 15%-át nem detektáljuk.

A mintacsere megelőzhető. A megelőzéshez viszont nem szabad elfelejteni: a preanalitikai fázisban bekövetkező a mintacsere nem egy részleg (a labor), hanem az egész intézet (az osztályok) problémája is. Ezért a megoldáshoz is intézeti szinten kell intézkedni. Ehhez az első lépés a probléma dokumentálása, azaz jegyzőkönyv készítése. Nem elég, hogy a laboratóriumi adminisztrátor felhívja a nővért, hogy új vért vegyenek, vagy írja át a csövön a nevet. A nem dokumentált hiba nem létezik, ezért megelőzni sem lehet. A jegyzőkönyvet a vérvételi hely

HOGYAN NÉZZEN KI EGY AZONOSÍTÓ KARSZALAG?

Az ausztrál Australian Commission for Safety and Quality in Health Care bizottság ajánlásának az összegzése [15]

Javasolt:

- A karszalag fehér színű legyen, rajta fekete betűk szerepeljenek.
- Vörös színt kizárólag akkor használjanak, ha valamilyen ismert allergiára kívánják felhívni a figyelmet. Más színt soha ne használjanak. A vörös színű szalagon NE kerüljön feltüntetésre az ok – az a beteg kórlapjában szerepeljen.
- Egy betegen egy szalag legyen.
- A karszalag mérete akkor legyen, hogy elhízott / limfödémás beteg is tudja kényelmesen viselni, ne zavarja az ellátást (infúziókat), de ne essen le.
- A karszalag széle ne legyen éles, ne dörzsölje ki a bőrt.
- Nem szabad a bőrre tapasztani.
- Anyaga legyen rugalmas, vízálló, légáteresztő, nem allergizáló és tisztítható.
- NE ESSEN LE a betegről

Karszalagon szereplő adatok:

- A felirat legyen könnyen olvasható. Víz, szappan stb. hatására ne mosódjon el.
- Lehetőleg a felirat készítéséhez ne legyen szükség speciális tollra.
- UGYANAZ legyen az információ struktúrája az egész intézetben
- A karszalagon lehetőleg előre nyomtatott formátum adja meg az adatok helyét
- Alap információk: VEZETÉK és Keresztnév, Születési hely és idő, kórlapszám

(gyakran az osztály) vezetőjének kell odaadni. Ő az, aki az adott osztály szakmai irányításáért felelős. Vele együtt kell kidolgozni azokat a lépéseket, amelyek mellett kisebb a kockázat. (Megjegyzés: már maga a jegyzőkönyv felvétele és átadása is nagyobb odafigyeléssel jár. Saját tapasztalat alapján a mintacsere gyanúját felvető esetek gyakorisága a dokumentáció bevezetése után ötödére esett vissza.)

Hasznos lépések:

1. Betegazonosítás. Vérvétel előtt a vérvető (szaknyelven: flebotómus) ellenőrizze, hogy a vizsgálatkérés attól a betegtől történt-e, akitől vért fog venni. Ehhez rá kell kérdezzen a beteg nevére, születési idejére. Ezek az adatok szerepeljenek a csövön is. [14]
2. A kórházba felvett beteget el kell látni azonosító karszalaggal. A flebotómus ebben az esetben a karszalag adatait használja. Az azonosító karszalagot standardizálni kell. Erre példát mutat a mellékelt táblázat [15]
3. Ügyeljenek a címenyomtatásra és annak csőre való ráragasztásával. Nagy a veszélye annak, hogy tévesen rossz címkét ragasztanak a csőre – ennek különösen olyan nagy forgalmú rendelőkben nagy a kockázata, ahol párhuzamosan történik a vérvétel
4. Ellenőrizze a csövön szereplő adatokat. Optimális a három független azonosító (beteg neve, születési ideje, TAJ-száma). Elektronikus rendelés esetén a TAJ-számot a csövön levő vonalkód is helyettesítheti.
5. Az azonosítást mindig ugyanaz a személy végezze, aki a vért veszi.
6. SOHA ne legyen két beteg egyszerre a vérvételi helységben. Egy flebotómus egyszerre egy beteggel foglalkozzon.
7. Speciális vérvételi csövek (pl. újszülöttek esetében mikrocövek, kapillárisok) esetén speciális azonosítási technikát kell kidolgozni. A standard címkék nem feltétlenül ragaszthatók ezekre, vagy leesnek.
8. Vérvételre csak a fenti 1-6. lépés után kerüljön sor.

Még három jó tanács:

9. A mintaazonosítással kapcsolatos eljárásrendet rendszeresen ismertessék a flebotómusokkal. A sok helyen extrém rotáció miatt nagyobb a kockázata annak, hogy az új munkatársak tévesztenek.
10. A laboratóriumban a mintakezelésért felelős munkatárs és/vagy az adminisztrátor rendszeresen személyesen keresse fel a külső beküldőket (osztályokat). A személyes kapcsolat igen sokat segít.

11. Törekedjenek az automatizálásra (Spanyolországban a háziorvosi laborrendelés elektronikussá tételével érték el a mintaazonosítási problémák számának drasztikus csökkenését [12]). Ez több ponton is segíti a laborvizsgálatot:
 - a. Kórházi laborinformatikai rendszert (LIS) használva nemcsak a beteg adatait nem kell kézzel ráírni a nyomtatható címkékre, de a kész eredmény is automatikusan visszaküldésre kerül az adatbázisba. A LIS segít a laborban a munkalisták meghatározásában; látni lehet, ha valamelyik beteg mintája a rendelésfeladás ellenére nem érkezett meg a laborba.
 - b. Vonalkódos csövek használata [13]. A vonalkód révén a beteg jelenlétében a rendszerbe beolvasztott csövet az adminisztrátor saját vonalkód-leolvasó álmódon ellenőrzi, illetve a rendszerre kapcsolt automaták ismételt azonosítják. Kiemelten ajánlottak azok a vérvételi csövek, melyek mindegyike egyedi vonalkóddal van ellátva. A rendelés feladásakor a csövön levő vonalkódot beolvasztják a rendszerbe és ehhez társítják a beteg adatait.

Összegzés

Létező jelenség, hogy a laboratóriumi vizsgálatokra érkező minták nem az adott betegtől származnak. A mintacserehez vezető hibákat intézeti szinten kell feltárni, elemezni, megelőzésükre intézkedéseket hozni. A hibák kiküszöbölése a beteg és az egészségügyi személyzet közös érdeke. Lényegi befektetés nélkül javítja az ellátás színvonalát, védelmet ad az egészségügyi személyzetnek, ráadásul pénzt takarít meg.

Irodalomjegyzék

1. Hammerling JA: A review of medical errors in laboratory diagnostics and where we are today. *Labmedicine* 2012; 43: 41-44
2. Lippi G, Blanckaert N, Bonini P, Green S, Kitchen S, Palicka V, Vassault AJ, Mattiuzzi C, Plebani M: Causes, consequences, detection, and prevention of identification errors in laboratory diagnostics. *Clin Chem Lab Med*. 2009;47:143-53.
3. http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/a_haziorvosi_gyakorlat_szamara_fontos_laboratoriumi_preanalitikai_tenyezok
4. Stainsby D, Russell J, Cohen H, Lilleyman J. Reducing adverse events in blood transfusion. *Br J Haematol* 2005; 131:8-12.

5. Lippi G, Plebani M. Identification errors in the blood transfusion laboratory: a still relevant issue for patient safety. *Transfus Apher Sci*. 2011;44:231-3.
6. <http://www.shotuk.org/wp-content/uploads/SHOT-Update-from-the-2012-report-Dr-Paula-Bolton-Maggs.pdf>
7. Renner SW, Howanitz PJ, Bachner P. Wristband identification errors reporting in 712 hospitals: a College of American Pathologists Q-Probe study of quality issues in transfusion practice. *Arch Pathol Lab Med* 1993; 117:573-7.
8. College of American Pathologists, Valenstein PN, Raab SS, Walsh MK. Identification errors involving clinical laboratories: a College of American Pathologists QProbes study of patient and specimen identification errors at 120 institutions. *Arch Pathol Lab Med* 2006; 130:1106-13.
9. Suresh G, Horbar JD, Plsek P, Gray J, Edwards WH, Shiono PH, et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics* 2004;113:1609-18.
10. Plebani M, Carraro P. Mistakes in a stat laboratory: types and frequency. *Clin Chem* 1997;43:1348-51.
11. <http://www.mlo-online.com/articles/201405/pre-analytical-errors-their-impact-and-how-to-minimize-them.php>
12. Chawla R, Goswami B, Tayal D, Mallika V: Identification of the types of preanalytical errors in the clinical chemistry laboratory: 1-year study at G.B. Pant hospital. *Labmedicine* 2010; 41: 89-92
13. Salinas MI, López-Garrigós M, Lillo R, Gutiérrez M, Lugo J, Leiva-Salinas C. Patient identification errors: the detective in the laboratory. *Clin Biochem*. 2013;46:1767-9.
14. Snyder SRI, Favoretto AM, Derzon JH, Christenson RH, Kahn SE, Shaw CS, Baetz RA, Mass D, Fantz CR, Raab SS, Tanasijevic MJ, Liebow EB. Effectiveness of barcoding for reducing patient specimen and laboratory testing identification errors: a Laboratory Medicine Best Practices systematic review and meta-analysis. *Clin Biochem*. 2012:988-98.
15. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Specifications for a Standard Patient Identification Band 2008; Elérhető: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/02/Specs-PatID-Band.pdf>

**Vásárhelyi Barna,
Debreczeni Lóránd,
Fekete Máttyás**

Az elmúlt évek kórházi fejlesztései során egyre több STERIS márkájú berendezés került beszerzésre. Ennek okáról és a további lehetőségekről feltett kérdéseinkre válaszolt Nagy Attila, a Premier G. Med Kft. termékigazgatója.

STERIS: Innovatív műtő, steril technológia

– Az előző évben készített riportunk óta sok közbeszerzési eljárás sikeresen lezárult, vagy szállítási szakaszban van. Mik a tapasztalatai, sikerült teljesíteni az elvárásokat, melyeket STERIS termékeivel szemben támasztottak?

– Szerencsére erre a kérdésre egy egyszerű „igen”-nel is válaszolhatnék, de inkább megragadom az alkalmat, és részletesebben is beszámolok a STERIS gyár és a technológiák jelentős magyarországi sikereiről. A kezdeti időszakban, amihez a tavalyi év is tartozott, meghatározott stratégia szerint haladtunk előre. Abban az időszakban népszerűsített alacsony hőmérsékletű sterilizáló rendszerünk, a V-pro maX minden elvárást felülmúlva teljesítette a szakmai elvárásokat. Mára olyan jelentős referenciákkal rendelkezünk mint a Semmelweis Egyetem, a Pécsi és Szegedi Tudományegyetem, a miskolci megyei kórház, a soproni Erzsébet Kórház, a székesfehérvári megyei kórház. De a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet és a Debreceni Egyetem Klinikai Központja is jelentős tapasztalatokat szerzett technológiánk megbízható működésével kapcsolatban. Kihasználhatóságban és üzembiztonságban minden elváráson felül teljesítettek a berendezések. Ezt több ezer lefuttatott ciklussal a hátuk mögött magabiztosan kijelenthetem. És a technológiában rejlő lehetőségeknek ezzel még koránt sincs vége.

– Milyen lehetőségekre gondol?

– Szerencsére éppen időben a STERIS piacra dobta a nagyméretű 136 liter kapacitású V-pro maX kistestvérét, a 60 literes kapacitású V-pro 60 alacsony hőmérsékletű sterilizálóját. Az új berendezés természetesen szintén a szabadalmaztatott VHP-technológiát használja, mely egy teljesen száraz eljárás, sterilizáló közegként légnemű hidrogén-peroxid gázt használ. Tulajdonképpen ennek az innovatív technológiának köszönhető a kimagasló ciklusbiztonság, a jól kihasználható kapacitás, és így a kedvező üzemeltetési körülmények, melyeket a referenciakórházak már érzékelnek. De nem csak ebben hasonlít a két berendezés egymásra. Azonos ciklusokkal rendelkeznek, és ugyanazokkal a fogóanyagokkal működnek, így még gazda-



Nagy Attila

ságosabbá tudjuk tenni az üzemeltetést, a ciklusköltségek egyre kedvezőbbek.

– Úgy hangzik, nem is csak egy berendezésről van most már szó, hanem inkább egy termékcsaládról. Miért volt szükség a termékpaletta kiszélesítésére, éppen egy kisebb berendezéssel, mikor a sterilizálási igények inkább növekednek?

– A nagyobb, 1000-1500 ágyas intézmények növekvő elvárásaira sikeres válasz volt a V-pro maX, mely közel 50%-os kapacitásnövekedést jelentett a korábban ismert technológiákhoz képest. Ezzel viszont egy olyan berendezést hoztunk létre, mely túlzott kapacitást jelentene a kisebb intézmények számára. Néha a 136 liter egyszerűen sok. Ezért volt szükség a kisebb méretű berendezés kifejlesztésére. A növekvő igények viszont valóban minden intézményben jelentkeznek, ágyszámtól függetlenül, ezért a mércét itt is igen magasra tette a STERIS. A V-pro 60 sterilizáló, nevében is utal a 60 literes hasznos kamrapacitásra, amely 100%-os növekedést jelent a korábban ismert technológiákkal szemben. Ez szerintünk egy olyan előny és lehetőség, amit tényleg nem érdemes figyelmen kívül hagyni. Emellett megtartotta azokat az előnyöket, amiket a kisebb méret magában hordoz. Ide tartozik, a mobilitás, az egyszerű telepítés, vagy az asztali kivitelű berendezés elérhetősége.

– Tehát ha jól értem az új termék egy piackutatás eredményére adott válasz.

– Magyarországon sok olyan intézmény van, ahol az elmúlt 10-15 évben nem volt lehetőség átfogó felújításra és eszközbeszerzésre a központi sterilizálók gépparkját illetően. Felismerték viszont a változó sterilizálási igényeket, megismerték a lehetőségeket, megoldásként pedig a nagy átalakítás helyett egy könnyen beüzemelhető mobil berendezés mellett döntöttek. Ezeknek a gépeknek jelentős része már közelít életciklusának végéhez, így azokban az intézményekben, ahol az alacsony hőmérsékletű sterilizálás a mindennapok része, új berendezés beszerzésére lehet szükség. A V-pro 60 olyan alternatívát nyújt, ami mellett nem lehet csak úgy elmenni. A 60 literes kamra nem csak kiváltja, de olyan jelentős mértékben meg is növeli a sterilizálható eszközök mennyiségét, hogy a cserével jelentős fejlesztést hajt végre az intézmény. Ez a berendezés minden kétséget kizáróan sikeresen fogja kiszolgálni a növekvő igényeket az elkövetkező 8-10 évben az érintett intézményekben.

– A STERIS láthatóan törekszik portfóliója szélesítésére. Mit nyújt még az egészségügy számára a gyártó?

– A teljes portfólió kialakítása már több mint 20 éve zajlik a gyártónál. Ennek érdekében jelentős lépéseket tett, olyan felvásárlásokkal és fejlesztésekkel melyek eredménye egy valóban globális portfólió lett. Ezt két jól elkülöníthető termékcsoport mentén lehet a leginkább szemléltetni. Az egyik a már érintett kórház higiénia, valamint a műtő technológia. A központi sterilizálókban a berendezések és termékek igen széles palettája van



V-pro 60 [60 liter], V-pro maX [136 liter]



STERIS műtő megoldások

használatban, a hatékony működés fenntartása érdekében. Teljes vegyszercsaládok alkalmazására van szükség a kézi és gépi mosási fázisok elvégzéséhez. A STERIS olyan vegyszerportfólióval rendelkezik, amely minden igényt kielégít, egyaránt használható manuális vagy automatizált tisztítási folyamatokhoz, és környezetbarát technológiát nyújt. Rendelkezünk mosó, fertőtlenítő berendezésekkel, melyek teljesítik a legmodernebb elvárásokat is alkalmazkodva az intézmények rohanó tempójához. Csak, hogy egy példát mutassak, van olyan mosogatógépünk, amelyik akár 30 perc alatt lefuttat egy teljes ciklust a szárítási fázissal együtt. Rendelkezünk természetesen autoklávokkal is, melyek szintén a modern elvárásoknak megfelelően lettek kialakítva, valamint egy teljes indikátorcsaláddal, hogy a ciklusok ellenőrzése se jelentsen problémát. A felsorolást még folytathatnám, de valójában az a fontos, hogy minden termékünk és minden fejlesztésünk egyetlen célt szolgál, olyan globális portfólió létrehozását, mely maradéktalanul teljesít minden felmerülő igényt.

– Említette a műtőtechnológiákat is. Ott milyen célt fogalmazott meg a gyártó?

– A globális portfólió köré épülő küldet tudat azonos. A műtő technológiák területén a nagy múltú AMSCO gyár felhalmozott tudásából építkeznek a STERIS, és saját termékeket fejleszt, amiket saját franciaországi üzemében gyárt. Olyan innovatív elképzeléseiken túl, mint a motorizált mobil-tönkös műtőasztalok kifejlesztése, minden igényt kielégítő termékportfólióval rendelkezik. Teljes a műtőasztal-paletta, a legegyszerűbb mechanikus asztaltól, egészen az akár 500 kg-os terhelés mellett is használható csúscategóriás berendezésekig. Saját fejlesztésű LED-es műtőlámpáink vannak, melyek moduláris felépítésük miatt, nem csak szinte végtelen variációt eredményeznek, de üzemeltetés szempontjából is nagyon előnyösek. A portfólió magában foglal menynyezeti rögzítésű statív rendszereket, sebé-

zeti és aneszteziológiai felhasználásra, de akár az intenzív osztályokon használt berendezések optimális elhelyezését is könnyedén megoldhatjuk a kiegészítők széles palettájának köszönhetően. És ha már minden berendezésünk megvan a műtőhöz, jelentős lépés lehet az integrációs rendszer telepítése, ami összehangolja a különböző alkalmazásokat, és nagymértékben megkönnyítheti a mindennapi munkát.

– Az látszik, hogy a kórházi higiénia területén sikeres volt az elmúlt év, de hogyan alakult a műtőfelszerelések piaca?

– A műtők kapcsán is csak pozitívan tudok nyilatkozni, annak ellenére, hogy stratégiánkban megfelelően az elmúlt két évben a V-pro családot helyeztük előtérbe. Sikertől felszerelnünk a hatvani kórház új műtőblokkját STERIS asztalokkal és lámpákkal, itt a kivitelezés még folyamatban van, valamint egy igen jelentős projekt keretében, egy hibrid műtő berendezései között is jelentős számban lesznek megtalálhatóak a STERIS termékek, és különösen nagy siker az új integrációs rendszer telepítése. Lépésről-lépésre egyre nagyobb teret nyer a márka, melyet magas minőségével és innovatív megoldásaival harcol ki magának, ugyanúgy a magyar, mint a nemzetközi piacon. Nagyon örülünk, hogy a beruházások során ma már egyre több intézmény gondolkodik hosszú távon. Nemcsak egy mosogatógépet vagy autoklávot akarnak venni, hanem elkezdene számolni, azaz meghatározzák, mi is a feladat valójában. Ha egy kórház központi sterilizálót vagy műtőt tervez, komplett, homogén rendszert akar kialakítani, mely a hosszú távú igényeit is kiszolgálja. Ma már az innováció ott tart, hogy két gépet tervezünk a korábbi négy darab gép helyett, mert az új gépek annyira hatékonyak és rövid ciklusidővel dolgoznak. A STERIS rendszereit nem véletlenül választották Padovában sem, ahol egy privát szolgáltatást nyújtó cég 14 kórházat lát el steril műszerekkel. Náluk a technológia kiválasztásánál a legfontosabb

szempont a vegyszer-, energia- és vízhasználatból eredő üzemeltetési költség volt.

– Mi a legfontosabb szerepe a Premier G. Med Kft-nek abban, hogy a STERIS gyár termékei egyre népszerűbbek itthon?

– Véleményem szerint a STERIS termékek népszerűsége nem főleg a mi munkánknak köszönhető, hanem annak a több mint százéves tapasztalatnak és magas szakmai színvonalnak, amin a termékeket fejlesztik és gyártják. Az intézmények elég körültekintőek, ellenőrzik és felismerik azokat az előnyöket, amiket a STERIS termékek képviselnek. A mi szerepünk inkább abban nyilvánul meg, hogy a magas minőségű termékek mellé meg-



STERIS központi steril megoldások

bízható, színvonalas támogatást biztosítunk az intézményeknek, amennyiben bennünket és termékeinket választják. Ennek érdekében építettük fel logisztikai és szervizközpontunkat Nagytarcsán, hogy minden fogyóanyagot a legrövidebb határidővel, magyarországi raktárkészletről tudjunk biztosítani, valamint minden szerviztevékenységet stabil és rendezett körülmények között végezhessünk el. Ötfős szervizcsapatunk, a rendszeres gyártói továbbképzéseknek köszönhetően, professzionális támogatást nyújt, legyen szó akár kórházhigiénés, akár műtőfelszerelésekről.

Zöldi Péter

Amióta a magyar egészségügyi informatika létezik, bátran állíthatjuk, hogy a GlobeNet Zrt. e speciális informatikai szegmens oszlopos és meghatározó tagjává vált. A Kórházszövetség kongresszusainak állandó szereplője, az egészségügyi változásokkal együtt élő, együtt változó cégről van szó, akit a XXVII. Kongresszusi szereplése alkalmából kérdeztünk, hogyan is látják a cég pozícióját jelenleg.

Mit jelent a siker?



Pittner Ferenc vezérigazgató

– Milyen üzenettel jöttek a kongresszusra?

– A megújulás és a magas szintű szolgáltatások kombinációjával érkezünk. Mondhatnánk, hogy az egészségügyi piac olyan zárt, hogy már csak a jelenlét is elég, illetve már csak az is feltűnést okozna, ha nem lennénk jelen a kongresszuson, de ennél mi mindig jóval nagyobb energiát fektetünk a reprezentálásra. Megmutatjuk, hogy képesek vagyunk ennyi idő után is újdonságokat hozni a piacra. A kongresszus nagyon jó lehetőséget biztosít, hogy meglévő és potenciális ügyfeinkkel barátságos, kötetlen környezetben találkozhassunk, ez igény mindenki részéről. Nagy hangsúlyt fektetünk az innovatív termékeink bemutatására, valamint olyan hasznos megoldások és lehetőségek ismertetésére, amelyek a különböző partnerségekből születtek. Fontos azt is hangsúlyoznunk, hogy megalakulása óta a GlobeNet folyamatosan fejlődik, és 20 év távlatából, még most is úgy látjuk, hogy tudunk még hová növekedni.

– Tudnának erről a fejlődésről bővebben beszélni?

– A GlobeNet Zrt. az elmúlt évben több új kórházi ügyfelet nyert meg, melyből az egyik a tatbányai Szent Borbála Kórház, a másik a bajai Szent Rókus Kórház és harmadik az Orosházi Kórház. Mindenhová teljes körű medikai rendszert szállítottunk, beleértve a laboratóriumi, gyógyszerelési rendszereket is. Meglévő ügyfeleink közül a Soproni Erzsébet Oktató

Kórház és Rehabilitációs Intézetnél volt integrációs projekt, ahol két telephelyre terjesztettük ki a MedWorkS rendszerünket. A Honvéd Egészségügyi Központ folyamatos fejlesztési igényekkel lát el minket, és akkor most csak a nagyobb projekteket említettük. A MedWorkS rendszerünket folyamatosan naprakészen tartjuk, minden ügyfelünknek a legfrissebb verzió fut, mely rendszeres tevékenységet jelent számunkra tekintve, hogy már több, mint 60 partnerünk van. Büszkéek vagyunk az ügyfélszám növekedésre, hiszen ez számunkra azt jelenti, hogy jó a GlobeNet híre a piacon.

– Beszéljünk a termékoldali fejlődésről is.

– A számok mutatják a legjobban, hogy a MedWorkS fejlesztése folyamatos. Az elmúlt évben több, mint 150 új funkciót és több, mint 10 új modult fejlesztettünk ki és vezettünk be. Ilyenek például az aneszteziológiai, a műtéti előjegyzés, a rehabilitációs modulunk, vagy a legújabb, mobil platformra készített alkalmazásunk a PatientWorkS. Az újdonságokat részben saját kezdeményezések, részben pedig az ügyfeleink generálják. Mára már, olyan nagy funkcionalitással rendelkezik a MedWorkS rendszer, hogy komolyan csodálkozunk, ha találunk olyan területet egy kórházban, amire nem tudunk paraméterezhető szoftveres megoldást adni. Szerencsére jók a rendszer alapjai, az architektúrájába már a kezdetektől beépítették a skálázhatóságot, a hatékonyságot és a használhatóságot alapelveit. Ugyanakkor ez nem ment a kezelhetőség és az egyszerűség rovására. A rendszer teljesen paraméterezhető: vagy bekapcsolunk funkciókat, vagy meg sem jelenik. Ezért vagyunk képesek azt megoldani, hogy mindenhol ugyanaz a MedWorkS rendszer van, és mégis mindenhol más egy kicsejt. Így oldható meg az igen sokrétű felhasználók igényeinek kiszolgálása. Ha arról beszéltünk, hogy jó a GlobeNet híre a piacon, akkor mondhatjuk azt is: jó a MedWorkS híre is a piacon. Széleskörű funkcionalitással rendelkező, ugyanakkor rugalmas és stabil rendszer.

– Nagy és komplex rendszer, speciális tudást igényel. Milyen a cég szervezeti oldalról tekintve?

– Most azt mondhatjuk, hogy a GlobeNet Zrt. az Asseco csoportba – amely tavaly a 7. legnagyobb szoftvállalat volt Európában – történő beolvadását követően megtalálta a stabilitási pontját. Szervezetileg az elmúlt évben kialakult az a belső struktúra, amiben hatékonyan tudunk dolgozni. Elmondhatjuk, hogy a kezdetektől megvan az a „kemény, állandó mag”, akiknek a tudása köré épül a cég. Ez a „mag” folyamatosan növekszik. Mi csapatban gondolkodunk, hiszen speciális területen dolgozunk, speciális tudást igényel a tevékenységünk, úgy gondoljuk, hogy az a cégvezető, aki nem látja tisztán, és nem vállalja be, hogy ezen a területen a csapatmunka, a tapasztalat és a gyakorlat az igazi ÉRTÉK, az rövidtávú gondolkodással bír. A munkatársaink átlagban 6 éve dolgoznak a GlobeNetnél, van olyan munkavállaló, aki 18 éve itt dolgozik. Ezek szerint valamit jól csinálunk, de nem bízunk el magunkat, a fő törekvésünk az, hogy profi és elégedett szakembereink legyenek, ehhez folyamatos motivációt biztosítunk.



Ignácz Mónika vezérigazgató-helyettes

A cégérték tudás és a tapasztalat formájában a GlobeNet munkatársaiban van, velük tudjuk garantálni a szolgáltatásaink és termékeink minőségét, amely garancia az ügyfeleink számára, hogy megfelelő partnert választottak kórházi informatikai rendszerük kiszolgálására.

Zöldi Péter



a megbízható
szolgáltatót az
együttműködés
és a rugalmasság
fémjelzi

„2012 óta folyamatosan emelkedik a forgalom, óraszámunk változatlan, jóval elmarad a hasonló számú lakosságot ellátó más intézményekétől. Nagyon várjuk a lakosságarányos finanszírozás bevezetését” – Szentendre Város Egészségügyi Intézményeinek közelmúltban befejeződött informatikai rendszerváltásáról dr. Pázmány Annamária főigazgatóval beszélgettünk.

Valódi E-egészségügy Szentendrén

– Igazgató asszony, milyen alapelvek mentén működteti a szentendrei szakrendelőt?

– A fenntartó városi önkormányzattal karöltve céloztuk meg a lakossághoz, rugalmas járóbeteg-szakellátó rendszer kialakítását. Ez mára döntő mértékben sikerült, köszönhetően az uniós forrásokból megvalósuló fejlesztéseknek, valamint az önkormányzat jelentős támogatásának. Területi ellátási kötelezettségünk 81 ezer főnyi állandó lakosra terjed ki, de a

tak TVK-emeléssel. 2012 óta folyamatosan emelkedik a forgalom, óraszámunk változatlan, jóval elmarad a hasonló számú lakosságot ellátó más intézményekétől. Nagyon várjuk a lakosságarányos finanszírozás bevezetését.

– Ebben a helyzetben mekkora működési támogatást nyújt a fenntartó?

– Intézményünk működése egyensúlyban van, az önkormányzattól nem kapunk működé-

– Nincs esély az egészségbiztosítói finanszírozás javítására?

– 2014 tavaszán beadunk egy pályázatot óraszám- és kapacitásbővítésre, ám erre azóta sem kaptunk választ. Kéréseinkkel rendszeresen bombázzuk az államtitkárságot, egyelőre siker nélkül. Hasonló a helyzet az egynapos sebészeti ellátásban is. Óriási rá az igény, nagyon kedvelik betegeink ezt az ellátási formát, ám évente csupán 435 súlyszám áll rendelkezésre. Emiatt áprilisban, a hónap második felében már csak heti két napot tudtunk műteni, elfogyott a súlyszám.

– Honnan jönnek az orvosok és a betegek?

– Észak-Budapestén ismertek és elismertek vagyunk az orvosok körében. Az egynapos sebészet szinte összes műtéttípusát végezzük, legyen szó szürkehályog műtétről, sérvről, visszérműtétekről vagy artroszkópos beavatkozásokról. Szakmai gárdánk egyértelműen kiváló, és egy nővér, amerikai származású, városunkban élő aneszteziológussal dolgozunk. Betegeink pedig a területi ellátási kötelezettségünknek megfelelő 13 település lakosai közül kerülnek ki, a területen kívüli betegek az ellátottak néhány százalékát teszik ki, ezt próbáljuk korlátozni, ők elsősorban az Észak-budapesti agglomerációból jönnek.

– Egyáltalán nem érintik Önöket a humán-erőforrás-gondok?

– Sajnos egyes orvosi szakmákban, mint a szemészet, bőrgyógyászat, gégesztet már mi is érezzük az elvándorlás jeleit, bár még csak heti egy-egy rendelésre hiányzik orvos ezekben a szakmákban. Kiválóan ellátjuk a betegeket, de sok-sok szakmában egy emberre épül az orvosi munka, szabadságok idejére helyettesít nem tudunk biztosítani. A többi szakrendelőhöz hasonlóan nálunk is magas a nyugdíjas orvosok aránya, akik jellemzően közreműködőként dolgoznak nálunk.

– Hogyan viszonyul a lakosság a szakrendelőhöz?



dr. Pázmány Annamária

Szentendrére ideiglenesen vagy egyáltalán nem bejelentett hétvégi ház tulajdonosokkal, itt nyaralókkal és turistákkal együtt nyugodtan beszélhetünk 100 ezer főről. Erre a populációra 849 szakorvosi órányi és 250 nem szakorvosi órányi finanszírozást kapunk, ami olyannyira nem elegendő erre a lakossági igényre, hogy 40% feletti a többletteljesítményünk, és az átlagos OENO-pontértékünk csupán 1 Ft. Vannak azonban különösen problémás területek, például labordiagnosztikában a meglévő finanszírozásra 8-10-szeres teljesítmény jut. Az uniós pályázat komoly fejlesztései sajnos nem jár-

si támogatást, még két évig fizeti azonban az uniós pályázathoz kapcsolódó műszerbeszerzés részleteit. A bérek a közalkalmazotti bértábla szintjén mozognak, sajnos nem tudunk több fizetést adni. Mindent megteszünk a források bővítésére. Számtalan humán-erőforrás-fejlesztési, képzési és szakdolgozói pályázaton voltunk sikeresek, és informatikai rendszerünket is pályázati forrásból sikerült újra cserélni. Összes szabad helyiségünket jó bérleti díj mellett adjuk ki különféle szolgáltatóknak. Éves költségvetésünk 525 millió Ft, ennek nagyjából tizede saját bevétel.

– Szentendre kiváló közösség. Itt mindenki ismer mindenkit, bízunk bennünk, és intézményünkben akarja igénybe venni az ellátást. Amit tudnak, kívárnak, hiszen itt jobbnak és egyszerűbbnek tartják az ellátást, nem könnyű ugyanis az eligazodás a kórházi ellátórendszer útvesztőiben. Városunk és a 13 környező település lakosai Kistarcsától, Balassagyarmaton át, a Honvédkórházon keresztül a Szent Imre Kórházig bolyonghatnak, ráadásul egy leányfalui lakos sok esetben máshová tartozik, mint egy pomázi. Ugyan nagyon jó az intézményről kialakult kép, mégis sokszor kapunk kritikát a hosszú várakozási idő miatt. Nagy gond az is, hogy az alacsony óraszám miatt hatalmas forgalmat kell ellátnia orvosainknak, előfordul, hogy a bőrgyógyász, gégész, sebész hat óra alatt 80-90 beteget is ellát. A lakosság sokszor még ezt is kevesli, nem érti, miért nem jut be azonnal a szakrendelésre, amit tovább súlyosbít, hogy gyakran olyan problémával is hozzánk jönnek, amely háziorvosi kompetencia.

– **Hogyan próbálják csökkenteni a terhelést?**

– Például az infrastrukturális feltételek javításával és az adminisztratív látogatások számának csökkentésével. Az ultrahang-diagnosztika várakozási idejének csökkentésére megkerestem a környező településeket, és közösen vásároltunk egy ultrahangot. Így jelenleg két gépen, egy szonográfussal és egy orvossal folynak a vizsgálatok. Digitális röntgengépünk képei azonnal megjelennek a szakrendeléseken is, de rendelkezünk telemedicina lehetőséggel is. Beszélgetésünk apropója az új informatikai rendszer bevezetése, ez abban segít, hogy a háziorvosok le tudják hívni a betegek szakrendelőben keletkező adatait, röntgenképeit, így a betegeknek nem kell meglátogatniuk bennünket a leletekért, sőt, akár majd saját maguk is lekérdezhetik leleteiket otthonról. A szakrendelő leterheltsége csökken, és abban is bízunk, hogy a felesleges háziorvosi beutalások és vizsgálatok száma is alacsonyabb lesz.

– **Online kaput nyitnak a háziorvosoknak és a betegeknek?**

– Szentendre lakossága fiatal, jellemzően felsőfokú végzettségű, szinte mindenki használ internetet. Mindenki számára előnyösebb, ha eléri a betegadatokat – természetesen a legszigorúbb adatvédelmi előírások betartása mellett. Sőt, szeretnénk egy olyan interaktív tanácsadási oldalt is elindítani, ahol lakosaink betegségükről, leleteik eredményeiről kérdezhetnek. Ha

megkapnánk a többlet finanszírozási kapacitást, ennek folyamatos frissítésére lenne forrásunk, és orvosaink leterheltsége ettől is csökkenne. De a belső folyamatok idejét is próbáljuk csökkenteni. Májusban várható annak az automata, érintőképernyős, vonalkódolvasós betegirányító kioszknak a megjelenése, amivel az előjegyzett betegek saját magukat érkeztetik a rendszerbe.

– **Ezzel átrepülünk a dohos kartonozók korából a XXI. századba?**

– A jövőt egyértelműen az ellátási szintek együttműködésében, az előjegyzési rendszer teljes megújításában látom. Az Egészséges Városért Közalapítvánnyal együtt készül egy olyan e-health projekt,

amelyhez jelenleg adatot gyűjtünk, végcélja pedig egy egyéni egészségügyi életút program. Ezért ennek mindenben megfelelő informatikai programot keresve másfél-két évvel ezelőtt elkezdtük vizsgálni a piacot, teszteltük a rendszerek szolgáltatásait, megkérdeztük máshol is dolgozó kollégáink véleményét és megfogalmaztuk elvárásainkat. Közbeszerzési eljárás keretében a Béker-Soft Informatika nyert FŐNIX-Pro rendszerével. Az ő DIVAS PACS-rendszerüket már használtuk korábban, így integrált medikai-PACS rendszer jött létre.

– **Hogyan valósult meg a bevezetés?**

– Az előkészítő fázisban megtörtént az oktatás. A BSI szerint dolgozóink gyorsan

AMIKOR AZ EGÉSZSÉGÜGY SZÍVÜGY

A város fenntartói céljairól Verseghe-Nagy Miklóst, Szentendre polgármesterét, a Semmelweis Egyetem korábbi operatív főigazgatóját kérdeztük.

– *Polgármester úr, miért fontos a város számára a szentendrei szakrendelő?*

– Szentendre városa regionális vezető szerepet tölt be. Sok olyan intézményünk van – ilyen a szakrendelő is –, amely jóval túlmutat a város határain. Rendelőintézetünkben ugyan közvetlenül nem profitálunk, de sikeres működése alátámasztja vezető regionális szerepünket, hiszen jó egészségügy nélkül vonzó gazdasági központ nem valósítható meg. Rendelőintézetünk egyébként nemcsak a város, hanem egy közel százezres populáció járóbeteg-szakellátását is biztosítja – az igényeket messze alulmúló OEP-finanszírozással.

– *Hogyan képzelik el a jó gazda szerepét?*

– Polgármesteri tevékenységem alatt legfontosabb célom az élhető város megvalósítása. Ebben a jó egészségügyi ellátás meghatározó szerepet tölt be. Uniós forrásból csodálatosan felújítottuk a szakrendelőt, a műszerfejlesztésbe fenntartóként évente közel százmillió forintot fektetünk, és stratégiai céljaink között nem feledkezünk meg arról, hogy a háziorvosi és gyermek-háziorvosi ellátásnak is szeretnénk hasonlóan fejlett infrastrukturális körülményeket biztosítani.

– *Miért fontos Önnek az egészségügy?*

– Korábban a Semmelweis Egyetem operatív főigazgatójaként dolgoztam, így könnyű a válasz: az egészségügy a szívügyem. De felelős polgármesterként is azt mondhatom, nem lehet kérdés az egészségügy meghatározó fontossága egy város versenyképessége szempontjából. Szentendre fiatal korösszetételű, egészséges város, ami azért is vonzó, mert minőségi járóbeteg-szakellátás és egynapos sebészet található a városban. Lakosságunk elvárja az önkormányzattól, hogy minőségi egészségügyi szolgáltatást nyújtsunk számukra. Ebben persze nem egyedül az egészségügy, hasonló a helyzet az oktatással és a közlekedéssel is, hiszen egy polgármester alapvetően felelős a lakosság igényeit kiszolgáló szolgáltatások színvonaláért – még akkor is, ha nem minden esetben mi vagyunk a fenntartók.



Verseghe-Nagy Miklós

tanulnak és képzettek. Március utolsó hét-főjén indult az új rendszer és az első hét végére minden remekül működött. Jelenleg még folyik a laborrendszer és a FÖNIX-Pro integrációja, de a márciusi OEP-jelentést már az új rendszerből adtuk le. Májustól indul a környékbeli háziorvosok számára a FőnixWEB-rendszer, amivel saját bete-gük összes előzményadatához hozzáférhet-nek, és júniustól a lakosság felé is kinyitjuk a rendszert.

– Ennyire fontos az ügyfélközpontúság?

– A közösség számára fontos, hogy jó él-ményei legyenek a szakrendelő kapcsán. Ma már rendelkezésre áll az az egészség-

ügyi informatikai háttér, amivel el tudjuk érni, hogy betegeink, ügyfeleink azt érez-zék, foglalkozunk velük, irányítjuk őket és közben tartjuk az ellátási folyamatot. De a szolgáltatási élményt apró trükkökkel is lehet tovább fokozni. Ahhoz, hogy a vára-kozás kellemesebb legyen, halk zene szól a váróban. Az önkormányzat kezdeményezé-sére olvasósarkot létesítettünk: a sebészet előtt található a KönyvMegálló, ahol lehet olvasni, könyveket lehet elvenni és behoz-ni. A szakrendelő egész területén ingyenes wifi áll rendelkezésre, amelyet használnak is betegeink. Szentendre művészi hagy-ományait igyekszünk ápolni, épületünkben egy alapítvány képeinek vándorkiállítása

található. Az egynapos sebészet kórtermé-ben, ébredés közben a Ferenczy Múzeum kiállításának képeit láthatják betegeink.

– Mintha nem is az állami egészségügyben lennénk...

– Az az elvünk, hogy betegeink ugyanolyan szolgáltatást kapjanak nálunk, mint egy minőségi magánrendelőben. Ez nagyrészt a kreativitáson és az odafigyelésen múlik. Ám ahhoz, hogy minél többen, jelentős vá-rakozás nélkül kaphassanak ilyen szolgál-tatást, okvetlenül óraszám- és volumen-korlát emelésre lenne szükség.

Zöldi Péter

Már a finanszírozó is foglalkozik azzal, hogy mentesítse a tvk alól a PCR-kasszát, a kórházak nem hívták le gyógy-szerkeretüket, ezért a közbeszerző garanciát szeretne a felhasználásra is – derült ki sok más érdekesség mellett egy szakmai konferencián.

Mi vár ránk? – Gyógyszeripar 2015

Újra kell értelmezni a betegek és egész-ségügyi szakemberek közötti informá-ciók kapcsolatokat, ugyanis soha nem lá-tott gyorsasággal alakítja át az IT és az infokommunikáció az ipart, a kereskedelmet, a tudáspiacot és a társadalmi kapcsolatokat, s ebből a gyökeres változásokból nem marad-hat ki az egészségügy és a gyógyszerellátás sem prof. dr. Botz Lajos, a Pécsi Tudomány-egyetem és a Gyógyszerészeti Intézet és Kli-nikai Központi Gyógyszertárának igazgató-ja szerint, aki a MedicalOnline „Mi vár ránk? – Gyógyszeripar 2015” című konferenciáján tartott előadást március 5-én.

Hogy az egészségügy és a kórházi gyógyszerellátás még messze nem vette fel a tempót, többek között az is mutat-já, hogy a hazai kórházakban kezelt bete-gek gyógyszerelésének követése maximum öt százaléka található digitalizált adathor-dozón. Ráadásul jellemzően egyetlen kód helyett sok kódot alkalmaznak, ám ezek együtt sem biztosítanak pontos adatokat. Mindennek pedig hozzáadott értéke lenne például a gyógyszerek interakciójának vizs-gálatában, ugyanis eddig fel nem fedezett rizikót ismerhetnének fel célzott elemzés-sel. Egyelőre azonban hiányzik a motivá-

ció, és nem elvárás a transzparencia sem a professzor szerint.

Molekuláris diagnosztika – nagyon kevés a dedikált fedezet

A PCR kassza tvk-ja 2011 óta lényegében vál-tozatlan, így nem csoda, ha tavaly 185 szá-zalékon teljesült a kihasználtság, reagált Oberfrank előadására (ld. cikkünk a 14. olda-lon – a szerk.) dr. Varga Péter, az OEP főosz-tályvezetőjének tájékoztatása. Megjegyezte: nehéz meghatározni a vizsgálatok indokolt-ságát, ugyanis más és más technikai kódot alkalmaznak az ellátók. Folyamatosan bővül a célzott terápiák lehetősége, s mint mon-dta, felvetődött a tvk eltörlése, ám ehhez na-gyon pontos tervezésre lenne szükség. A pon-tos tervezéshez pedig rögzíteni kellene mikor, milyen feltétellel végezhetnek el egy-egy vizsgálatot az ellátók. Regiszter típusú vizs-gálati jelentés lenne ideális, valamint a koc-kázat megosztása például a terápia forgal-mazójával, gyártójával. A következő év már az átalakulás jegyében telik a molekuláris diag-nosztika finanszírozásában, tette hozzá.

Nem hívták le gyógyszerkeretüket a kórházak

Több mint egyéves előkészítő munka után negyvenhat hatóanyagra, ötvenhét gyógy-

A nemzetközi hatósági munkában hazánk igen aktív és eredményes dr. Földi Ágota, az OGYÉI gyógyszerészeti és tudományos tanácsadója szerint. Évente például 50 ezernél több ügyirat érkezik a hatósághoz, az eljárási időt 98 százalékban tudják tartani. Piacfelügyeleti szerepük miatt tavaly 269 gyógyszerminőségi hibáról szó-ló bejelentést kaptak (2011-ben 295); 161 nemzetközi gyorsriasztás volt, 18 termé-ket vontak ki és 112 laboratóriumi vizsgálatot végeztek. Az ismertetés és reklám-felügyelet – fogyasztókkal szembeni kereskedelmi gyakorlat felügyelete kapcsán 2014-ben 12 gyógyszerreklámot véleményeztek előzetesen, 96 szakhatósági véle-ményt küldtek az Nemzeti Fogyasztóvédelmi Hatóságnak és 114 reklámügyi eljá-rást végeztek. Az új forgalomba hozatali engedély iránt benyújtott nemzeti ké-relmek aránya 14 százalékra esett vissza az előző évek 22-24 százalékos arányáról.

szere kiírt öt gyógyszerközbesszerzésben vett részt az Országos Gyógyszerterápiás Tanács, amelynek elnöke, dr. Hankó Balázs szerint 4,1 milliárd forint megtakarítást tudtak elérni úgy, hogy folyamatos volt az ellátás (még olyan készítményekből is, amelyek nemzetközi szinten akadoztak), és kedvezőek voltak a fizetési határidők.

A közbeszerzés a HBCs-finanszírozásban szereplő gyógyszerek egyharmadára terjedt ki. A megtakarítás az intézmények nagyságától függően változó volt: a nagyoknál néhány százalékot tett ki, míg a kisebbeknél magasabb megtakarítással járt. Később dr. Drexler Donát, az ÁEEK közbeszerzéseket irányító munkatársa elmondta, hogy két nyertes hatóanyag beszállítója hiába állt készen a kórházak ellátására, az intézmények nem hívták le a keretüket, ugyanis máshonnan szerezték be a hatóanyagokat. Ezért felvetődött, hogy a továbblépés érdekében szükséges a felhasználásra is garanciát kötni a közbeszerzéseknél, hiszen az ÁEEK szerződik a tender nyertesével, míg a tényleges felhasználók az intézmények.

A központi közbeszerzés feltétele a fizetőképes intézményrendszer

A kórházfenntartó akkor tud sikeres központi közbeszerzéseket folytatni, ha a kórházak fizetőképesek, ezért az Állami Egészségügyi Ellátó Központ számára is fontos kérdés a kórházi konszolidáció – derült ki dr. Drexler Donát előadásából. Az elmúlt évek sikereként könyvelte el az egyetemes földgázbeszerzést, hiszen két éve 29 százalékos megtakarítást tudtak elérni. Megjegyezte, nyilván ekkora spórolásban már nem lehet reménykedni, de az árakban sikerült stabilitást elérniük.

A központosított gyógyszer-közbeszerzések mellett orvostechikai közbeszerzéseket végeznek, orvosi kesztyűket például 1,3 milliárd forint értékben szereznek be idén. Az eljárások előkészítése során a felhasználási adatok mellett figyelembe veszik a termékek műszaki tulajdonságait, a piaci és szakmai trendeket. Beszélt arról is, hogy uniós forrásból készül a központi egészségügyi közbeszerzések portálja, ide fognak felkerülni az aktuális hirdetmények, s két fontos részből áll majd. Az egyik a cikk-törzsek szerinti katalógus, amely dinamikus és folyamatosan frissül, a másik pedig a központi dokumentum- és sablontár.

Az eddigi közös földgáz-, villamosenergia-beszerzéseket folytatni kívánják, és megfontolásra javasol-

Viszonylagos nyugalom után a nemzetközi gyógyszerpiacon 2014-ben megháromszorozódott a felvásárlások értéke – derült ki Szepesházi Zsolt, az IMS Health ügyvezetőjének előadásából. A felvásárlások okai között szerepelt például a biohasonlók és generikumok piaca felé nyitás, az orphan vagy antibiotikum portfólió vásárlása. Az innovatív cégek fokozatosan tisztítják a portfóliójukat, míg a generikus cégek jellemzően portfólió diverzifikációt hajtanak végre.

Az IMS globális előrejelzése szerint évi 4-7 százalékos átlagos növekedés várható 2018-ig, ami azonban két irányban nagyon markánsan elkülönül, hiszen más várható a fejlődő, illetve fejlett országokban. Európában a növekedés motorja az innovatív gyógyszer, s főleg a termékek értéke eredményezi a növekedést. A fejletlenebb országoknál a generikus gyógyszerek esetében a mennyiségvezérelt növekedés jellemző. Az amerikai piacot az innovációs befektetések élénkítik, a piaci szereplők „visszafókuszáltak” az innovációra. Az IMS előrejelzése szerint a specialista (drága, szakorvos által felírható, komplex krónikus betegségre szolgáló innovatív gyógyszerek) és a biológiai szerek részesedése akár ötvenszázalékos értékben növekedhet 2020-ra.

A piaci helyzet mind az innovatívok, mind a generikusok számára nehezedni fog az elkövetkező öt évben. Egyre nehezebb ugyanis befogadtatni új innovatív készítményeket, egyre komplexebb megoldásokat, egyre alaposabb bizonyítékokat várnak el a finanszírozók a gyártóktól. Mindehhez pedig komplex szolgáltatáscsomagra van szükség, sőt: akár komplex egészségügyi csomagra. Ehhez újabb irányok felé kell mozdulni, nyitni kell a digitális innováció és az egészségügyi szolgáltatók felé, vagy éppen a Big Data kiaknázására kell figyelmet fordítaniuk, adatelemzéseket végezniük, új stratégiai együttműködések kötniük.

ják az ágazati hulladékkezelés, illetve a felelősség- és vagyonbiztosítás központi tendereztetését.

Bevált a tételes elszámolás

Az OEP is hirdet közbeszerzési eljárásokat gyógyszerekre, orvosi eszközökre, méghozzá hatalmas értékben. Mint Gacsályi Béla, az OEP Beszerzési, Üzemeltetési és Vagyongazdálkodási Főosztályának vezetője elmondta, maguk is meglepődtek, amikor összeadták a számlákat. Kiderült ugyanis, hogy 2014-ben 275 milliárd forint értékben végeztek közbeszerzéseket, ami a 2010-es 1,5 milli-

árd forint sokszorosa. A hatékony közbeszerzéseknek köszönhetően például nincs várólista a hallásjavító implantátumok hiánya miatt, ráadásul olyan előnyös szerződést kötöttek a beszállítóval, hogy mindig a legmodernebb eszközöket kaphatják meg a betegek.

Tucatnál több gyógyszerár-támogatási technikát alkalmaz az OEP, a támogatotti körben 857 hatóanyag, 2009 brand és 4798 készítmény található jelenleg dr. Bidló Judit, a Pénztár Ártámogatási Főosztályának vezetője szerint. A vaklicitben nagy árrobbanások már nem várhatóak, de a rendszert fenn kell tartani a stabilizáció érdekében.

A takarékoskodás jegyében a jövőben szóba kerülhet a biológiai terápiák fixesítése, míg a biohasonlók már szintén működik az úgynevezett biolicit (vagyis vaklicit). A tételes elszámolás bevált a gyakorlatban, több előnye közül kiemelkedik, hogy komoly adatrögzítés folyik, ami elemzésekre, esetleg a későbbiekben kórházi minőségi mutatók készítéséhez is alapot adhat. A legtöbb adatlapot a Debreceni Egyetem szolgáltatja (2014-ben 12.631), és van olyan orvos, aki egyetlen évben 1700 adatlapot tölt fel a tételes jelentési rendszerbe.



Prof. dr. Botz Lajos

Sándor Judit

Az innovatív gyógyszergyártók jövő nyárig hozzák nyilvánosságra az orvosokkal és az egészségügyi intézményekkel idén létrejött szerződéseik legfontosabb adatait. A független Transzparencia Együttműködés már a többi magyarországi gyártót is várja az aláírók körébe.

Nincs mit takargatni

Az InnovatívGyógyszergyártókEgyesülete tagvállalatai 2014 áprilisában egyéni csatlakozási jogukkal élve megalakították a független Transzparencia Együttműködést, azaz az Európai Gyógyszergyártók és Egyesületek Szövetsége (EFPIA) által 2012-ben kezdeményezett és az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM) által a magyar jogszabályi környezetre 2013 végén átültetett Transzparencia Kódex megnyílt minden magyarországi gyógyszeripari szereplő számára. A független önszabályozó platformhoz csatlakozhat bármely Magyarországon működő gyógyszeripari vállalat, aki kötelezőnek ismeri el magára nézve a kódex előírásait és szellemiségét – tájékoztatott Némethi Erika, az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete igazgatója. Az első tapasztalatok alapján a magyar gyógyítók és egészségügyi szakemberek döntő többsége elfogadja a dokumentum által előírt közzétételi kötelezettséget, ami világosan kirajzolódik az eddig aláírt vállalati együttműködési szerződések magas arányából.

Méltányos díjazás a többletmunkáért

„A gyógyszeripar és az orvos közötti együttműködés nem változik: a vállalatok változatlanul biztosítják, hogy a gyógyító szakember hozzáférjen a legfrissebb tudományos tényeken alapuló tréningekhez és információkhoz, valamint a legújabb terápiás gyakorlatokhoz, a gyógyszerfejlesztés folyamatában továbbra is nagyon fontos megkapni az orvosok visszajelzését a betegek állapotának változásáról” – fejtette ki Némethi Erika.

Éger István, a Magyar Orvosi Kamara elnöke kérdésünkre fontosnak minősítette, hogy széles közönség is megértse: a nyilvánosságra kerülő összegeket kifejezetten többletmunkáért kapják az érintettek (e munkák ellentételezése egyébként más iparágakban is régóta természetes). „A gyógyszerfejlesztők, valamint az orvos közötti folyamatos kapcsolat biztosítja a naprakész ellátást és a legkorszerűbb tudás felhasználását. Nagyobb gondot okoz, ha valaki nincs tisztában az új terápiákkal és technológiákkal, mint ha az alacsony orvosi fizetések miatt gyógyszergyári támo-



Némethi Erika

gatással jut el külföldi továbbképzésekre és konferenciákra”. A gyógyszeripari cégek évente több mint 2 milliárd forintot fordítanak szakmai rendezvények támogatására. „A folyamatos szakmai véleménycserre elengedhetetlen ahhoz, hogy az orvosok a tudomány élvonalában tudjanak maradni. A hatékonyabb gyógyszerek és eljárások kifejlesztésének, forgalmazhatóvá tételének célja a prevenció, illetve a betegek jobb életminőségének elősegítése” – vélekedett Éger István. „Az orvos szakmai és terápiás függetlensége megkérdőjelezhetetlen, ám a közzététel megerősíti az orvos szakmai hitelességét.”

A kórházi gyógyító is érdekelt

A Magyar Kórházszövetség a kezdetektől támogatta a gyógyszeripari szereplők törekvését az átláthatóságra – hangsúlyozta kérdésünkre Velkey György, a Magyar Kórházszövetség elnöke. Kiemelt jelentőségű folyamatnak nevezte a transzparencia további erősítését, hiszen „nincs takargatnivalója a kórházi világnak és az orvosoknak: a különféle klinikai vizsgálatokban résztvevő, illetve a terápiás eredményeket publikáló orvosoknak jelenleg

is nyilatkozniuk kell arról, hogy van-e bármilyen kapcsolatuk vagy érdekeltségük gyógyszercégekkel. Az AIPM tagvállalatai évente 80-90 milliárd forinttal járulnak hozzá a magyar gazdasághoz, klinikai vizsgálataik révén” – mondta a Magyar Kórházszövetség elnöke. „Évente közel 20 ezer beteg jut hozzá kísérleti gyógyszerekhez itthon, így kap új esélyt, miközben az intézmények a legkorszerűbb eszközökkel dolgozhatnak, a kutatásba bekapcsolódó magyar szakemberek pedig többletjutást kapnak. A konferenciákon és továbbképzéseken megszerzett tudás jól használható a mindennapi gyógyításban, ám ezeket önffinanszírozásból nem lennének képesek megoldani. A betegek érdekében elengedhetetlen az együttműködés a gyógyszerfejlesztők és a gyógyító között.”

Növekvő társadalmi elvárás a feddhetetlenség

Jakab Zoltán, az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete elnöke úgy vélte, hogy a Transzparencia Együttműködés megalakítása mérföldkő az egészségügy, az orvosok és a gyógyszeripar közötti etikus partnerség megszilárdításában. „A Transzparencia

Együttműködéshez csatlakozott cégek és az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete számos egyeztetést tart az orvosszervezetekkel a Transzparencia Kódex betartásával összefüggő felvetésekről annak érdekében, hogy a közzététel és a róla szóló tájékoztatás mind az orvosok, mind a gyógyszergyártók számára elfogadhatóan valósuljon meg, járuljon hozzá a gyógyítás színvonalának emeléséhez, és erősítse a kölcsönös bizalmat – közölte az elnök. Jakab Zoltán meggyőződése, hogy az átláthatóság javítja a közös munka hatékonyságát és elfogadottságát, segíti az innovatív készítmények, un. okosgyógyszerek terjedését. „A szereplők célja azonos: a tudomány erejével hatékonyan, biztonságosan, eredményesen gyógyítani, megelőzni, egészséget helyreállítani a betegek érdekében.”

Adatok és a betartandó előírások

A független Transzparencia Kódex előírásai szerint a tagvállalatok legkésőbb 2016. június 30-ig nyilvánosságra hozzák az orvosokkal és az egészségügyi intézményekkel idén kötött szerződéseik legfontosabb adatait, amelyekből azonosítható lesz, hogy milyen céllal és mekkora összegben nyújtanak finanszírozást. A kifizetéseket egyéni alapon kell közzétenni a kedvezményezett orvos vagy egészségügyi intézmény vagy vállalkozás megnevezésével. A szabályozás kiterjed mind a közvetett, mind a közvetlen kifizetésekre a vállalati szponzorációk, a képzések és konferenciák, valamint a konzultációk és egyéb szolgáltatások területén (kivéve a vendéglátás költségeit). A legnagyobb tételt azonban a kutatási és fejlesztési költségek teszik ki, amelyeket a vállalatok összesített formában tesznek közzé. Az évente frissített közzétételi adatok mindig az előző évről nyújtanak teljes képet a nyilvánosság számára, tiszteletben tartva az adatvédelem és az üzleti titoktartás szabályait (azaz, kizárólag az érintett orvos vagy szervezet törvényileg előírt hozzájárulásával történik meg a közzététel).

Az átláthatóság betartásának ellenőrzése

A Transzparencia Együttműködést a Transzparencia Kódexben előírt szabályok és etikai magatartás betartása céljából hozzák létre a Transzparencia Kódexet kezdeményező EFPIA magyarországi tagjai és a Kódex aláírói, valamint csatlakozó iparági partnereik. Az Együttműködés képviselőire Transzparencia Bizottság alakul, amely kivizsgálja, ha felvetődik, hogy egy csatlakozott tagvállalat megsérthette a Kódex előírásait, azaz, lehetséges, hogy nem tartotta be a nyilvánosság tájékoztatásá-

ra vonatkozó önszabályozást. A Bizottság öt tagját a csatlakozott gyógyszeripari vállalatok képviselői választják ki maguk közül titkos szavazással. Fontos még, hogy a Transzparencia Bizottság évente Transzparencia Gyűlést hív össze, amelyen a vállalatok megosztják egymással a Kódex alkalmazása nyomán szerzett tapasztalataikat és észrevételeiket, sőt a Bizottság évente jelentésben összegzi mind e tapasztalatokat, mind a lefolytatott transzparen-ciavizsgálatok eredményeit.

„A Transzparencia Együttműködés biztosítja, hogy a hazai Transzparencia Kódex megfeleljen az EFPIA európai Transzparencia Kódexének és a magyar jogszabályi előírásoknak” – hívta fel a figyelmet Némethi Erika. A Transzparencia Kódex kizárólag az Európai Gyógyszergyártók és

daságossági törvény hatályba lépésével kezdődött, majd 2011-ben a magyar jogalkotó által bevezetett, a GYEMSZI felé történő rendezvény bejelentési kötelezettséggel folytatódott. Ezt követte a négy magyarországi gyógyszeripari szövetség önszabályozó Kommunikációs Etikai Kódexének közös elfogadása, illetve a 2013 év végén az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete által elfogadott Transzparencia Kódex, amelynek alapja az EFPIA által készített európai szintű Transzparencia Kódex az európai uniós versenyjogi és adatvédelmi szabályozás figyelembevételével. A Transzparencia Együttműködés az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete tagvállalatai és a többi csatlakozó gyógyszeripari vállalat független önszabályozásaként valósul meg, így élenjáró társa-



Jakab Zoltán

Egyesületek Szövetség Transzparencia Kódexével és a magyar jogszabályokkal összhangban módosítható.

„A közzététel által a betegek gyógyítását szolgáló tudományos gondoskodás és együttműködés láthatóbbá válik az érintettek és a társadalom számára. A folyamat még 2006-ban a gyógyszer-gaz-

dalmi felelősségvállalásnak tekinthető a közvélemény és a kormányzat által elvárt szakmai feddhetetlenség érdekében – erősítette meg az igazgató. A Kódex, természetéből fakadóan, a jogi normáknál szigorúbb követelményeket fogalmaz meg.

Krasznai Éva

A Pécsi Tudományegyetem klinikáinak rekonstrukciója többéves folyamat, amelynek egyik jelentős állomása a klinikai központ közelmúltban történt átadása volt. A 400 ágyas modern épületrészek idén január közepére elkészültek, megkezdődhetett a betegek ellátása.

Átadták a klinikai központot

A Pécsi Tudományegyetem szenátusa, mint az ország egyik legnagyobb oktatócentrumának és egészségügyi szolgáltatójának irányítója, még 2008-ban eldöntötte az elavult épületek rekonstrukcióját, a 21. századi betegellátás követelményeinek megfelelő szervezeti és szerkezeti átalakítását.

A tervek megvalósításához a forrást európai uniós pályázatok (pl. TIOP 2.2.2., 2.2.7.), illetve állami hozzájárulás szolgáltatták. Előbbi pályázat a sürgősségi ellátás fejlesztését, utóbbi a struktúraátalakítást szolgálja. Az ekkor elhatározott fejlesztési tervek nemcsak az elavult infrastruktúra megújítását, hanem az egyetem, és azon belül a klinikák működtetésének gazdasági racionalizálását és az ehhez szükséges átszervezéseket is tartalmazták. Tervbe vették többek között egy új sürgősségi betegellátó osztály létrehozását, továbbá néhány telephely- és intézményi struktúra megváltoztatását, valamint a kollégiumok felújítását. Döntöttek a traumatológiai központ baleseti és kézsebészeti részlegének, illetve az ortopédiai klinika intézeti szerkezetének átalakításáról és közös elhelyezéséről, az I.

és a III. számú belgyógyászati klinikák szerkezetének az átalakításáról és az új, 400 ágyas központi klinikai tömbben való elhelyezéséről. A szenátus ezzel egyidejűleg arról is döntött, hogy a bőrgyógyászati klinikát összeköltöztetik a gyermekkorházal és az előbbi felszabaduló épületét egyéb módon (pl. értékesítéssel) hasznosítják majd. Ennek remélt bevételét a fejlesztési pályázatok önrészebe kívánták befektetni.

A hét évvel korábbi tervek alapján tavaly elkészült a Nukleáris Medicina Intézet és Radiológiai Klinika épületrésze, idén januárban pedig ünnepélyesen átadták a betegellátásnak a 400 ágyas PT Klinikai Központ új épületszárnyait, továbbá a sürgősségi betegellátó osztályt (SBO), amely az épület-együttes keleti és északi, azaz a B és C épületszárnyai között működik. A megújult klinikai tömb valamennyi kórterme egy- il-

letve kétágyas, fürdőszobával rendelkező, magas komfortfokozatú helyiség. A sürgősségi osztály speciális igényeihez igazított épületben a súlyos esetek a korábbinál lényegesen hamarabb és egyszerűbben jutnak hozzá a számukra életfontosságú diagnosztikai szolgáltatásokhoz. Az SBO fogadja



Zombor Gábor államtitkár vágja át a szalagot

a belgyógyászati és egyéb (például a neurológiai, a fül-orr-gégészeti, az urológiai és a bőrgyógyászati) sürgősségi eseteket. A sürgős gyermekgyógyászati, pszichiátriai és szülészeti beavatkozásokat viszont máshol végzik. A rekonstrukciós munkák összköltsége mintegy 15 milliárd forint, amely egyrészt európai uniós forrásokból, másrészt állami támogatásból valósul meg az intézmény 27 ezer négyzetméterén. A munkálatokat 2012 őszén kezdték és várhatóan az idei harmadik negyedévben a B teljes szárny modernizálásával ér majd véget.

Az átadási ünnepségen részt vett Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkár is, aki beszédében az ágazatban, az utóbbi években megvalósult legnagyobb volumenű beruházásaként említette a pécsi fejlesztést. Azt is hozzátette, hogy napjainkban 400 milliárd forint körüli értékben folynak országszer-

te egészségügyi infrastrukturális beruházások, fejlesztések műszer- és eszközbeszerzések (ezek döntő többségét az uniós pályázatok forrásai tették lehetővé). Véleménye szerint ezek a folyamatban lévő, vagy már befejeződött fejlesztések lehetőséget kínálnak arra, hogy 21. századi körülmények között gyógyulhassanak

a betegek, valamint az intézmények dolgozói is modern környezetben teljesíthessenek szolgálatot. Utóbbi pedig, feltételezése szerint, pozitív hatással lehet az egészségügyben dolgozók itthon tartására. A klinikai központ (amely az ország, kórházban ellátott lakosságának körülbelül az öt százalékát látja el) fejlesztésétől a döntéshozók azt remélik, hogy a modern körülmények között gyorsabb, hatékonyabb lesz majd a betegellátás. Elképzelésük szerint évi 90-100 ezer Pécsen és környékén elhelyezkedő településen lakó beteget látnak majd el. A modernizálás eredményeként a klinikai központ telephelyeinek száma tizenhatról négyre csökken, ami lehetőséget teremt a magasabb szintű betegellátásra, a betegutak rövidítésére, és nem utolsósorban az intézmények költséghatékony működtetésére.

A klinikai központ fejlesztésén kívül szót érdemel egy korábban lezárult fejlesztés eredménye is. Decsi Tamás főigazgató erről így nyilatkozott: „Sikeresen zárult a Gyermekgyógyászati Klinika és a Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Perinatális Intenzív Centrumainak a legkorszerűbb betegellátó eszközökkel történő felszerelését biztosító pályázata és az építkezés megindítását közvetlenül megelőző fázisban van a Rehabilitációs Központ létrehozására elnyert egymilliárd forintos nagyságrendű pályázatunk. Emellett végleges támogatói döntést kaptunk az Onkoterápiás Intézet épületének teljes megújítását és a sugárterápiás eszközpark további fejlesztését célzó, kétmilliárd forintos pályázatunkhoz” – számolt be terveikről a főigazgató.

Lóránth Ida



SIEMENS

Több sikertörténet az egészségügyben

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

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

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

siemens.hu

Amire szükségünk van...



Selye János Kórház -
bútorzat, ágyak, ágysávok szállítása

...az igényes megrendelő

WOCHNA group

H-1116 Budapest
Temesvár u. 20.

tel.: (06) 1 205 3755
fax: (06) 1 205 3756

e-mail: medical@wochna.com
web: www.wochna.com