



A Kaposi Mór Kórház márciusban átadott új épülete

Halad az idő

ZÖLDI PÉTER

Ifj. Pólya Endrével, a Mediplan Kft. ügyvezető igazgatójával beszélgettünk.

– Igazgató úr, évről-évre, a kórházzsövet-ségi konferencia előtt áttekintjük Önnel a magyar egészségügyi fejlesztések területét. Hogyan látja az elmúlt egy év fejlődését?

– Aggaszt, hogy múlik az idő. Várunk, ötletelünk, gondolkozunk, stratégiákat gyártunk, és csak az idő telik, nem lehet visszafordítani, könyörtelenül halad előre. Sajnos, az elveszett idő az egyetlen, amit nem lehet soha visszapótolni. Bármi, amit az embertől ellopnak, pótolható, egyedül az idő, amivel ezt nem lehet megtenni. Ezzel a pótolhatatlan értékkel sajnos nagyon rosszul gazdálkodunk. Nyilván, megvan ennek a magyarázata: jogszabályok, működési keretek, eljárásrendek és hivatali ügyintézési idők fogyasztják időnket. Persze, vannak emberi mulasztásból, tévedésből eredő hibák is – ugyanis csak az nem hibázik, aki nem dolgozik. Ráadásul a további pályázati problémák még további idővesztéshez vezethetnek, további szüneteket eredményezhetnek a valódi végrehajtás kapcsán.

– E környezeti körülmények milyen késéseket eredményeznek a gyakorlatban?

– A beruházási típusú projektek esetében, főként a TIOP-os szakrendelőknél, kórházaknál, onkológiai infrastruktúra-fejlesztési pályázatoknál, az a tapasztalat,

hogy a pályázat kiírásától a támogatási szerződés megkötéséig átlagosan több mint egy év telik el. A Magyar Mérnöki Kamara ennek az egészségügynél szélesebb merítésben nézett utána, ott több mint négyszáz napot számoltak. Ha ezt a gyakorlatot a jövőre vetítem: 2012 áprilisában megjelenik egy pályázati kiírás, ennek alapján 2013 április-május, mire abból támogatási szerződés lesz. Ezután kezdhető meg a megvalósítás, a kiviteli terv, a közbeszerzések sorozata, az építőipari cégek kiválasztása, az építkezés, amelynek átfutási ideje a ház méretétől és a körülményektől függően, 9–15 hónap, és már bőven 2014-nél járunk. Mint ha kifutnánk az időből, az uniós költségvetési ciklusból.

– Hogy valósulhatnak meg így 2013 végéig az infrastrukturális fejlesztések?

– Például lehet az a megoldás, hogy nem építkezünk, nem betonba, vasba, téglába „öntjük” a pénzt, hanem eszközöket vásárolunk. Ezzel még elvileg megoldható lenne, hogy 2013-ig befejezzük a forrásfelhasználást, de az infrastruktúra, az épületállomány, az energetikai rendszer, a pavilonrendszerű kórházak, a több telephelyes megoldások problémái nem oldódnának meg, hurcolnánk magunkkal tovább a terhet.

– Lassítja a projektek előkészítését az intézmények tervezett állami átvétele?

– Fogalmazzunk úgy, hogy nem teszi gördülékenyebbé, mert ha a tulajdonosi átvétel folyamata egy időben zajlik a fejlesztés előkészítésével, az olyan munkaterhet ró az intézmény menedzsmentjére, ami külön-külön is nehezen teljesíthető – hát még azonos időben! Az a tapasztalat, hogy állami átadás-átvétel és a pályázat párhuzamos folyamata erőforrás híján akadozik. Mindemellett fontos kérdés az önrész és a pályázat előkészítési költségeinek felvállalása. A jelenlegi tulajdonosok tudják, hogy már nem sokáig maradnak ebben a pozícióban, semmilyen ambíció nincs bennük, hogy bármit is finanszírozzanak a később átadásra kerülő intézmények érdekében.

– Mi lehet a megoldás?

– Például kérhetik a vállalkozókat arra, hogy tessék ingyen pályázatot írni, ingyen terveket készíteni. Ám ez esetben felmerül a kérdés: miből fognak élni a vállalkozók? Azok, akik jelenleg irtatlan méretű kintlévőségi állományt próbálnak rendezni. Ugyanis borzasztó elmaradások tapasztalhatóak a számlák kifizetésében. Iszonyatos erózió megy végbe az építőiparban, az eszközszállításban, a hazai és multinacionális szállítóknál. Embereket váltanak le, cégek mennek tönkre. Ettől a vállalkozói rétegtől várjuk, hogy még szociálisan érzékeny emberekként álljanak be önkéntes munkával? Illetve az is megoldás lehet, hogy beemelünk olyan

cégeket a piacra, akiknek eddig semmi köze nem volt az egészségügyhöz. Olyan tervezőket, kivitelezőket, szállítókat, akik olyan mértékben alulinformáltak, hogy vakmerően képesek vállalkozni. Ennek könnyen lehet az az eredménye, hogy bele is bukunk – mert nem születik használható eredmény. Közben: halad az idő. Az elkövetett hibákat ki kell javítani, a hibás munkára, nem kellő eredményre vezető tevékenységeket pedig újra el kell vezetni.

– Mennyivel jobb a helyzet a már kihirdetett nyertessel rendelkező projektek esetében?

– Itt sem tekinthető rózsásabbnak a helyzet. A zöldmezős és az aktívból krónikus ellátásra váltó pályázatok esetében van lezárt, befejezett TIOP-pályázat, de például van olyan TIOP 2.1.3. pályázat, amelyben az eddigi kifizetések nem érik el a támogatási szerződési összeg 30 százalékát sem. De érdemes megnézni a nagy egészségügyi projekteket is. A Nemzeti Fejlesztési Ügynökség április eleji adatai szerint a nyolc Pólus-kórház esetében az eddigi kifizetés a támogatási szerződési összeg negyedét sem éri el. Lehet, hogy ennél nagyobb mértékű a készségi fok, de a kifizetések iszonyú lemaradásban vannak. Ugyanígy az onkológiai pályázatoknál az egy százalékot sem éri el az eddigi kifizetés, a struktúraváltási pályázatok esetében pedig 5,5 százalékot tesz ki a kifizetett összeg. A legjobban a sürgősségi projektek állnak, 60 százalék feletti kifizetéssel. Aztán ott vannak a rehabilitációs pályázatok. Hónapokkal ezelőtt volt a beadás, nincs még eredményhirdetés három régióban. Emellett a TIOP-programban található még 80 milliárdnyi pályázati forrás, amelynek a kiírására várunk: újabb struktúraváltási, sürgősségi és onkológiai projektek.

– Hogyan tudnánk ezt az óriási lehetőséget a jelenleginél optimálisabban kihasználni?

– A kérdés alapvető fontosságú, de sajnos nem tudom megválaszolni. A környezet ugyanis drasztikus módon változik, nagyon nagy mozgás tapasztalható az intézmények életében. Feladatkörük, ellátási területük, valamennyi kapcsolódó szerződés, a vezetésüket végző menedzsment – mind-mind változik. Felmerül hát a kérdés: hogyan tudnak ezek az intézmények stratégiában gondolkodni? Hogyan tudnak illeszkedni bármihez, ha csak most alakul ki jövőképük, most kell újratervezni a fejlesztéseket. Sajnos, a pénz-minőség-idő összefüggése nagyon rossz jövőképet vetít előre. A pénz kor-

látozott, az idő rendkívül szűkös, milyen minőséggel fognak hát ezek a projektek elkészülni? Az időhiányt sajnos csak bizonyos mértékig lehet pénzzel pótolni, a megfelelő minőség érdekében. Persze az is igaz, hogy olcsó húsnak híg a leve. Forrás hiányában a létrehozott műszaki tartalom is óhatatlanul elmarad attól a minőségtől, ami hosszú távon jobban megérné.

– Kimutatásai szerint a jelenlegi uniós költségvetési időszakban mennyi pénz áramlott a magyar egészségügy fejlesztésébe?

– Nagyon nehéz megmondani, hogy forintban mekkora az az összeg, amit az egészségügyi infrastruktúra fejlesztésre előirányoztak, hiszen az árfolyamváltás-



Ifj. Pólya Endre

tozás, a forrásfelhasználás áttervezése jelentősen módosította a képet. A TIOP és ROP programok 2007 óta együttesen nagyjából 350 milliárd forint építési és eszközbeszerzési fejlesztés lehetőségét tartalmazták. Kérdés, hogy ebből mennyi lesz, ami megvalósul, ami sikeresen befejeződhet úgy, hogy kijelenthető legyen: legalább egyet léptünk előre. Ám ez csak az érem egyik oldala. Való igaz, hogy megfelelő tárgyi feltételrendszerre van szükség, helyet és eszközt kell adni a szakemberek számára, ám mára a szakemberhiány meglehetősen rapid tempóban túlnőtte a pénzühiányt.

– De nem csupán az egészségügyben, hanem a műszaki-tervezői területen is.

– Sajnos, ma még nem létezik a műszaki infrastruktúra hiányosságaival kellő hangsúllyal és eréllyel foglalkozó fórum, pedig szükség lenne rá. Lehet, hogy valahol zajlik valamilyen műhelymun-

ka, ám megfelelően széles körű fórum segíthetne igazán. Elavult épületállomány, pazarló energiarendszer, felújítások, karbantartások sorozatos elmaradása – ezekkel a problémákkal sokkal komolyabban kellene foglalkozni. Ráadásul ha már egyszer egy a tulajdonos, lehetne valahol egy központi műszaki fenntartó főosztályt szervezni. Ám a trendek pontosan az ellenkező irányba mutatnak. Az elmúlt években a műszaki osztályok zsugorodtak, kiszervezések történtek, alig maradtak helyben képzett, hozzáértő szakemberek. Ezzel párhuzamosan a klinikai mérnökképzés iránti igény gyakorlatilag megszűnt, a műszaki egyetemről kikerülő friss diplomások pedig alig, vagy egyáltalán nem rendelkeznek e téren alkalmazható ismeretekkel. Azt talán mondanom sem kell, hogy olyan műszaki vezetés, amely a legelemibb előírások ismeretével sem rendelkezik, elég könnyen sodródhat veszélyes helyzetbe.

– Ebben a környezetben milyen jövőképet lehet felvázolni?

– Bízom abban, hogy a döntéshozók időben felismerik a jelenlegi helyzet tarthatatlanságát, az idő sürgető szavát meghallva felpörög a projektek végrehajtása, talán egyszerűsödnek a szabályok, az illetékesek pedig folyamatosan szem előtt tartják a nyilvánosság támasztotta igényeket és öröködnék a források szabályos felhasználásán. De valamit lépni kell, mert így a remélt eredmények csúfosan elmaradnak. Az elvesztegetett időből biztosan sok mindent meg lehet menteni, a véghatáridő tarthatóságát meg lehet célozni, de ez sem korlátlan lehetőség. Jól szervezett kivitelezéssel, hatékony munkavégzéssel, a projekt és a kivitelező folyamatos és gyors finanszírozásával lehet menteni a projekteket. A korszerű építési technológiák alkalmazásával lehet látványosan is rövidíteni a kivitelezési időt, de a lehetőségek itt is csak bizonyos határig adóttak. Az építőipar képes arra, hogy nagyon gyorsan megvalósítson több tízezer négyzetméteres épületeket is, de döntő mértékben nem az építőiparon múlik a projekt-véghatáridők csúszása. Irreálisan rövid idő alatt azonban nem lehet megfelelő minőséget elvárni. Ráadásul nagyon nagy túlekedés van a piacon, ami sok esetben a közbeszerzési eljárások kényszerű elhúzódását eredményezi, a jogorvoslati kérelmek, ajánlati felhívások visszavonása, újbóli kiírása miatt. Ezek nem használnak a projekteknek, a magyar egészségügy infrastrukturális felvirágoztatásának.

Csapatmunkában

ZÖLDI PÉTER

Április 24-én ünnepélyes keretek között adták át a szolnoki Hetényi Géza Kórház TIOP 2.2.2. projekt keretében megvalósult sürgősségi fejlesztését. Az intézmény kihívásairól és lehetőségeiről dr. Bene Ildikó főigazgatóval, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának alelnökével beszélgettünk.

–Főigazgató asszony, az országos ellátórendszerben milyen szerepre törekszik a szolnoki Hetényi Géza Kórház?

– 1010 aktív, 241 krónikus ágyunk van, 340 orvos dolgozik nálunk. OEP-bevételeink eléri a 10 milliárd forintot. Budapest és Debrecen között épp félúton vagyunk. Szerepünk józanul átgondolva nem lehet más, mint az erős, megyei kórházi szintű ellátás megvalósítása. A hozzánk érkező betegeket el kell látnunk, meg kell gyógyítanunk – csak a magasabb progresszivitási szinten ellátandó eseteket küldhetjük tovább. Intézményünk meghatározó szerepet tölt be a megye ellátásában, de fontos szerep vár ránk a nagyteréségi ellátás megszervezésében is. A jelenlegi egészségügyi környezetben az e szerepeknek való megfelelés nagyon komoly csapatmunkát igényel.

– Menedzsment-filozófiájuk lényege a csapatmunka?

– Közvetlen elődöm, dr. Sélleiné Márki Mária főigazgatónő kezdte el felépíteni azt a vezetői kultúrát intézményünkben, ami egyértelműen a csapatmunkán alapul. Az általa kialakított koncepciót továbbvittük, ütőképes, együttgondolkodó, egymásért sokat dolgozó vezetői testületet hoztunk létre, amely különösen aktív együttműködésben él az orvosokkal, a szakdolgozókkal, csapatunk többi tagjával és a betegekkel. Elődöm mindig azt mondta, hogy nem lehet Don Quijote módjára harcolni, mert a végén nagyon egyedül maradunk. Ezt a filozófiát igyekszik továbbfejleszteni a kórház csapata.

– Mennyire nehéz a Hetényi Géza Kórház élete?

– Egyáltalán nem felhőtlen. Vannak nehézségeink, sok a gondunk, magas fordulatszámokon dolgozunk. Sokszor kell tüzoltó jellegű tevékenységet végeznünk, hiszen mindig van olyan probléma, amit kezelni kell, de erőt ad a kiváló csapat. Igyekszünk jó munkakapcsolatot kialakítani a környező kórházakkal, a mentőszolgálattal, a háziorvos kollé-



Dr. Bene Ildikó

gákkal, a szakrendelőkkel, rendszeresen találkozunk, a felmerülő problémákat megbeszéljük, igyekszünk szembenézni a nehézségekkel.

– Nehézséget okozhat, hogy a megye egészségügyi ellátása a jövőben három nagyteréséghez fog tartozni.

– Helyzetünk meglehetősen összetett, hiszen Jász-Nagykun-Szolnok megye speciális helyzetbe került az egészségügyi nagyteréségek kialakítása kapcsán. Karcag és környéke az észak-alföldi nagyteréséghez tartozik, Kunszentmártont és vidékét – ismerve a közlekedési viszonyokat és a betegek kérésének megfelelően – mi magunk adtuk át a dél-magyarországi régiónak. Mi a dél-közép-magyarországi nagyteréségbe tartozunk. Látjuk, hogy a nagyteréségi határok kialakítása során megfelelő empátiával kell eljárni. A települések egy része nem szeretné, ha merev vonalakkal húznák meg az ellátási határokat. Például Tiszaföldvár, amely 25

kilométerre van Szolnoktól, hiába tartozik a kunszentmártoni járáshoz, szívesebben járnak hozzánk a lakosok. Hasonló a helyzet Abony és környéke esetében, ahonnan közelebb van Szolnok, mint Cegléd.

– Hogyan kapcsolódnak a magasabb progresszivitási szintű intézményekhez?

– Akkor sem voltunk egyszerű helyzetben, amikor a Debrecen központú régió része voltunk, mert oktatási és szakképzési területen Szegedhez tartoztunk, a betegek egy részét Debrecenbe, más részét Budapestre küldtük. A progresszív ellátás kapcsán racionalizálásra van szükség, ami nem lesz egyszerű feladat, mert fel kell építeni az új utakat és bejárni azokat. Az új betegutak mindenképpen Budapest felé mutatnak, ám a már megkezdett kezeléseket a betegek érdekében az eredeti helyen kell befejezni.

– Április 24-én adták át a TIOP 2.2.2. projekt keretében megvalósult sürgősségi fejlesztést. Milyen szerepet foglal el tevékenységükben a sürgősségi ellátás?

– Kórházunk a sürgősségi ellátás fejlesztésében mindig is élen járt. Az első sürgősségi osztályok egyike nálunk jött létre. A TIOP 2.2.2. fejlesztéssel az egykapus sürgősségi rendszer kialakítása felé fordultunk. A több mint 600 milliós beruházásban átalakítottunk egy 681 négyzetméteres épületrészt, amelyhez 754 négyzetméteres új terület kapcsolódik. Ezzel a fejlesztéssel nemcsak az infrastruktúra és a műszerellátottság javult, hanem a radiológiai fejlesztés első nagy lépése is megvalósult.

– Mennyire fontos a Hetényi Géza Kórház számára a fejlett képalkotó diagnosztika?

– Gyakorló belgyógyászként mindig is úgy gondoltam, hogy az elmúlt évtizedekben robbanásszerű fejlődés következett be a képalkotó diagnosztika területén. A fejlett képalkotás óriási lehetőségeket nyújt a betegellátásban, a helyes diagnózis megszerzésében, és a hatékony terápiában. Óriási távlatok nyílnak a digitális technológia elterjedésével, a telerradiológiai konzultációs lehetőséggel. Úgy vélem, a beteggel való személyes kapcsolatot a technika nem képes pótolni, de az ellátás rugalmasságának

Merre tart a technológia?

ZÖLDI PÉTER

Wagner Róberttel, a GE Healthcare regionális divízió igazgatójával, az Orvostechnikai Szövetség március végén megválasztott társelnökével beszélgettünk.

– Üzleti tevékenységében ultrahangok és nagy fejlettségű terápiás eszközök értékesítését irányítja. Az Orvostechnikai Szövetségben elsősorban a technológiai szállítókat képviselő társelnök. Hogyan látja a technológia-intenzív egészségügyi ellátás jövőjét?

– Az elmúlt hónapokban sokat gondolkodtam azon, hogy mi a technológiával támogatott, modern, XXI. századi egészségügy jövője. Amikor erről a kérdésről beszélgettünk, mind a négy szereplőnek: az ellátás finanszírozójának, a betegnek, a szakmának és a beszállítónak önálló, markáns víziója van. Nagyon gyakran érzem, hogy ha egyenként meghallgatjuk a szereplőket, mindenkinek szolid és jól megalapozott jövőképe van, de ezeket szinte sosem rakjuk egymás mellé. A négy szereplői kör célrendszerét ritkán feleltetjük meg egymásnak. Talán a magyar egészségügy jelenlegi vajdó állapota abból is fakad, hogy a négy különböző jövőkép nem került egymással konszenzusra.

– Ön szerint milyen víziói vannak a különböző szereplőknek?

– A beteg álma, hogy olyan ellátást kapjon, mint amelyet Svájcban kapna. A finanszírozó álma, hogy a jelenlegi költségszinthez képest annak feléből üzemeltesse a rendszert. A szakma álma, hogy olyan szintű technológiával dolgozzon, mint amilyen a Mayo Klinikán található, a beszállító vágya pedig az – és ezt be kell vallanunk őszintén, – hogy abban a múltbéli kellemes állapotban éljen tovább, amelyben a 80-as, 90-es évek fejletlen piacán felmutatott növekedési rátát fenn lehet tartani. Ha azt szeretnénk, hogy e célrendszerek mentén értelmes eredmény, valódi gyógyító tevékenység alakuljon ki, konszenzusra kell jutnunk.

– Ön mit javasol?

– A fejlesztéseknek összehangolt módon, valóban az igények, szükségletek és le-

hetőségek mentén felépített terv szerint kell megvalósulnia. Az elmúlt pár év uniós forrásokból történő fejlesztései kiváló központokat teremtettek meg – sziget-szerűen. Így tovább fokozták a rendszerben amúgy is jelen lévő inhomogenitást, amelynek eredményeként a XIX. század vége és a XXI. század közepe egyszerre van jelen a magyar egészségügyi ellátórendszerben.

– Ez a legfejlettebb technológiákra, az informatikára, a képalkotó diagnosztikára is igaz?

– Ezen a területen inkább az a gond, hogy nem párhuzamosan történik a képalkotás és az informatika fejlesztése. A modern képalkotó diagnosztika fejlesztésében mindennapos élmény, hogy egyedülálló berendezések kerülnek installálásra, és nem valósul meg a képalkotó eszközökkel párhuzamosan az informatikai rendszerek legalább azonos ütemű fejlesztése. Márpedig a fejlett telemedicinának három lába van: a letelepített eszköz, a megfelelő sebességgel kommunikálni képes információs hálózat, és mellette a PACS-rendszerek, amelyekkel az információ megosztható, bárholnan elérhetővé tehető. Bármelyik láb hiányzik vagy rövidebb a többinél, használhatatlan a rendszer.

– Mégis, hogyan lehet Magyarországon elérhetővé tenni a legmodernebb technológiákat?

– Hiszek a centrumszemléletben. A legkorszerűbb technológiát és a leghozzáértőbb szakembereket centrumokban kell összpontosítani. Viszont azokat hozzáférhetővé kell tenni a végpontokon is: nem elsősorban fizikálisan, hanem az informatika révén. Ezért tartom nagyon fontosnak, hogy az egészségügyi informatika a következő években még nagyobb sebességgel fejlődjön, mint a diagnosztikai modalitások. Ezzel párhuzamosan a beruházásoknál egyre inkább az a cél, hogy minél olcsóbban szerezzék be az eszközöket. Ez önmagában nem rossz cél, mert az ellátórendszerben elkölthető források összege nem nő. A lehetőségek és igények harmonizálásáról azonban nem szabad elfeledkezni, csakúgy, mint a berendezés élettartama alatt keletkező összes költségről. Egy felelősen gazdálkodó

egészségügyi finanszírozó a beszerzéseinél mindig figyelembe veszi azt, hogy a berendezés élettartama alatt milyen járulékos költségei keletkezhetnek az eszköz fenntartásából.

– Most akkor olcsó berendezésekre vagy csúcstechnológiára van szükség Magyarországon?

– A „minőség” és az „innováció” mellett fel kell vennünk fogalomtárunkba az „elérhető” és „lehetséges” kategóriákat is. Magyarországon lehet álmódzni a csúcskategóriáról, de tudomásul kell venni, hogy egyensúlyt kell teremteni a lehetőségek és igények között. Kiváló példa erre a közelmúlt minisztériumi autóbemutató: az Audik és Saabok lecserélése Skoda Superbekre. Érdemes hasonlóan gondolkodni az egészségügyi beszerzések kapcsán is. Ez természetesen egyáltalán nem zárja ki a centrumszemléletet. A centrumokban ott kell lennie a csúcstechnológiának, példa erre az Országos Onkológiai Intézetben április folyamán beüzemelésre kerülő GE Discovery MR750W 3.0T, három tesla térerejű, hipermodernnek számító MR-berendezésünk. Ez a készülék is kiváló bizonyíték arra, hogy a csúcstechnológiának a progresszivitás megfelelő szintjére kell kerülnie.

– A közelmúltban a GE Healthcare ultrahang üzletágának regionális vezetése mellett kinevezték a Life Care Solutions üzletág regionális vezetőjévé. Mit takar ez az angol fogalom?

– Life Care Solutions üzletágunk egy olyan nagy kosár, amelyben összegyűjtöttük azokat az orvosi technológiai eszközöket, az egyszerű EKG-tól a lélegeztető gépeken át az inkubátorokig, amelyeket az intenzív terápiás osztályokon, a műtökhöz, a kardiológiai és nőgyógyászati szakambulanciákban használnak. Üzletágunk tehát rendkívül heterogén eszközcsoportok összessége. Pontosan azért párosították össze az egyik nagy diagnosztikus modalitással, az ultrahang-diagnosztikával régióinkban, mert egyrészt elismerik az elmúlt években ultrahang-diagnosztikában végzett munkát, másrészt felismertük, hogy a vevő egyre gyakrabban nem egyetlen eszközt kíván beszerezni, hanem komplex megoldást igényel, amely minél

teljesebb mértékben lefedi az orvosi technológiával szemben támasztott elvárásokat. Az eszközök összekapcsolhatósága reális igény és létező lehetőség, de nem minden vonatkozásban működik. Nálunk igen. A képalpító diagnosztika

tő gépek ki tudják váltani a humán erőforrás egy részét, illetve hatékonyabbá tenni annak felhasználást. Persze fontos az is, hogy az eszközök használata gyorsan elsajátítható legyen. Például altatógépeink olyan szoftvereket tar-



Wagner Róbert

tika mellett a betegőrzés, az alapvető életfunkciók ellenőrzése és fenntartása a terápiás tevékenység alapja, amely nagyon komoly informatikai háttérrel igényel ma már.

– Miben segíthetnek az ellátás során a legmodernebb informatikai háttérrel nyújtó eszközök?

– A korszerű betegőrzésben és monitorozásban a fejlett technológia azért alapvető fontosságú, mert az egészségügyben ma az emberi erőforrás biztosítása jelentős kihívást jelent. Ezért fontos, hogy olyan korszerű technológiát tudjunk a betegőrzésben alkalmazni, amely képes a hiányzó erőforrásokat kiváltani. Ha kevesebb nővér van, akkor a korszerű, intelligens betegőrző monitorok, egyszerűen kezelhető lélegeztes-

talmaznak, amelyekkel optimalizálni lehet az altatógáz használatát, így jelentős költségeket lehet megtakarítani. Létezik olyan modulunk altatógépeinkhez, amellyel követni lehet az altatás mélységét, ez hozzásegít ahhoz, hogy az aneszteziológiai munkafolyamat is jobban követhetővé váljon.

– Milyen feladatok várnak Önre ezen a területen?

– Amikor az a döntés született, hogy az ultrahang-diagnosztikai üzletágat a betegőrző eszközökkel összekapcsoljuk, az volt a cél, hogy kiszolgáljuk komplex megoldások beszerzésére törekvő partnereink igényeit. A vevő rendszerint nem egy eszközt akar vásárolni, hanem jól definiált problémája van, amire minél komplexebb megoldást keres. A GE

Healthcare nemzetközi termékportfóliója tökéletesen alkalmas arra, hogy ezt a komplexitást hatékonyan megteremtse. Ezért az értékesítési szervezetet úgy alakítottuk át, hogy a megoldás ügyfeleink számára is könnyen elérhető legyen. A Life Care Solutions nagyon sok cég akvizíciójából jött létre, amelyeket a szakma önmagában is jól ismer és elismer, viszont ezek sosem kapcsolódtak össze a GE Healthcare márkával, pedig már hosszú évek óta a GE Healthcare a tulajdonos. Most az a feladatunk, hogy a jól bevált eszközök, a megszokott minőség és GE Healthcare márká közötti kapcsolatot partnereinknek bemutassuk.

– Az Orvostechikai Szövetség március végi közgyűlésén a szervezet társelnökének választotta. Hogyan látja az Orvostechikai Szövetség szerepét a magyar egészségügy fejlesztésében?

– Az Orvostechikai Szövetség a beszállítók egyetlen és lehetséges „compliant” fóruma, ahol egymással szabályozott keretek között, az Eucomed irányelvek mentén tárgyalhatnak, másrészt érdekérvényesítő fórumként léphetnek fel. Köszönhetően számos emblemikus szakember lelkiismeretes munkájának, a kormányzat szemében az Orvostechikai Szövetség elfogadott és komolyan vett tárgyalópartnerre vált. Szinte minden esetben módunk nyílt a beszállítói vélemények konzultatív módon történő megfogalmazására, ami egyértelmű előrelépés a korábbi évekhez képest.

– Ezen belül hogyan határozza meg saját szerepét?

– Saját szerepem kapcsán fontosnak tartom azt a célt, hogy a Szövetségben megfelelő súllyal képviseltesse magát a képalpító diagnosztika és az informatika is. Az elmúlt években komoly lépéseket tettünk annak érdekében, hogy ha ma valaki az Orvostechikai Szövetségre gondol, ne csupán a gyógyászati segédeszköz terület jusson eszébe, hanem azon kórházi beszállítók is, amelyek modern, egyszer használatos eszközöket, fejlett berendezéseket, informatikai megoldásokat forgalmaznak, és nagyon mélyen a magyar egészségügyi integráns részét képezik. Az Orvostechikai Szövetség egyik legfontosabb tulajdonsága, hogy a véleménye sosem egyetlen beszállító véleménye, hanem a legkülönbözőbb érdekek mentén mozgó beszállítók érdekeinek egyfajta desztillátuma. Ettől válik értékelhetővé és megfontolandóvá a magyar egészségügy döntéshozói számára az Orvostechikai Szövetség szerepe.

Telemedicina a mai magyar egészségügyben

FICZERE ANDREA

Az elmúlt években sokan és sok helyen beszéltek a telemedicináról, számos elemzés, javaslat látott napvilágot, mégis úgy érzem, nem sokkal vagyunk előrébb. A tervezett projektek jó része elhalt, vagy el sem kezdődött.

Magyarországon mai napig nincs még olyan bevezetett telemedicina-rendszer, mely túllépne egy-egy egészségügyi szolgáltató szűkebb páciensi körén, és szélesebb közönség számára elérhető lenne. Kivételt képeznek ez alól az első-sorban orvosi egyetemeken bevezetett távoktató rendszerek (pl. „Unikális patológiai preparátumok négydimenziós megjelenítése és interaktív tananyagok fejlesztése” című TÁMOP projekt – Semmelweis Egyetem, Epilepsziás Betegkért Alapítvány (1)), ill. az egyes, leginkább pilot projektként működő home monitoring próbálkozások.

Összehasonlítva a magyarországi helyzetet a környező és távolabb fekvő országok folyamataival, leszögezhetjük: elérkezett az idő, hogy komoly lehetőségként és megoldásként foglalkozzunk a telemedicinális folyamatok elterjesztésével, a jelenlegi egészségügyi ellátáshoz való integrációjával. Lépnünk és tennünk kell – nem csak beszélni és tervezni, majd pedig, ha elakadunk, magyarázkodni, hogy mi miért nem valósult, nem valósulhatott meg.

Az alábbiakban összefoglalom a jelenlegi helyzetet, és javaslatokat teszek a jövőre vonatkozóan.

A jelenlegi helyzet

A telemedicinális szolgáltatások elterjedése ellen ható folyamatok

Annak, hogy a hazai egészségügyi piacon kevésbé terjedtek el a telemedicina-rendszerek, több oka van:

Földrajzi méret

Magyarország nemzetközi mércével mérve sűrűn lakott, kis területű ország, vi-

szonylag fejlett közlekedéssel, nincsenek nehezen elérhető régiók.

Központosított egészségügyi rendszer

A magyar egészségügyi intézmények önkormányzati, vagy kormányzati tulajdonban vannak, a finanszírozás központilag történik. A magyar egészségügyi intézmények mozgástere a finanszírozás nehézségei miatt viszonylag korlátozott. Ennek következtében a hazai intézményekre kevésbé jellemző az innováció, ami a telemedicina szolgáltatási rendszerek kialakulásának sem kedvez.

A finanszírozás nehézségei

A telemedicina-rendszerek működésének egyik alapvető szempontja, hogy a folyamatos fenntarthatóság anyagi oldalról is biztosított legyen. Mivel Magyarországon nem működik több-biztosítás rendszer, illetve a co-payment, vagy a páciens által történő közvetlen finanszírozás (fee for service) sem jellemző, minden egészségügyi szolgáltatást – kivéve a privát egészségügyi intézményeket – az OEP finanszíroz. Az OEP jelenleg nem fizeti a telemedicina kategóriába tartozó szolgáltatásokat, ezért a jellemzően nehéz anyagi helyzetben levő intézmények még akkor sem motiváltak a bevezetésre, ha azzal több páciens hatékonyabb ellátására lennének képesek.

Viszonylag nagy egészségügyi szolgáltatói kapacitás

Az egy főre jutó orvosok és kórházi ágyak számában Magyarország az egyébként hagyományosan jó mutatókkal rendelkező európai országok átlaga fölött teljesít. Általánosságban elmondható, hogy az ország gazdasági helyzetéhez képest a lakosság könnyen jut megfelelő színvonalú orvosi ellátáshoz, így sok esetben sem a szolgáltató, sem a betegek nem motiváltak új szolgáltatások bevezetésére és igénybevételére.

Kevés privát egészségügyi intézmény

A fizetős egészségügyi intézmények száma viszonylag alacsony, és a felvevői piac szűk szegmensét szolgálják ki. A páciensi kört ezekben az intézményekben jellem-

zően nem a telemedicina-rendszerek tipikus felvevőpiacának számító krónikus betegség vagy idős kori problémák miatt kezelik, így az ilyen szolgáltatási kör egyelőre nem tartozik bele a privát egészségügyi intézmények üzleti fókuszába.

A telemedicinális szolgáltatások elterjedését ösztönző szempontok:

A magyarországi egészségügyi piac a telemedicina-rendszerek elterjedését gátló tényezők mellett ugyanakkor több olyan jellemzővel rendelkezik, melyek egyébként nagyon is indokoltá tennék a telemedicina-szolgáltatások széleskörű elérhetőségét.

Magyarországon a 15 év feletti lakosság 41 százaléka krónikus betegségben szenved. A fiatal, 15–29 évesek 6 százaléka, a 40–49 16%-a hipertóniás (2). Kb. félmillióra becsülik a cukorbetegek számát, mely európai viszonylatban kimagaslóan nagy érték, különösen magas a 2-es típusú változatban megbetegedettek száma. A krónikus betegségben szenvedők folyamatos monitorozást, illetve megfelelő beteg-edukációt igényel(né)nek.

Hipertóniában és diabéteszben már könnyen és hatékonyan lehet követni a beteg medikai adatait az egyébként elérhető áron kapható eszközökkel. Valószínűleg ennek köszönhető, hogy már hazánkban is több helyen működik „mikrokörnyezetben”, azaz egy-egy orvos vagy orvos-csoport által egy szűkebb páciensi körnek nyújtott telemedicina szolgáltatás. A hiányzó láncszem a szolgáltatásban az intézményi oldalon rendszerbe állított telemedicina infrastruktúra és folyamatmenedzsment. Ennek kialakítása azonban nemcsak a szolgáltatásban részt venni kívánó orvosok hajlandóságán múlik.

Szabályozási környezet: a Széchenyi- és a Semmelweis-terv

Magyarország egészségügy reformját a 2011 januárjában közzétett Új Széchenyi Terv stratégiai célként határozza meg. A Semmelweis-terv 2011 júniusában közzétett koncepciója pedig több helyen is tartalmaz indirekt és direkt utalásokat a

telemedicina-rendszerek támogatására, ám konkrét megvalósítási terv nem szerepel a közzétett dokumentációban, illetve a tervezet nem tér ki a telemedicina rendszerrel kapcsolatos finanszírozási kérdésekre.

A Semmelweis-terv ezzel együtt megfogalmaz néhány olyan alaptételt és célt, mellyel egyértelműen a telemedicina-rendszerek bevezetésének lehetőségét vetíti előre (3). A szakmai anyagban felsorolt tényezők egybecsengenek a telemedicina bevezetése mellett felhozott érvekkel, úgymint az ellátásra szorulóknak számának és arányának növekedése, és várható előnyökkel, mint pl. a felesleges betegutak csökkentése miatt várhatóan mérséklődő munkaidő-kiesés.

A Semmelweis-terv az egészségügyi ellátórendszer reformjához átfogó betegút-szervezési és progresszivitási rendszert definiál, melynek kialakításában figyelembe veszi a földrajzi, logisztikai adottságokat, valamint az ellátórendszer egységeinek szolgáltatási portfólióját is. A rendszerben „progresszivitási szinteket” határoz meg, melyeknek a hagyományos egészségügyi szolgáltatások működtetésén túl új feladatokat is kioszt. A telemedicina-kapcsolódású feladatokat az országos progresszivitási szint alá, térségi központokba sorolja.

A telemedicina-szolgáltatások perspektívájából nézve a Térségi Egészség-szervezési Központ progresszivitási szintjén már rendelkezésre állnak azok a jogosítványok és információs képességek, melyek a telemedicina-rendszerek beindításához és működtetéséhez szükségesek. Az is látható, hogy a Térségi Egészség-szervezési Központok feladatainak teljesítését nagyban megkönnyítené a telemedicina-szolgáltatások működtetése, különös tekintettel a szakmaspecifikus támogató tevékenységek megszervezésére, térségi betegutak szervezésére, valamint a képzések, tréningek biztosítására.

Az egészségügyi ellátórendszer reformjának végrehajtásához szükséges informatikai fejlesztésekről konkrét javaslatokat és stratégiát a Széchenyi Tervhez kapcsolódó „Digitális Megújulás Cselekvési Terv” tartalmaz, amely az alábbi célokat határozza meg:

„Kormányzati orientációjú, ugyanakkor piaci oldalról is fejleszthető életvitel-támogató szolgáltatások, pl. telemedicinával is támogatott prevenció, felügyelet, diagnosztika, terápia és rehabilitáció.” (4)

Kapcsolódó akciók:

- Nemzeti Egészségügyi Informatikai (eHealth) Rendszer

- Térségi, funkcionálisan integrált intézményközi információs rendszerek kiépítése
- Országos egészségmonitorozás és kapacitástérképezés, elemzési módszertan kialakítása
- Betegazonosítási rendszer fejlesztése
- Az állampolgári kártya használhatóságának megteremtése az egészségügy minden területén
- Elektronikus egészségügyi kórlap
- E-recept
- Egészséges életvitelt támogató elektronikus egészségügyi megoldások, pl. távmonitoring, távdiagnosztikai és telemedicina-alkalmazások fejlesztésének támogatása
- Az egészséges életvitelt támogató korszerű elektronikus alkalmazások elterjesztése.

A Semmelweis-terv és a Digitális Megújulás Cselekvési Terv várható hatásai a telemedicina rendszerek terjedésére

A kapcsolódó akciók listája alapján a koncepció átfogóan kívánja rendezni az egészségügyi informatikai megoldásokat, mely terv mindenképpen biztató, tekintve, hogy a magyarországi egészségügyi piac alapvető információtechnológiai hiányosságai között az egészségügyi rendszerek szigetszerű működéséből és a medikai adatok átláthatatlanságából, illetve nehéz hozzáférhetőségéből fakadó feleslegesen multiplikált medikai szolgáltatások az egyébként is szűkös egészségügyi forrásokat terhelik. Naivitás lenne azt gondolni, hogy egy alapvetően széttagolt, nem megfelelő informatikai integráltsággal működő egészségügyi piacon lehetőség lenne átfogó, stratégiai szolgáltatásként kezelt telemedicina-rendszerek bevezetésére. A leírtak alapján a tervezet készítői hasonló gondolatmenet alapján alakították ki a dokumentációt. A cselekvési tervből kirajzolódó koncepció alapján az alábbi folyamat prognosztizálható:

Első lépésként a szigetszerűen működő medikai rendszerek közötti kommunikációs platform bevezetésére kerülhet sor. A jelenlegi helyzetben az egyes intézményi és házi orvosi rendszerek között, de még az OEP informatikai rendszere felé is sok esetben korlátozott az adatok megosztása és az információcsere. Ez alapvetően a műszaki környezet felépítéséből, a központi, átfogó informatikai gerinchről hiányából, jelentős részben pedig a medikai adatokkal kapcsolatos jogvédelmi szabályozás hiányosságából, átláthatatlanságából, nehézkességéből fakad.

Ennek köszönhetően a jelenlegi központi rendszerek és az adatok tárolásával és megosztásával kapcsolatos korábbi próbálkozások (IKIR) legjobb esetben is csak részeredményeket hoztak, de nem szüntették meg az adatok szegmentált tárolásából fakadó problémákat, például a multiplikáltan elvégzett vizsgálatok miatt kialakuló finanszírozási anomáliákat, melyek jelentős mértékben hozzájárulnak az egészségügyi intézmények alulfinanszírozottságához és az ellátási lánc akadozásához. A kialakult helyzet javítása kritikus tényező lesz bármilyen továbbfejlesztés szempontjából, hiszen a telemedicina-rendszerek folyamataiban jelentős szerepe van a rendszerek közti medikai adatok átadásának, illetve hozzáférhetővé tételének a szolgáltatásban résztvevők számára. A legjobban kialakított környezet és folyamatrendszer mellett sem lehet működőképes a szolgáltatás, amennyiben a jogi környezet és az adatok átadásának lehetősége és módja nem támogatja azt.

Az akcióterv második része a külső rendszerek (állampolgári kártya, e-recept stb.) illesztésével foglalkozik. A tervezett intézkedések várható hatása, hogy az elektronikus páciens-azonosítás a jelenleginél hatékonyabban, ill. az ugyanazon pácienshez tartozó adatok összegyűjtését és a folyamatban résztvevők megfelelő szintű hozzáférését megfelelően biztosítva működik majd. Az elektronikus azonosítók (e-ID, e-TAJ, e-recept) bevezetése lehetővé tenné, hogy a felesleges betegutakat, valamint a sok szempontból redundáns és költséges papíralapú kommunikációt felváltsa egy hatékonyabb rendszer.

A telemedicina-rendszerek bevezetése logikus következménye a megelőző lépések eredményeinek, hiszen az ilyen szolgáltatások elterjedésének eddigi legnagyobb korlátja – az intézményi infrastruktúra hiánya mellett – a páciensek medikai adataihoz való hozzáférés nehézkessége volt, mind jogi, mind műszaki szempontból. Paradox módon, a telemedicina-szolgáltatások páciensoldali műszaki megoldásai már évek óta lehetőséget adnának telemedicina-megoldások bevezetésére, amint arról a honi környezetben is kialakult, mikroszinten működtetett rendszerek is tanúskodnak. A szélesebb körben való elterjedéshez a fent részletezett akcióterv minden bizonnyal hozzájárul majd.

A Digitális Megújulás Cselekvési Terv a kapcsolódó feladatokként megjelölt 3.24 és 3.25-ös akciók ütemezését 2011. utolsó negyedéve és 2014.

közé teszi. Ez egyben azt jelenti, hogy a telemedicina-rendszerek fejlesztése nagyrészt párhuzamosan történik az egészségügyi informatikai rendszerek integrációjával és a külső rendszerek illesztésével. A folyamatok egyidejűsége nehézségeket okozhat a telemedicina-rendszerek implementációjában, mivel a telemedicina-rendszerhez illeszkedő medikai adatbázisok és szoftverek architekturális kialakítása és kommunikációs protokollja nagyban befolyásolhatja a telemedicina-rendszerek működésének lehetőségét.

A 3.24-es akciótervben részletezett lépések részben a rendszerek fejlesztését és a hozzájuk kapcsolódó innováció finanszírozását célozzák meg, részben pedig a működés módszertanának kialakítását segítik az inkubátorházak és kompetenciaközpontok létrejöttének támogatásával.

A 3.25-ös terv – úgy tűnik – elsősorban a telemedicina megoldások „felvévőpiaca”, azaz a páciens szemszögéből próbálja megközelíteni a rendszerek működését, s ez elengedhetetlen az otthoni betegmonitorozás szempontjából. A páciens kör ismeretanyagának növelése a témában azonban első megközelítésben rész megoldásnak tűnhet, hiszen a telemedicina-rendszerek működtetése szempontjából jelenleg az egészségügyi intézmények tevékenysége a hangsúlyosabb, erről viszont konkrétan nem esik szó a tervezetben.

A Semmelweis-terv és a Digitális Megújulás Cselekvési Terv nem teljesen előzmény nélküli a magyarországi egészségügyi piacon, hiszen a magyarországi telemedicina-projektek támogatására már 2007-ben létrehozták az eVITÁt, azaz az „életvitelt segítő Infokommunikációs Technológiák és Alkalmazások – Nemzeti Technológiai Platform”-ot. Az eVita célja, hogy a napjainkban elérhető legmodernebb technológiák felhasználásával elősegítse a telemedicina-megoldások kifejlesztését. (5)

Az eVITA platform főbb tematikus kutatási és módszertani fejlesztési területei:

- Távfelügyelet IKT-eszközökkel
- Terápiakövetés IKT-eszközökkel
- Fogyatékok pótlása IKT-eszközökkel: stratégiai kutatási célkitűzések
- Egészségmegőrzés támogatása IKT-eszközökkel (6)

Az eVITA programja és támogatott kutatásai összhangban vannak a Semmelweis-tervben meghatározott irányvonalakkal, és illeszkednek a Digitális

Megújulás Cselekvési Tervhez, sőt – bár időben az eVITA megalakulása megelőzi e két tervezetet –, programja lényegében a Digitális Megújulás akcióterv egy részletesebben kidolgozott változatának is tekinthető

Mi lehet a megoldás?

Általánosságban véve elmondható, hogy a telemedicina-rendszerek széleskörű elterjesztéséhez három alapvető stratégiai tényezőnek kell előállnia:

1. Finanszírozás megteremtése: A magyarországi egészségügyi intézmények anyagi lehetőségeit figyelembe véve történhet központi költségvetési tételként, Európai Unió pályázati forrásból, vagy piaci befektetőn keresztül.

2. Az informatikai háttér kiépítése nem pusztán az intézményi informatikai infrastruktúra kialakítását jelenti. Elő kell állnia egy olyan szolgáltatási platformnak, melyhez a szolgáltatást igénybevevők könnyen és biztonságosan tudnak kapcsolódni, ellenkező esetben a telemedicina-szolgáltatás hatékonysága korlátozott lesz.

3. A telemedicina rendszert működtető módszertan és a kapcsolódó folyamatok integrációja nélkül a telemedicina-szolgáltatás nem válhat az intézményi tevékenységek szerves részévé. Ahhoz, hogy elkerüljük annak a lehetőségét, hogy a telemedicina mintegy addicionális tevékenységként legyen jelen a szolgáltató intézmény oldalán, és a működtetéssel megbízott munkatársak csak plusz tehernek érezzék ezt a tevékenységet, elengedhetetlen a folyamat megfelelő integrációja. Ennek egyik legfontosabb eleme a telemedicinális ellátási folyamatok algoritmusainak és protokolljainak megalkotása, majd azok illesztése a jelenlegi rendszerhez. Ez korántsem egyszerű feladat, de a fejlettebb országok példái bizonyítják, hogy igenis kivitelezhető.

Konklúzió

Az Új Széchenyi Terv, a Semmelweis-terv és az információtechnológiai megvalósítást célzó Digitális Megújulás cselekvési program egyértelmű stratégiai célként kezeli a telemedicina megoldások bevezetését és elterjesztését. A tervek készítői érezhetően próbáltak keresztülvinni egy koncepciót, mely szerint a Semmelweis-terv az egészségügy átfogó reformjával, a Digitális Megújulás program pedig a műszaki megoldásokkal operál.

Amiben sem az Új Széchenyi Terv, sem a Semmelweis-terv nem ad egy-

értelmű választ és iránymutatást, az a telemedicina-rendszerek fenntartásához szükséges finanszírozás kérdése, valamint a telemedicina szolgáltatások integrációja a jelenlegi egészségügyi szolgáltatásokhoz. Utóbbi esetben persze kérdéses, hogy egy telemedicina-rendszer integrációja, majd üzemeltetése a mindennapi intézményi folyamatok között mennyire szabályozható központilag. Ezzel együtt, amíg az ellátási kötelezettség, de legalábbis az ajánlás nem terjed ki a telemedicina szolgáltatások bevezetésére, majd alkalmazására, addig az egészségügyi intézmények részvétele esetleges marad, és a mindenkorai intézményi vezetőség hozzáállásának függvénye lesz.

Ahhoz, hogy minél hamarabb működő telemedicina-rendszer legyen Magyarországon, a központi támogatás bevezetésén és a jogi szabályozás megalkotásán kívül számos azonnali, operatív, konkrét lépés megtétele szükséges.

Ezek egyike lehet egy olyan bizottság/szervezet létrehozása, mely magára vállalja a fent felsorolt feladatok koordinálását. Ennek a szervezetnek el kell hitetnie a rendszerben lévő szereplőkkel, hogy a legújabb IT-folyamatok – így pl. a telemedicina – bevezetése költség-hatékonyabbá, magasabb színvonalúvá, igazságosabbá, biztonságosabbá, egyszerűbbé, s ha lehet ilyet mondani, élvezhetőbbé tenné a betegellátást. Nyilvánvaló, hogy a bizottság tagjainak a téma elkötelezett híveinek kell lenniük, hiszen borítékolható a különböző szinteken történő ellenállás, a minden egyes lépésnél szembejövő nehézség. Olyanoknak kell az ügyért dolgozni, akik a megoldást keresik, s nem a nehézségeket sorolják, akik zsigerileg tudják, hogy nemcsak a távoli jövőért, hanem – bár furcsának tűnhet –, de a jelenért is küzdenek, akik kreatívak, akiknek mindig van egy B-tervük, akiknek hite, munkabírása, elszántsága megkérdőjelezhetetlen. Tenni kell. Nem holnap, hanem már ma.

Irodalom

1. Mallász Judit: *Preparátum a képernyőn* – *Computerworld* 2012. január
2. Dr. Lantos Zoltán: *Egészségmagazin* – *Weborvos* 2011.12.
3. *Semmelweis-terv – Vitairat*
4. *Digitális Megújulás Cselekvési Program*
5. *Nemzeti Innovációs Hivatal (NIH)*
<http://www.nih.gov.hu/sajtoszoba/sajtokozlomenyek/felporog-evita>
6. *eVita – Nemzeti Technológiai Platform*
<http://evitaplatform.hu/hu/evita-sia>

Hárman egy országban

RADNAI ANNA

Az országban három rehabilitációs osztály nyerte el az Európai Szakorvosok Szövetsége (UEMS) program-akkreditációját. A Szövetség célja, hogy elősegítse az orvostudomány és a technológia magas szintű minőségének biztosítását, és az Unió országában az európai harmonizációs folyamatokat. Rehabilitációs Szekciójának küldötte dr. Dénes Zoltán, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet orvos igazgatója. Alábbiakban röviden bemutatjuk az UEMS tevékenységét és az akkreditált osztályokat, melyből kettő az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben, egy pedig a Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórházban működik.

Az Európai Szakorvosok Szövetségének (UEMS) nemzetközi munkájában országunként két küldött (national manager) vesz részt, közülük egyik dr. Dénes Zoltán, az OORI orvosigazgatója, aki a rehabilitációs szekcióban (PRM) immár a második éve tölti be tisztségét, prof. dr. Kullmann Lajos mintegy tíz éves tisztségviselését követően. A Szövetségben tevékenykedő szakemberek célja, hogy segítsék az Unió országokban az európai harmonizációs folyamatokat. Ezt a feladatot három fő terület köré csoportosították: a terminológia és kompetencia meghatározásához, a képzés és oktatás megtervezéséhez és lebonyolításához, valamint a minőségügy, etika, kutatási tevékenység, és program-akkreditáció kidolgozásához és elvégzéséhez. A különböző területekért más-más munkacsoportok felelnek.

Az UEMS akkreditáció különböző formái

Az egyéni szakvizsgák UEMS European Board of PRM standardjának történő megfeleltetését a jelöltek egyénileg végzik, Dénes Zoltán közvetítői segítségével. A tananyagot a Board munkatársai egységesítik, próbálják megfeleltetni valamennyi országban. (Dénes Zoltán egyben a Semmelweis Egyetem Rehabi-

litációs Tanszékének docense, így a hazai tanterv és vizsgarend kidolgozásakor az UEMS ajánlásait is figyelembe vették.) „A PRM szakképesítés UEMS akkreditációját jelenleg két módon lehet megszerezni”, tájékoztat Dénes Zoltán. „Az egyik, a már legalább 10 éve a rehabilitációban aktívan dolgozó szakorvosok részére az ún. ekvivalencia-vizsga, valamint a szakorvosjelölteknek létrehozott vizsga. PRM oktatók és képzőhelyek tanúsítása is folyik a Board standardjai alapján.” Magyarországon 12 rehabilitációs szakorvos rendelkezik ekvivalencia-vizsgával, hárman oktató minősítéssel, és egy intézet – az OORI – akkreditált oktatási helyként is funkcionál, tehát itt megszerzhetik az Európai Unió országainak rehabilitációs szakorvos jelöltjei az UEMS szakképesítést.

A személyek és a képzőhelyek mellett külön zajlik az osztályok, ill. a programok akkreditációja, mellyel az UEMS Minőségügyi Bizottsága, a Clinical Affairs Committee foglalkozik. A programakkreditációt öt évvel ezelőtt kezdték kifejleszteni. Komplex követelményrendszernek kell megfelelni ahhoz, hogy egy adott osztály tevékenysége akkreditált legyen. A kérdéssor rendkívül hosszú, kitér az osztály tevékenysége mellett a betegellátás részleteire, pl. arra, hogy milyenek a fizikai körülmények, hogyan zajlik a betegfelvétel és az elbocsátás, milyen állapotfelmérést végeznek a pácienseken, vannak-e rehabilitációs célkitűzés tervek és hogyan dokumentálják ezeket, milyen betegbiztonsági elemekkel rendelkeznek, milyen képesítésű szakemberek dolgoznak az osztályon, ők milyen továbbképzéseken vesznek részt. Be kell mutatni a betegellátás főbb mutatóit, valamint az eredmények monitorozásának dokumentációját, stb. Az elbírálást öttagú nemzetközi zsűri végzi. Magyarországon három osztály programja felel meg az UEMS PRM elvárásainak. Az akkreditáció kibocsátásának időrendi sorrendjében elsőként szerzett akkreditációt az OORI Koponya-agysérültek Rehabilitációs Osztálya az agysérülés okozta neurológiai károsodások rehabilitációjára, majd csaknem egy időben a Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztálya az oszteoporotikus betegek

törésének rehabilitációjával, és az OORI Vegyes Profilú Mozgásszervi Rehabilitációs Osztálya a neurológiai betegség következtében károsodott mozgásszervi betegek rehabilitációjával. Az alábbi interjúinkban az akkreditált programok vezetőit kértük, mutassák be megpályázott tevékenységüket.

Dr. Dénes Zoltán – OORI, Koponya-agysérültek Rehabilitációs Osztálya.

– Mi az Ön osztályán zajló UEMS PRF akkreditált program pontos meghatározása, mit kellett tenniük a képesítés elnyeréséért?
– A program a koponya-, illetve agysérültek rehabilitációjával foglalkozó osztályunkon belül a neurológiai károsodásból kialakult fogyatékoság rehabilitációjára vonatkozik. Bent fekvő betegeink kb.



Dr. Dénes Zoltán

fele balesetes agysérült, harmada stroke-on átesett beteg, a többi páciens pedig egyéb neurológiai károsodás miatt él fogyatékkal. Az akkreditáció során számot kellett adnunk arról, hogy hány rehabilitációs szakorvos dolgozik osztályunkon, milyen egyéb, megfelelő képesítéssel rendelkező szakemberek vesznek még részt a munkában – gyógytornász, mozgásterapeuta, konduktor, logopédus, neuropszichológus, ápoló – és milyen tevékenységet folytatunk az akkreditációban benyújtott programon belül. A te-

vékenység meghatározásához hozzátartozik a betegek kórrajza, a dokumentáció bemutatása, a team-munka menete, a megbeszélések gyakorisága és mikéntje, stb. Fontos szempont volt, hogy rendelkezünk-e rehabilitációs tervvel minden betegünkre vonatkozóan, milyen a kibocsátási állapota pácienseinknek és ezt hogyan dokumentáljuk. Egy szóval: pontosan le kellett írni az osztály munkáját.

– Hogyan zajlik a neurológiai károsodásból kialakult agysérüléssel élő páciensek korszerű rehabilitációja?

– Első lépés a beteg állapotának felmérése, melynek során megállapítjuk, hogy valóban alkalmas-e rehabilitációra. Pácienseink 80%-a különböző kórházak intenzív-, vagy akut ellátó osztályairól érkezik. A felmérést a beteget küldő intézménybe látogatva végezzük el, és ha úgy találjuk, hogy van remény, egyben azt is meghatározzuk, mit szeretnénk elérni a rehabilitáció során. Az osztályon a különböző szakemberek megkezdik a munkát – kezdetben túlsúlyban van az ápolási tevékenység, majd bekapcsolódnak a mozgásterapeuták, később pedig a logopédus és a neuropszichológus munkája is szükségessé válhat. A beteg állapotjavulásának megfelelően az ellátás komplexsége, fizikális, kognitív és mentális fejlesztést egyaránt magában foglalóvá válik. A tevékenységeket napirend szerint végezzük, minden héten team-megbeszélés keretében mondják el a különböző szakemberek, hogy miként látják betegük állapotát, majd értékeljük az eredményeket és meghatározzuk a következő lépést. Amíg reményt látunk a további fejlődésre, addig nálunk marad a beteg, 55 nap felett van az átlagos nálunk töltött rehabilitációs idő.

– Milyen speciális képzettségre van szükség az Osztályon dolgozó szakembereknek ahhoz, hogy egy ilyen akkreditált programban részt vegyenek?

– Az orvoslás tapasztalati szakma, tehát rehabilitációs szakorvosaink továbbképzésében a legtöbbet az osztályon eltöltött munkaidő számít. Külön képesítés az idegrendszeri sérültek rehabilitációjára nincsen, egyedül pszichológusunk szerethetett szakmájában belül neuropszichológus képesítést.

– Szükségesek-e speciális eszközök az ezen a területen végzett rehabilitáció során?

– Természetesen vannak ilyenek, de az ezen a területen végzett rehabilitáció nem kifejezetten eszközfüggő. Kezdetben, míg a beteg nem képes az önellátás-

ra – a felülésre és az önálló étkezésre sem – fizikálisan nehéz a munkánk, majd az ülő- és állóképesség elérése után a kognitív fejlesztés kerül középpontba, mely szintén a beteggel foglalkozó szakember speciális tudásán alapuló tevékenység.

– Megfelelően finanszírozott-e ez a tevékenység?

– Alulfinanszírozott. Speciális fizikális környezetet kell kialakítanunk és karbantartanunk a fürdőszobától a folyosóig, másrészt egyszerre többféle fogyatékoság miatt kell kezelni pácienseinket, tehát a rehabilitáció költségét főként a nagyszámú munkaerő-igény teszi ki – márpedig tudjuk, hogy gazdaságilag (is) a jó szakemberek az ellátás legdrágább elemei.

– Milyen kapcsolatban maradnak az osztályról kikerülő betegekkel?

– Betegeink komplex rehabilitációja hónapokig, akár évekig is eltarthat. Akkor tudunk igazán sikert elérni, ha a beteg osztályunkról kikerülve nem marad magára – a családdal együttműködve, a bennfekvést időnként megszakítva, majd újabb kórházon belüli rehabilitációs program során végig tudjuk kísérni páciensünket teljes rehabilitációja útján. Másrészt betegeink ambulánsan is visszajárnak, főként mentális és logopédiai fejlesztés céljával. Mindezeket túl – amennyiben a károsodás következtében páciensünknek szakmát kell váltania – munkapszichológus bevonásával igyekszünk őt más szakmák felé irányítani. A balesetes agysérültek döntően a fiatalok közül kerülnek ki, 20–30 éves emberek, akik teljes emberként szeretnék folytatni félbetört életüket a munka világában is.

Dr. Bors Katalin – Szent Kozma és Damján Rehabilitációs Szakkórház, Vegyes Profilú Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály

– Bemutatná pár mondatban a programnak helyet biztosító rehabilitációs osztályt?

– 1995-ben fogadtam el a felkérést, hogy alakítsam ki a Szent Kozma és Damján Szakkórházban (jogelődje a Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház) az első Vegyes Profilú Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályt. A feladatnak annál is jobban örültem, mert ugyanebben az évben fejezték be az Intézmény gyógytornamendencéjének kiépítését, mely azóta is az egyik, szinte nélkülözhetetlen eszközünk a víz alatti tornára alkalmas állapotban lévő betegek rehabilitációjában. Vegyes profilunknak megfelelően traumatológiai, vagy ortopédiai és idegsebészeti

beavatkozások után fennálló, illetve a neurológia, a hematológia, és a reumatológia tárgykörébe tartozó kórképek miatt kialakuló károsodásokat elszenvedett pácienseink számára biztosítjuk az ellátást. Az osztály vezetését 2010-ben átadtam dr. Kertész Györgyinek, majd a feladatot jelenleg is ellátó dr. Hegedűs Bélát neveztük ki vezető főorvosnak. A cikk témájául szolgáló UEMS PRM akkreditációs programját még osztályvezetésem idején dolgoztuk ki, többek között az irányításának feltételül szabott ekvivalencia vizsgám miatt magát a projektet továbbra is én vezetem. Főigazgatóként végzett munkám mellett ennek tudományos feldolgozásában és rendszerezésében nagy segítségemre van dr. Ferenc Viktória.

– Milyen típusú károsodást elszenvedett betegek rehabilitációjáról szól az UEMS PRM akkreditált program?

– Az osztály tudományos érdeklődésének középpontjában az oszteoporózis csonttörés következtében károsodást szenvedett, és ezáltal fogyatékosá váló nők és férfiak rehabilitációja áll. Az Európai Szakorvos Szövetség Rehabilitációs Szekciója 2008-ban akkreditálta „Az oszteoporózisos beteg rehabilitációja” címmel benyújtott programunkat. A feltételeknek alapvetően megfeleltünk, néhány adminisztratív és szabályozási fejlesztést eszközöltünk csupán az elvárások miatt.

– Miben nyilvánult meg az akkreditációs folyamat előtt, hogy osztályukon kiemelten foglalkoznak ezzel a területtel?

Oszteológiai Rehabilitációs Országos Munkacsoport (OROM) néven 1996-tól évente konferenciát rendezünk, amelyre a különböző szakterületek (ortopédia, gerincsebészet, traumatológia, belgyógyászati speciális területek, addiktológia, nőgyógyászat, házi orvoslás, stb.) prominenseit hívjuk meg, hogy mutassák be szakterületük és az oszteológiai tudomány határmezsgyéjét. Az interdiszciplináris szakorvosi munka rendkívül fontos az oszteoporózissal élő betegek ellátásában, a törést szenvedett páciensek rehabilitációjában. Ennek megfelelően ezt a szemléletet nem csak országos fórumon terjesztjük (Magyarországon elsőként), de kórházunkon, osztályunkon és programunkon belül is megvalósítjuk. Az osztályon, és így a programban dolgozó orvosok szakvizsgái a neurológia, pszichiátria, ortopédia, kardiológia, belgyógyászat, reumatológia és fizioterápia, valamint mozgásszervi rehabilitáció szakterületeit fedik le. Munkájukat házon

belüli konziliáriusok szaktudása helyezi még magasabb szintre: diabetológus, sebész, gasztroenterológus, traumatológus, gerontológus, aneszteziológus vesz részt munkájukban, ha szükséges. A szakkórház osztályai közötti kapcsolat is jelentős mértékben hozzájárul pácienseink magas szintű ellátásához. Különösen fontosnak tartom a gasztroenterológiai rehabilitációs osztályunkat, melynek munkatársai – a Programot tekintve – a felszívódási zavarokkal összefüggésbe hozható szekunder oszteoporózisos páciensek rehabilitációjában vesznek részt, illetve a Geriátriai Rehabilitációs Osztályunkat, ahol három geriáter szakorvos munkatársunk a sokszor multimorbid, idősebb oszteoporózisos pácienseink rehabilitációjához járul hozzá, ezzel lehetővé téve számukra, hogy az ápolási osztály helyett saját otthonukat tűzhessék ki úti célul kórházunk elhagyása után.

– A felsorolt szakorvosokon kívül milyen team-tagok vesznek még részt a Programban?

– A rehabilitációs team legfontosabb szereplői maga a beteg és hozzátartozói, ha ugyanis páciensünk nem motivált lelkileg testének fejlesztésében, semmit nem érhetünk el nála. A team fontos tagjai továbbá a rehabilitáció királynői – vagyis a gyógytornászok, a különböző végzettséggel rendelkező ápolók (szakdolgozók, diplomás ápolók, szakirányú végzettségű szakápolók, alapkú végzettséggel rendelkező ápolók), az ergoterapeuta, a szociális munkás, a logopédus, a pszichológus csoporton belül a neuropszichológus, a pszichológus, a lelki gondozó, az egészségnevelő, ezen kívül a dietetikus, az ortopéd műszerész, és a Programhoz kapcsolódó központi fizioterápiás egység.

– Milyen tárgyi feltételeket építettek ki az oszteoporózisos betegek rehabilitációjához?

– Csontritkulással élő, és más okoknál fogva károsodást szenvedett mozgásszervi rehabilitációt igénylő pácienseink számára egyaránt speciális építészeti és tárgyi feltételeket biztosítunk. Természetesen akadálymentes környezetet alakítottunk ki mind a folyosón, mind a kórtermekben (a széles folyosón felhajtható székekkel, járókorlátokkal, csúszásmentes padlóval). A kiscsoportos foglalkozásoknak otthont adó régi „társalgó” berendezése szintén a mozgásukban korlátozott emberek igényeinek megfelelően lett kialakítva. Balneoterápiás részlegünket a víz alatti gyógytorna vala-

mennyi eszközével felszereltük: víz alatti bordásfallal, 2 db súlyfürdő állással, víz alatti egyensúlyjavító félgömbbel, víz alatti ülőpaddal, elektromos beemlővel, és további egyéni hidrotériás eszközökkel. Két gyógytornatermünk egyikében az egyéni foglalkoztatás tárgyi feltételei adottak (futópad, melyet az állapotfelmérés során is használunk, Bobath-asztal, stb.), míg a nagyobb terem izületmozgatóval, kezelőágyakkal, bordásfalakkal és egyéb szükséges eszközökkel várja pácienseinket. Ergoterápiás foglalkoztató és segédeszközbolt is működik a Szakkórházban. A Program működéséhez – a rehabilitációt igénylő betegek felderítéséhez és pácienseink utánkötéséhez – egyaránt



Dr. Bors Katalin

elengedhetetlen a Kórházban működő szakambulancia, ahogyan az állapotfelméréshez a röntgen, az ultrahang, a laboratórium és az oszteodenzitometriás laboratórium.

– Rendelkeznek-e az UEMS elvárásokon túl is feltételekkel a programban megjelölt betegcsoport rehabilitációját illetően?

– A csontritkulásos törések rehabilitációjához hozzátartozik a következő törés megelőzése, emellett pedig a rehabilitáció része a lélek gondozása is. Éppen ezért nagy társalgónkban egyéni és társas foglalkozásokat szervezünk: egészségnevelő előadásokat, gyógytornászok által vezetett táncterápiát, és pszichológus irányította művészetterápiás foglalkozásokat. A vallásos, vagy valláshoz vonzó pácienseink számára sokat jelentenek a kórházhoz tartozó kápolnában heti rendszerességgel tartott istentiszteletek is.

– Az újabb törés megelőzése mellett mik a legfontosabb célkitűzései az oszteoporózisos beteg rehabilitációjának?

– Általában az orvosi rehabilitáció célja, hogy az egyénre szabott rehabilitációs program következtében az adott páciens életminősége jelentősen – és mérhetően – javuljon, képes legyen aktívan részt venni családjá és tágabb közössége életében. A humán funkciók lehetséges legteljesebb mértékű helyreállításával, a kompenzatorikus funkciók fejlesztésével végső célunk a társadalmi reintegráció. A fizikális képességek fejlesztése mellett a pszichoszociális funkciók javítása is a komplex rehabilitáció része.

– Mit emelne ki legfontosabb szempontként a felsorolt feltételeken kívül, amelyet a programakkreditációban is szem előtt tartottak?

– A programban meghatározott feltételek mindegyike valóban elengedhetetlen a magas szintű ellátás biztosításához – a betegbiztonsági szempontoktól kezdve a betegfelvétel és -elbocsátás gyakorlatán át a munkatársak folyamatos továbbképzéséig – de ha egyet ki kell emelnem a programban számunkra különösen jelentős szempontok közül, az a betegeinkkel szemben, illetve az egymás között megvalósuló kommunikáció minőségének és adekvát rendszerességének biztosítása. Az orvos-beteg-, ill. az ápoló-beteg kapcsolat első pillanattól megkezdett, és napi rendszerességgel folytatott építése mellett az egészségnevelő munkatárs feladata, hogy a pácienseket érkezésükkor tájékoztassák a legfontosabb tudnivalókról. A kórtermekben ezen túl írásos tájékoztatókat is elhelyezünk a házirendről, és arról, hogy a hozzánk érkező mit hol talál. Előszeretettel alkalmazunk továbbá – különösen a krónikus betegségnek számító csontritkulás témájában – képzőművész által illusztrált, humoros, vagy mesés elemeket tartalmazó betegtájékoztató füzeteket is. A rehabilitációs team-tagok heti rendszerességgel gyűlnek össze valamennyien, hogy megosszák egymással pácienseikre vonatkozó tudásukat, kétségeiket és terveiket. A team-tagok szakmai információi az ápolási dokumentumokba is bekerülnek, hogy az ápolók minden részletre kiterjedő, naprakész tudással rendelkezzenek minden egyes betegre vonatkozóan. A reggelenként megtartott referáló az ügyeleti történések megbeszélését szolgálja, míg a kibővített hétfői referálón – melyen részt vesz a szakmai menedzser, az összes orvos és az egyes szakterületek vezetői – a jelentősebb iránymutatást igénylő kérdések merülnek fel. A betegekkel kialakított

jó személyes kapcsolat nélkül nem képzelhető el a rehabilitáció – ami pedig nem is létezik a team-tagok közötti információáramlás hiányában.

Dr. Boros Erzsébet – OORI, Vegyes Profilú Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály

– Milyen ellátást nyújtanak az UEMS PRM akkreditációs programnak otthont adó rehabilitációs osztályon?

– Amikor pályám során második alkalommal az OORI munkatársa lettem, azt a feladatot kaptam, hogy egy addig gyermekeket rehabilitáló osztályt felnőtt, vegyes profilú mozgásszervi rehabilitációs osztállyá alakítsak át munkatársaimmal, azzal a céllal, hogy több, különböző típusú mozgásszervi beteg rehabilitációja váljon lehetségessé. Kialakítottuk fogyatékosági típusok szerint az ellátandó betegek összetételét. Az osztály betegeinek egyharmadát neurológiai betegség következtében fogyatékosá vált betegek alkotják. Az osztályunkon ellátott neurológiai betegek jelentős része stroke-beteg, mivel egyrészt e területen korábban már jelentős tapasztalatokat szereztem, másrészt, sajnos rendkívül nagyszámú a stroke előfordulása Magyarországon. Emellett egyéb neurológiai- és izombetegeknek, valamint Heine-Medine kór okozta fogyatékos betegeknek nyújtunk ellátást. A neurológiai betegek mellett további fő profilunk a lymphoedemás, és a reumatológiai betegségben szenvedő betegek rehabilitációja, és kisebb számban traumát szenvedett sérültek szükséges rehabilitációját is ellátjuk.

– Milyen speciális ellátási programra vonatkozik UEMS PRM akkreditációjuk?

Az osztály beindulása után már a 2007-es évi adatok alapján lehetett látni, hogy a betegek bő egyharmadát neurológiai betegek teszik ki, ezért ezt a programot választottuk. Új osztály kialakításáról lévén szó, mindent előről kellett kezdeni – a működési rendtől kezdve a hatáskörök tisztázásán át a küldetési nyilatkozatig, így eleve a programakkreditáció követelményeinek megfelelően dolgoztuk ki az ellátás folyamatát. A súlyos problémával élő betegcsoport UEMS PRM akkreditációs követelményeihez igazítottuk az osztály minőségügyi és egyéb szabályozási iratait. Hónapokig dolgoztunk, többször javítottunk rajta, míg végül sikerült maradéktalanul megvalósítani a programakkreditációt.

– Milyen összetételű team dolgozik a programban?

– Sokoldalú team szükséges a neurológiai alapon kialakult mozgásszervi fogyatékosággal élő betegek rehabilitációjához: ápolók, gyógytornászok, neuropszichológus, ortopédiai műszerész, szociális munkás, ergoterapeuta, sportterapeuta, fizioterápiás asszisztens, és megfelelő tapasztalatokkal rendelkező rehabilitációs szakorvos. Külön öröm és előny, hogy munkánkban „révésznek” (sors-társ tanácsadók) is részt vesznek, akik saját tapasztalataikat átadják a friss sérülteknek, ezzel segítve őket veszteségük feldolgozásában, másrészt számtalan gyakorlati tanácsot is tudnak adni, emellett a team-értekezleteken is részt vesznek.

– Milyen tárgyi feltételei vannak a neurológiai alapon mozgásszervi károsodást szenvedett betegek rehabilitációjának?

– Az akkreditáció során a tárgyi feltételeket is meghatározzák, ez azonban tökéletesen megfelel a Magyarországon hatályban lévő minimum-feltételekben felsoroltaknak, így a neurológiai betegek mozgásfejlesztéséhez szükséges eszközök biztosítása nem ütközött nehézségekbe az OORI falain belül. Állítógépektől kezdve a különböző rehabilitációs eszközökön át természetesen valamennyi szükséges tárgy betegeink rendelkezésére áll. Lehetőség van emellett víz alatti tornára és ehhez hasonlóan az Intézetben rendelkezésre áll a Központi Sportterápiás egység terápiája is. Ergometriás laboratóriumunkban mérjük fel pácienseink terhelhetőségét. A konkrét méréseknek akkor van jelentősége, mikor fizikális vizsgálatokkal önmagában nem dönthető el, hogy az adott beteg milyen mértékben terhelhető.

– Milyen UEMS PRM szabályozási feltételeknek felel meg az osztályukon zajló program?

Az osztály működését jelentősen szabályozza a programakkreditáció. Kérdés volt pl., hogy van-e az osztályon érvényes működési rend és kidolgozott protokollok – mennyire ismerik a dolgozók, ill. rendszeresen ellenőrizzük-e ezeket. Meghatározzák a betegellátás teljes folyamatát, melynek megfelelően a betegeket előzetes állapotfelmérés alapján vesszük fel. Részben az ambulancián vizsgáljuk ki az ott jelentkező pácienseket, részben a kórházak aktív osztályaira látogatunk, hogy a konzílium során döntsük el, vajon az adott beteg alkalmas-e rehabilitációra, és szükséges-e számára az itt nyújtott program. A felvételt követően a teljes rehabilitációs team bevonásával komplex állapotfelmérést hajtunk végre, és a team közösen

kidolgozza a rehabilitációs tervet, melyet aztán a hetente tartott team-ülésein újra előveszünk, megnézzük, hogy mit sikerült elérni, hogyan érdemes folytatni a munkát. A heti nagyvizit szintén valamennyi team-tag jelenlétével zajlik. Elbocsátáskor ismét komplex állapotfelmérést végzünk funkcionális skálák alkalmazásával – melyek akkreditációs előírások –, így tudjuk objektívizálni a pácienseink állapotában bekövetkezett változásokat, és ezáltal a rehabilitációs program eredményességét is bizonyítani lehet. Ezt követően – amennyiben szükséges – tevékenységünk monitorozása végett kontrollvizsgálatokra is visszahívjuk betegeinket. Mindezeket túl bizonyítékát kell adni annak, hogy a team tagjai rendszeresen képzik magukat, fejlesztik tudásukat és szakmai protokollokat alkalmaznak.

– Mi az a legmagasabb szintű cél, amelyet egy neurológiai beteg mozgásszervi rehabilitációja során meg lehet valósítani?

A cél nagyon különböző az egyes betegknél. Elsősorban nem mindegy, hogy milyen ok idézte elő a funkciókárosodást, pl. egészen más lehet egy stroke-ot elszenvedett beteg rehabilitációs célkitűzése, mint egy Guillain-Barré szindrómás vagy egy daganatos páciensé. Az egyénre szabott rehabilitációs terv függhet továbbá a beteg életkorától is. Egy idős embernél adott esetben a lakáson belüli teljes függetlenség elérését próbáljuk meg elérni, de van, akinél egy ennél is korlátozottabb cél határozható csak meg, amely azonban mind a beteg, mind a család számára nagyon is számottevő előrelépést jelent. Más neurológiai betegségben szenvedőknél – pl. Guillain-Barré szindrómás vagy perifériás neuropátiával élő betegek esetében – akár a munkaképesség helyreállítására, vagy egy más típusú munkahelyre történő átvezetésre is esélyünk lehet.

– Milyen előnnyel jár a programakkreditáció Magyarországon?

– Anyagi előnye egyáltalán nincs, az osztály finanszírozását tekintve nem hoz semmilyen változást az európai akkreditáció. Az egészségpolitikai vezetők többsége valószínűleg nem ismeri ezt a bizonyítványt, ám a szakmán belül elismerés övezi az ekvivalencia-vizsgálattal rendelkező szakvosokat és az akkreditációval rendelkező programokat egyaránt. A legnagyobb előnyét saját munkavégzésünkben tapasztalhatjuk: az akkreditáció folyamán átgondoltabbá, tudatosabbá formáltuk tevékenységünk részleteit, ezáltal pedig jobb minőségűvé és biztonságosabbá vált a betegellátás.

Kórházi adatokkal is szolgálhat az iKórlap

SÁNDOR JUDIT

Egy a házi orvosok számára készült magyar informatikai fejlesztés, az iKórlap, kapcsolatot teremt többek között a kórházi információs rendszerekkel, onnan látva el adatokkal a családorvost betegének kórházi kezeléséről.

Az iKórlap integrálja a rendelkezésre álló digitális informatikai adatbázisokat: kapcsolatba lép az OEP rendszerével, így a házi orvos hozzájuthat a betegek korábbi vizsgálati eredményeihez. Ez a része lényegében olyan, mint az állampolgárok számára az Ügyfélkapun keresztül elérhető információ, amely ellátási eseményeket tartalmazza időrendben. Az iKórlap ugyanakkor csatlakozni tud egy adott kórház adatbázisához is, így a családorvos megnézheti, milyen ellátásokban részesült páciense a kórházban, illetve akár azt is, milyen eredmények születtek például a reggeli laborvizsgálaton. Még arra is lehetőséget nyújt, hogy a pácienséről készült röntgenfelvételt is megnézze – amely persze leletezésre nem alkalmas.

Egyelőre vizsgálók

Jelenleg száz házi orvosnál vizsgálják az iKórlap, és egyelőre három kórházba van „bekötve”. A magyar informatikai fejlesztésnek köszönhetően a házi orvos az eddigi legteljesebb információs bázis segítségével végezheti gyógyító munkáját. Mindehhez számítógépre, vagy laptopra van szüksége, de legjobban a mobil, könnyen kezelhető iPad révén tudja kiaknázni a rendszer előnyeit – derült ki a fejlesztést végző Hospitály Informatikai Fejlesztő Kft. alapítójának, Király Gyulának tájékoztatásából.

A tesztüzemben havonta monitorozzák a rendszerbe kötött házi orvosok adatlekérését: 4–500-ra tehető a lekérdezések száma, és van, hogy mind a száz orvos használja a rendszert. Leg-

inkább a vényekre vonatkozó információkat keresik.

Egyszerű és olcsó

A rendszer további előnye, hogy a felhasználói oldalon nem igényel külön beruházást, így nincs szükség újabb kiadásokra, sorolta az iKórlap további előnyeit az üzleti partnercég, az Optisoft Nyrt. igazgatóságának elnöke, Semerédi Péter.

Kórházakba, szakrendelőkhöz huszonkét éve szállít szoftvereket a Hospitály, és harmincöttnél több intézményben használják az informatikai cég integrált rendszerét, amely kezeli a teljes betegellátás összes dokumentumát, munkafolyamatának eredményeit, adatait. Az elmúlt évek során – uniós támogatással – kialakult két-három olyan informatikai pilot-program, amely az intézményközi kommunikációt is lehetővé tette: az intézményközi rendszerek bizonyos szabványokat, adatkommunikációs megoldásokat is kiértelmeztek.

Ezen felül mintegy négy éve készítették el a házi orvosoknak a programot, amellyel ezt az intézményközi teret elérlik. Helytől függetlenül gyorsan és könnyen juthat adatokhoz a felhasználó az iKórlappal. A rendszer nyílt, a program ingyenesen letölthető, csupán regisztráció szükséges hozzá. Tíz évre visszamenőleg képes láthatóvá tenni a beteg életútját a közfinanszírozott ellátásokra vonatkozóan. A jogi háttérrel az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi törvény idén áprilisban életbe lépett módosítása biztosítja. A magyar fejlesztők szerint az iKórlap megfelel az adatvédelmi, személyiségi jogi és rendszerbiztonsági követelményeknek, s az itthoni ingyenességet a külföldi piacok meghódításával akarják kiegyensúlyozni.

Egyelőre csak a kórházi kapcsolat tud valós idejű adatokkal szolgálni, az OEP-es nem – mivel a Pénztárnál csak belső ellenőrzés után kerülnek ki az adatok az elérhető adatbázisba, s ennek átfutási ideje egy-két hónap lehet.

Három kórház

Jelenleg három kórházzal „kommunikál” a Hospitály iKórlap rendszere: a veresegyházi Misszió Egészségközponttal, a győri, valamint a szigetvári intézménnyel. Ez utóbbihoz száz házi orvost kapcsoláltak a teszt során.

Király Gyula szerint az iKórlap jól demonstrálja azt, hogy nem kell minden kórházban egyforma informatikai rendszer, hiszen a különböző rendszerek is összekapcsolhatóak, és tudnak együtt dolgozni. Például ebben az esetben a Hospitály szervere biztosítja a kapcsolatot, elérve az OEP adatbázisát, illetve az adott kórházét, így az adat birtokában ki tudja szolgálni a felhasználót. A kapcsolatok természetesen sok biztonsági elemmel működnek.

Az orvos-orvos közötti kommunikációban érdekelt a győri kórház szervezési igazgatója, dr. Skaliczky Zoltán, aki szerint az ingyenesség és a könnyű kezelhetőség életképpé teszi az iKórlap rendszerét. Igazolja, hogy nem több adatbázist kell gyártani, hanem az adathoz való hozzáférést kell biztosítani az egészségügyi szereplők számára.

Az egészségügyért felelős államtitkárság fontosnak tartja az informatika fejlesztését, zászlajára tűzte az e-Health programot, fogalmazott dr. Sinkó Eszter, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának munkatársa, az egészségügyi kabinet tanácsadója. Bár az online rendszer használata egyelőre önkéntes, véleménye szerint később mindenképpen érdekltséget kell beépíteni a rendszerbe, és bízik abban, hogy idővel lesznek majd olyan „feladványok”, amely kötelezővé teszi a rendszer használatát. Az egészségügyi szereplői – a beteg, az orvos, a patikus, a gyógyszergyár – egymásra vannak utalva, ezért a hatékonyabb betegellátás érdekében rendelkezniük kell megfelelő információkkal.

(Az iKórlap bemutató videója megtekinthető a http://www.youtube.com/watch?v=Prc_ZGOxVVK

Filozófia az egészségügyi informatika mögött

ZÖLDI PÉTER

„Minden mindennel összekötvé” - erről szól ma a világ Aszódi Gábor és Fábíán Kálmán, az ISH Informatika Kft. ügyfélkapcsolati és szolgáltatási igazgatója, illetve stratégiai igazgatója szerint.

– Önök szerint, merre tart az egészségügyi informatika?

Aszódi Gábor: Ez a kérdés nagyon összetett, megérne egy külön értekezést. A mai magyar viszonyokat figyelve a fő irányokat a gyűjtött adatok és az ezekből szintetizált információk minél sokoldalúbb használhatóságában, megosztásában, és ez által a hatékonyság növelésében látom. Közhelyszámba menő, de egyre inkább igaz mondás: „Az információ: hatalom”. Egyes szakértők az informatikusok – intézmény- és vállalatmenedzsmenten belüli – befolyásának erősödését vizionálják. Az információkhoz való hozzáférés az információtechnológiai boom eredményeként ma már nem probléma. Intelligens televízióval ma már lehet internetezni, és okostelefonról is lehet az intelligens tévét irányítani. Minden mindennel össze van kötve. Telefonon lehet tévét nézni, tévéen lehet telefonálni, a hang továbbítására kitalált kommunikációs eszközön keresztül irányítani lehet rendszereket, eszközöket. A telekommunikációs és informatikai szolgáltatások ma is jelentősen összeérnek, és egyre inkább ez lesz a helyzet. Nagy a csábítás. A közösségi portálok új felhasználói kultúrát teremtettek. Az egészségügyben dolgozók is az információk egyre szélesebb körét igénylik. Mégis sokszor találkozom velük úgy is, mint a felelőtlen információ-megosztás áldozataival. A kihívást számunkra a biztonságos, mégis hatékony információs rendszerek kialakítása jelenti.

– Merre tart az ISH Informatika Kft.?

Fábíán Kálmán: Az ISH Informatika Kft. a fenti trendet követi: két évvel ezelőtt alapvetően gazdasági és medikai informatikai rendszereket szállító cég volt, ma már sokkal több lábon állunk, hiszen olyan megoldásokat fejlesztettünk, me-



Aszódi Gábor

lyek a rendszerek összekötését biztosítják. Termékportfóliónk mára széles spektrumot ölel át:

1. Az első termékvonala, a stabil anyahajó: a kórházi információs rendszerek területe,
2. a második a kórházközi, regionális szintű megoldásokat biztosító HISCOM és „drótkórház” koncepció,
3. a harmadik irány a mobil elérés és kommunikáció az orvosok, betegek irányába,
4. a negyedik termékvonala pedig a telemedicina, mely egyszerre jó a betegnek és jó a gazdaságnak, míg mögötte jelentős, a gyógyításban elérhető költségmegtakarítás áll.

– Misztikus köd lengi körül a telemedicina fogalmát. Önök hogyan definiálnák?

A.G.: A telemedicina nem más, mint a távközlési és informatikai technológiák alkalmazása az egészségügyi ellátás hatékonyság érdekében akkor, amikor a résztvevők között lényeges távolságot kell áthidalni. Sokakban a videokonferenciával megvalósított távkonzílium merül fel először, holott beszélhetünk telemetriáról, telepatológiáról, teleradiológiáról és még sok más alkalmazási területről. A számos terület közül eddig talán csak a távsebészettel nem foglalkoztunk. A

mobil eszközök a telemedicinában is hihetetlen távlatokat nyitottak.

– Mitől válik virtuálissá egy kórház?

F.K.: A regionális szintű megoldásokra koncentráló alkalmazásaink képesek olyan kórházi architektúrát kialakítani, amely a földrajzi elhelyezkedéstől függetlenül egységben tudja kezelni a páciensek adatait és ellátásokat. Alapvető iparági tapasztalat, hogy az informatikával támogatott orvoslás nem csak korszerűbb, hanem takarékosabb is lehet a korábbi egészségügyi gyakorlatnál. A Gartner 2009-es felmérésének megállapítása szerint hat vizsgált EU tagállamban 5,6 millió krónikus betegfelvétel elkerülhető lehetne a telemedicina és az otthoni egészség-monitoring használatával!

– Milyen előnyökkel járhat egy virtuális kórház kialakítása?

A.G.: Ez jó a betegnek és jó a gazdaságnak is. A lakosság, a páciensek a leginkább érdekelték saját gyógykezelésükben, őket is helyzetbe kell hozni. Össztársadalmi szinten a virtuális kórház koncepciójának ők lehetnek a legnagyobb nyertesei. Jó a betegnek, mert a megoldással az interneten keresztül, akár mobil eszközökön biztosítani tudjuk azt, hogy akik csatlakoznak a rendszerhez, azok számára mindig, mindenhol elérhetővé váljon saját kórtörténetük, méghozzá hiteles formában. Ha valaki hozzájárul ehhez, adatainak hivatkozását egy központi adattárházban minden olyan kórházból összeszedjük, amely csatlakozott a rendszerhez. Az adott páciensre vonatkozó adatok – természetesen a megfelelő adatbiztonság szavatolása mellett – megoszthatók és hozzáférhetővé tehetők a páciens, illetve gondviselői, meghatalmazottai számára. Jó a gazdaságnak, mert ezzel jelentős mennyiségű és sokszor drága vizsgálat megismétlése és számos beteg-orvos találkozó válik szükségtelenné. A virtuális szervezetek kialakítása, azaz a földrajzilag elkülönülten dolgozó szervezeti egységek munkájának összehangolása e platformon további gazdaságossági előnyöket rejt.

– *Mennyire utópisztikus egy ilyen rendszer megvalósítása?*

F.K.: Egyáltalán nem tűnik annak. Pilotként már megemlíthetjük a Szegedi Tudományegyetemen folyó MagTár projektünket, amelynek célja egy virtuális gyermekkórház alapjainak a lerakása.

– *Lesz páciens a számítógép másik oldalán?*

F.K.: A mobil alkalmazások egyre fontosabbá válnak. Tavaly egyedül a Magyar Telekom 800 ezer okostelefont adott el. 2011 év végén a három mobilszolgáltató által üzemben tartott okostelefonok száma meghaladta az 1,3 millió darabot Magyarországon, és idén ennek megduplázódására lehet számítani. Így 2012-ben már minden ötödik magyar embernek okostelefon lesz a zsebében. Ezek a telefonok mindig a páciensnél vannak és tudásukban vetekszenek egy átlagos számítógép képességeivel. Miért ne lehetne rajtuk elérni egészségügyi szolgáltatást?

– *Önök hogyan készültek fel a várható változásokra?*

A.G.: Az egészségügy nagyon nagy komplexitású iparág, nagyon sok szereplő található benne, környezete információigényes, és ma még meglehetősen alacsony a standardizáltság mértéke. Számunkra ezen az ideális piacon rengeteg üzleti lehetőség található. A kórházi információs rendszerekre való fókuszálás után elindultunk az iparági megoldások kidolgozásának irányába. Megújítottuk a szervezetet, a fejlesztési módszertant, és változtattunk az ügyfélkapcsolatokon is. Fontosnak tartottuk, hogy olyan munkatársak kerüljenek kapcsolatba az ügyfelekkel, akik képesek azonosulni az illetők problémáival. Új ügyfélkapcsolati szervezeti egységet hoztunk létre, elsősorban a nagy egyetemi partnereinkkel együtt dolgozó munkatársainkból, és az a célunk, hogy minél pontosabban megértsük az ügyfelek igényeit, s így a lehető legjobb megoldásokkal szolgálhassuk az egészségügyet.

– *Az egészségügyi kormányzat is ügyfelek közé tartozik?*

A.G.: Áttételesen már ma is, de a jövőben közvetlen ügyfélkapcsolatra számítunk. A nagyfokú centralizációs törekvések fő célja nyilvánvalóan a hatékonyság növelése. A kormányzati törekvések támogatására mi már ma is rendelkezünk kész megoldásokkal, mint pl. a HISCOM rendszer. Szeretnénk az alapoknál kezdeni az új egészségügyi infrastruktúra kialakítását. Olyan információs közműveket szeretnénk létrehozni, amelyen egy nemzeti

EHR (Electronic Health Record) projekt és annak bármilyen követő fejlesztése működni fog, mint pl. az elektronikus recept vagy országos regiszterek, várólisták, illetve a betegirányító, erőforrás-felhasználást szervező alkalmazások.

– *Vannak hasonló törekvések a nemzetközi piacokon is?*

F.K.: Ki kell mondani, hogy mindenhol válság van. Régiókra általában az a jellemző, hogy az egészségügyi rendszerek egyre nagyobb teret adnak a privátszférának, mind szolgáltatói, mind finanszírozó oldalon. Erre Magyarországon is akadnak bizonyos jelek, például a magánfinanszírozású egészségbiztosítás területén. Külföldön egyértelmű tapasztalat, hogy az informatika vonatkozásában a privát intézmények egyelőre magasabb igényeket támasztanak. Nem kizárólag az adminisztrációs tevékenységre koncentrálnak, hanem sok olyan igénnyel lépnek fel, amelyek az intézmények hatékonyabb



Fábán Kálmán

működését eredményezik. Ezért mi sok olyan modult fejlesztünk ki külföldön, amelyek azután Magyarországon is megjelennek.

A.G.: Kiváló példa erre a digitális aláírás. Évekkel ezelőtt, Lengyelországban merült fel az igény a megvalósítására, rendszerünkben már évek óta létezik a megoldás, Magyarországon viszont most érett meg a piac arra, hogy például dokumentumkezelés kapcsán jelentős megtakarításokat érjenek el. Szövetséget kötöttünk a digitális aláírásban és időbélyegzésben piacvezető Netlock Kft.-vel, ennek köszönhetően nagyon versenyképesen tudunk tanúsítási és időbélyegzési szolgáltatásokat nyújtani, így a kórházak nyomtatási és postázá-

si működési költsége jelentős mértékben csökkenthető.

– *Hogyan teremtenek egyensúlyt a magyarországi és nemzetközi tevékenységük között?*

F.K.: Az itthon kifejlesztett megoldásokat külföldre visszük, a külföldön kifejlesztett funkciókat pedig itthon tesszük eladhatóvá. Mind külföldön, mind itthon a mobilkommunikáció előretörése és a telemedicina-megoldások iránti igény a leginkább domináns. Ebben sokat segít az anyavállalatunk, a Deutsche Telekom maximális elkötelezettsége az egészségügy iránt, s ez a technológiák, megoldások gyors áramlását teszi lehetővé az országok között.

– *Mit gondol a jogi környezetről?*

A.G.: Szerencsére a jogszabályi környezet „hangolása” is megindult. Egy januári módosítás a házi orvosok adathozzáféréseben tett egyfajta megengedő változtatást, ennek eredményeként, ha a beteg nem tiltja meg, a házi orvosok hozzáférhetnek az adataihoz. A másik említésre méltó változtatás az öngondoskodási lehetőségek bővítése. Ilyen szabályozás mellett létrejöhetnek olyan biztosítók illetve biztosítások, amelyek az állami egészségbiztosítás mellett szolgáltatási többletet nyújtanak. A változások kapcsán nekünk az a fő feladatunk, hogy magas szintű támogatást nyújtsunk a biztosítóknak, a kórházaknak és a pácienseknek. Virtuális kórházi koncepciónk erőteljesen támogathatja a virtuális szervezetek létrejöttét, hiszen akár minden biztosító létrehozhat egy virtuális kórházi szervezetet, amelyben minden szerződött partner megtalálható, és földrajzi korlátoktól függetlenül tudja kezelni a betegek adatait. A Magyar Telekom leányvállalataként a piacon talán mi tudjuk a legkomplexebb megoldást nyújtani, hiszen nagyon széles termék- és szolgáltatási portfóliót tudunk ajánlani az ügyfeleinknek.

– *Mit igényelnek ma a magyar ügyfelek?*

A.G.: A Magyarországon jelenleg tapasztalható, gyorsan változó környezetben ügyfeleinknek mi stabilitást szeretnénk nyújtani. Például a stabil tulajdonosi háttérrel, a nagyon komoly tőkeerővel, amellyel cégünk képes a megújulásra, az innovációra, a külföldi fejlesztésekben történő részvételre, ezen túl pedig tapasztalatot, know-how-t hoz Magyarországra. Fontosnak tartjuk, hogy a bizonytalan rendszerben az ISH Informatika Kft. a kiszámíthatóságot és stabilitást testesítse meg!

Új időszámítás a hazai egészségügyi informatikában

ZÖLDI PÉTER

Az Enterprise Group európai szintű, integrált medikai megoldásának bevezetése jelentős mértékben hozzájárul a minőségi betegellátás biztosításához.

Az ötmilliárd forintos magyarországi egészségügyi informatikai piacon a kórházak ma az indokoltnál jelentősen többet költenek rendszereik működtetésére. Ennek egyik oka feltételezhetően a valódi piaci verseny hiánya, amely az elmúlt években néhány cég számára kényelmes pozíciót biztosított anélkül, hogy szolgáltatásuk minőségét a konkurensekével össze kellett volna mérniük. 2012-ben ez a helyzet várhatóan megváltozik: a körülbelül 150 intézményt érintő üzemeltetési szerződések nagy része lejár, így a vezetők új, a korábbiaknál hatékonyabb megoldást biztosító partner mellett dönthetnek a közbeszerzési eljárások során. A megoldás egyik kulcsa a magyar tulajdonú Enterprise Group legújabb fejlesztése, az Enterprise Multi Medikai Alkalmazás (EMMA). Az európai színvonalú, az egészségügy teljes spektrumát lefedő rendszer végigköveti a teljes beteg-életutat, és dokumentálja az ellátási eseményeket.

Az adatokat a költséghelyekhez rendelve kezeli, így az orvosok és szakdolgozók a gyógyításra fókuszálhatnak, eközben pedig a ráfordítási adatok on-line feldolgozásával a pénzügyi kiadások tovább csökkenhetnek.

Nem látják a fától az erdőt

A jelenleg működtetett informatikai rendszerek elavultak, költségessé váltak és felhasználói oldalról is számos kívánalmat hagynak maguk után. Az informatikai egységek szigetszerűen működnek: a háziorvosok csak a páciens által továbbított leletekből látják, hogy a szakrendelésre továbbküldött betegekkel mi történt, a kórházi orvosoknak sincs teljes rálátásuk a korelőzményekre, leginkább pácienseik elmondására kell hagyatkozniuk. Az adatok ilyen kezelése pazarolja az erőforrásokat: ugyanazokat az adatokat több helyen is rögzíteni kell, az egyik alkalmazás által kiadott papíralapú listákat egy másik szoftverbe kell újra bevitni. A fölöslegesen megismételt vizsgálatok száma is egyre nő, s ez jelentős anyagi terhet ró a fenntartó rendszerre.

Az egészségügyi szolgáltatók adatbázisaiban összegyűjtött adatok rendszerezett összevetése lehetővé tenné többek között a kapacitások megjelenítését vagy

az egy betegre eső költségek és bevételek elemzését, továbbá fontos statisztikai, kutatási, valamint demográfiai összefüggések, elemzések alapjául szolgálhatnának. Márpedig a különböző időben mért eredmények összehasonlíthatósága növeli a betegségek kezelésének hatékonyságát, csökkenti a szükségtelen beavatkozások számát, valamint a szakemberek leterheltségét. Vészhelyzetben a rendelkezésre álló információ mennyisége és elérhetősége akár életmentő is lehet.

A hatékony betegellátáshoz egy országos méretű, egységes kommunikációs hálózatra van szükség, amelyhez mint központi egységhez csatlakozni tudnak a piacon lévő informatikai rendszerszállítók. Ez egyetlen rendszerbe foglalja többek között a kórházakat, a rendelőintézeteket, a családorvosokat, a mentőszolgálatot, illetve a gyógyszerellátókat, így megvalósulna az egységes betegnyilvántartást, -előjegyzést és -ellátást fellelő adatbázis-hálózat.

Keleti kényelem nyugati színvonalon

Az Enterprise Group olyan európai szintű, integrált medikai megoldást kínál, amelynek bevezetése jelentős mértékben hozzájárul a minőségi betegellátás biztosításához. A vállalat több évtizedes tapasztalattal rendelkező hazai szakemberei által kifejlesztett Enterprise Multi Medikai Alkalmazás (EMMA) a fekvő- és járóbeteg-ellátó intézmények, háziorvosok és egyéb egészségügyi intézmények számára készült, kifejezetten a magyar egészségügyi rendszer sajátosságait figyelembe véve. A rendszer integrált, mert kezeli az alrendszeréből, a külső rendszerekből, alkalmazásokból érkező adatokat, információkat, adatkapcsolatokat, ekképpen biztosítja a teljes körű betegéletút-követést, a komplex teljesítmény- és szakmai adatjelentést.

A medikai rendszer célszolgáltatásait biztosítják a nyugati országok rendszereiben már használt hasonló rendszerek. Ennek egyik pozitív hozadéka a sürgősségi ellátásban, ügyeletben történő esetkezelés, a páciensek pillanatnyi státusza szerinti prioritás felállítása, és az alapján történő ellátása. Korábban esetszinten



Az Enterprise Multi Medikai Alkalmazás felépítése

Főbb jellemzők



- Valódi háromrétegű technológia
- Kiemelkedően magas szakmai és technológiai megbízhatóság
- Teljes költséghely alapú transzparencia



- Képes a gazdasági rendszerekkel való együttműködésre
- A már meglévő szoftver és hardver elemekhez könnyen illeszthető
- Hatékony betegirányítás



- Integrált, rendszeren belüli HBSC optimalizáció
- A gyógyítás folyamatának végigkövetése
- Kiváló háttérrel biztosít szakmai kutatóhelyek kialakításához



- Gyors és rugalmas adatkezelés
- Támogatja a központosított adatbázis kezelést, akár földrajzilag távoli telephelyek esetén is
- Földrajzilag bárholonnan, bármikor elérhető, akár mobilkészülékről is használhatóak a mobilitást igénylő és erre a célra fejlesztett funkciók



- Kiemelkedő felhasználói élmény és egyszerű kezelhetőség
- Folyamatos technikai és felhasználói támogatás és szoftverfrissítés

hasznos információ érkezett az orvosnak egy injekció beadásáról, mint akár egy infarktusos esetről. Az új rendszer segítségével viszont az ápoló webes űrlapokon tudja jelezni az aktuális problémát, annak jellegét és súlyát, így a regisztrált információról megfelelően súlyozott üzenetet kaphat a kezelőorvos, amelyet akár egy mobil eszközön is megnézhet, bárhol és bármikor. Az Egyesült Királyságban egy hasonló megoldás egy év alatt 8 000 klinikai órát „takarított meg” az orvosok és nővérek számára, akik így a súlyozottan fontos feladatokra koncentrálnak a hiányos információk okozta többletfeladatok helyett.

A lelet „utazik”, nem a beteg

Az Enterprise Group új terméke hozzájárulhat az állami egészségügyi informatikai rendszer európai színvonalon történő megújításához. Az EMMA a rendelkezésre álló hardverkapacitásokra és szoftverelemekre építve újabb beruházások nélkül biztosít jobb működést az intézményeknek. Képes az elterjedt (akár ingyenes, nyílt forráskódú) adatbázis-kezelők használatára, így jelentősen csökkenthető a bevezetés és fenntartás költsége, ráadásul más külső (többek között gazdasági) rendszerekkel is képes együttműködni. További előnye, hogy az intézményi elvárásoknak megfelelően ru-

galmasan teszte szabható és skálázható. A gyors adatkezelést garantáló rendszer valódi háromrétegű technológián alapul: külön-külön rétegre kerül az adatbázis-kezelés, az igen nagyszámú kliens egyidejű kiszolgálását biztosító üzleti logika, valamint az egységes kezelést biztosító felhasználói felület, amelynek számos funkciója operációs rendszertől függetle-

nül elérhető böngészőből, valamint mobil eszközökről is.

A rendszerhasználat valós idejű, online adatrögzítésre épül, amely lehetővé teszi, hogy az orvos tetszőleges eszközzel (laptopon, táblagépen vagy akár iPad-en keresztül is) hozzáférjen az intézmény adatbázisaihoz, lekérhesse azokból, vagy bevihesse azokba a szükséges információkat. A háziorvos online foglalhat időpontot betege számára a szakorvosnál, aki az azonosítója beütésével azonnal rálátást nyer a beteg teljes kórtörténetére, hozzáférhet korábbi leleteihez, labor-, CT- vagy röntgeneredményeihez, akárhol keletkeztek is azok. Az EMMA hatékony központi betegfelvételt és -irányítást tesz lehetővé, korszerű előjegyzési rendszerrel. A páciens adatait mindig csak egyszer, a keletkezési helyükön kell regisztrálni, és azok típusuktól függetlenül egy adatbázisba kerülnek, amely jogosultsági szintnek megfelelően földrajzilag bárholonnan, bármikor elérhető – akár alacsony sávzélességű internetkapcsolattal is. Az adatbevitel helyszínén az áramellátás ingadozása vagy a kliensgépek esetleges sérülése sem okozhat adatvesztést, mivel azokat a rendszer nem a munkaállomásokon tárolja. Az Enterprise Group folyamatos, magas színvonalú hardver- és szoftvertámogatást nyújt, így az egyéb meghibásodások lehetősége is minimálisra csökken.

Az innovatív megoldás révén a teljes gyógyítási folyamat monitorozható, a diagnózisokhoz pedig szakmai leírásokat, kutatási eredményeket, képeket, ábrákat, irodalomjegyzéket lehet kapcsolni,

Komplex rendszerintegrációs megoldások

Az Enterprise Group az innovatív informatikai és telekommunikációs szolgáltatások és megoldások egyik vezető hazai rendszerintegrátora. Üzletági komplex megoldásokat kínálnak az üzleti telekommunikáció (communications), a rendszerintegráció (computing), az integrált medikai szoftverfejlesztés (software), valamint az informatikai tanácsadás területén (consulting).

Az Enterprise Group informatikai és telekommunikációs szakmai háttere és múltja miatt egyben képes kezelni az intézmények igényeit, komplex megoldást nyújtva azokra, olyan partnerekkel együttműködve, mint az IBM, a Fujitsu, a Siemens, vagy a Cisco. SAP partnerként rendszerébe integrálta az SAP megoldását, így az EMMA és SAP rendszerek képesek egy felületen megjeleníteni. A vállalat ezen felül rendelkezik az SAP fejlesztéshez, üzemeltetéshez szükséges kompetenciákkal, együttműködik más pénzügyi rendszerek gyártóival, és megoldásába integrálja a különböző kiegészítő alkalmazásokat.]

Az Enterprise Multi Medikai Alkalmazást az érdeklődők közelebről is megismerhetik a Magyar Kórházszövetség éves kongresszusán, április 25. és 27. között Egerben, ahol az Enterprise Group minden órában élő bemutatóval várja a rendezvény résztvevőit a 33-as standon.

ami újabb távlatokat nyit meg a szakdolgozói képzés, valamint az önképzés számára. Egyedülálló módon a klinikusi rendszer része a nemzetközi szakmai gyakorlatban legelterjedtebb score-rendszerek használatát biztosító orvosi kalkulátor funkció, amely segít a páciens állapotának felmérésében, illetve a prognózis felállításában. A kalkulátorok aktuális értékei a beteg klinikusi adataihoz időrendben elmenthetők és ott visszakereshetők. A személyi adatokat és ellátási eseményeket is tartalmazó páciens-regiszter kényelmesen, az aktuális tevékenység felfüggesztése nélkül

elérhető. Az EMMA HBCS Tudor kódoptimalizáló szolgáltatásával naprakészen nyomon követhetők a teljesítményadatok, így megvalósítható az ambuláns, a diagnosztikus, valamint a fekvőbetegszakellátás ún. „real-time”, vagyis valós idejű menedzselése.

A páciens az első

Az Enterprise Group fejlesztése támogatja az objektív, emberi tévedéseket kizáró, helyileg megfogalmazott szempontok szerinti adatkinyerést. Összehasonlíthatóvá teszi a tervet és a ténnyt, így megvalósulhat a teljes költség-hely-ala-

pú transzparencia. Használata tetemes mennyiségű időt szabadít fel a tényleges betegellátásra és szakmai fejlődésre, miközben csökkenti, illetve kiegyenlíti a szakdolgozói réteg, valamint a kórházi géppark leterheltségét. Ez óriási költségmegtakarítást jelent az egészségbiztosító számára. Az adatok egy rendszerben való online tárolásával a különböző települések kórházai vagy szakrendelői bátrabban támaszkodhatnak egymás adataira. A medikai rendszer statisztikai alapokat biztosíthat egészségügyi kutatásokhoz, sőt, összességében az ágazat működésének további optimalizációjához.

Az idén radikálisan nőhetnek a lakossági terhek

FEKETE TIBOR

Az alábbiakban gyógyszerrovatunk vezetőjének 2011-re vonatkozó piaci elemzését, és az idei esztendőre vonatkozó prognózisát olvashatják.

A pontos statisztikák hiányában a különböző helyekről összegyűjtendő piaci adatok és szakértői becslések nagy valószínűséggel megfelelő pontosságú értékelésre adnak lehetőséget. A megelőző évi gyorsjelentések 2011. elején a világ gyógyszerpiacának növekedését 4,5–5 százalékban jelölték meg az előző évi várt 5,5–6 százalékkal szemben. Ezzel ismételten jelezték, hogy a növekedés egy válságos időszakban sem maradhat el a természetes fejlődésből adódó bővüléstől. A megfigyelt kulcspiacokon a megelőző (2010.) évi 5 százalékos növekedés helyett azonban kisebb, bár azt megközelítő növekedést prognosztizáltak. Európában például a növekedés mértékét a restriktív törekvések ellenére

3-4 százalékosra várták. Az amerikai forgalmat a biztosítottak körének további bővülése növelte. Európában a recesszió bizonyos mértékig érvényesült. Egyértelműen kimutatható az adatok szerint a gazdasági válság hatása ezen a területen is. Az értékek megítélésénél fontos tudni, hogy a nemzeti valutákban mért fogyasztási adatokat US dollárra számolják át, és ennek árfolyamváltozásai is jelentősen befolyásolják az eredményt. Mértékegységet azonban kell választani. A mértékegység- és a mérőszám-választás, illetve annak változtatása persze igen torz következtetések levonásához is vezethet. Jó példa erre a hazai gyakorlat. Szinte mindig sikerül olyan mértékegységet találni, amely szerint a magyar gyógyszerfogyasztás az európai élvonalba tartozik. Mindezt előrebocsátva a világ gyógyszerpiacának 2011. évi növekedését 5 százalék körülire becsülik a szakértők. A világ gyógyszerpiaca ennek megfelelően az előző évi 875 milliárd USD-ről 920 milliárd USD mértékűre növekedett.

A legmagasabb növekedési ütemet 2011-ben is a feltörekvő piac országokban (Kína, Brazília, India, Dél-Korea, és Oroszország) érték el. Kína éves növekedési üteme, úgy tűnik, a következő években is tartósan 20%, vagy azt meghaladó mértékű lehet.

Az öt vezető európai piacon az előző években észlelt 3-4 százalékos növekedés lassult és nem érte el a világszerte. A restriktív kormányzati törekvések hatása jól megfigyelhető a növekedési arányok alakulásán. Megállapítható ugyanakkor, hogy a kormányzati törekvések ellenére a természetes fejlődés, például az átlagos életkor növekedése és az ezzel együtt járó növekvő gyógyszerfogyasztás érvényesül. A 2011-es év jellemzője, hogy a vezető öt ország átlagának változatlansága mellett a belső arányok változtak. Jól látható, hogy az egyenlőtlen változások ellenére évről-évre a növekedési tendenciák érvényesülnek. Megfigyelhető azonban az Észak-Amerika és Európa közötti olló

1. táblázat.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Növekedés %	8	7	7	6	4	3	6	5	5

2. táblázat. A magyar gyógyszerpiac növekedése az előző években

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Növekedés %	17,9	21,2	11,8	16,8	12,4	-6,6	5,0	3,0	3,5	5,1

további nyílása. (1. ábra) Ez a tendencia nem kedvez az európai lakosságnak.

A növekedési mértékek az egyes közleményekben eltérnek egymástól. Ebben jelentős szerepe van a dollár árfolyamalakulásának az összehasonlítás alapját képező nemzeti fizetőeszközökhöz képest. Nyilvánvaló, hogy a növekedés az új készítmények piacra kerülése miatt elkerülhetetlen. Mértékét azonban más is befolyásolja. Példaként említhető az átlagos árszint, az árrések alakulása mellett a támogatási politika és a gyógyszerek fogyasztását nagy részben meghatározó orvosi tájékozottság, a gyógyszerfelírási gyakorlat. Összességében a piaci növekedésnek nincs reális alternatívája. A bemutatott ábrák és az azon szereplő értékek a megfigyelt piacok alakulását mutatják. Ez a tényleges forgalom kb. 75 – 80 százalékát teszi ki. (2. ábra)

A világ tényleges forgalma 2005-ben az akkor rendelkezésre álló információk szerint 602 milliárd USD volt. Ezt 2006 végére 640 milliárd USD, 2007 végére 685 milliárd USD értékűnek jelezték. 2008 végére a korábban jelzett 738 milliárd USD helyett ma már egyes források 781 milliárd USD-t, 2009 végére 785 milliárd USD helyett 808 milliárd USD-t, 2010 végére 826 milliárd USD helyett 875 milliárd USD-t és 2011 végére 920 milliárd USD körüli értéket adnak meg. A tényleges éves forgalom a becslések és a nemzeti valuták átszámítási bizonytalanságai miatt csak tendenciájában értékelhető. A növekedés 2011-ben 5 százalékosnak felel meg. Az egyes

adatsorok között időnként tapasztalható eltérések a piaci adatokban a gyógyszer eltérő értelmezéséből is adódnak. Sokszor nem tüntetik fel, de gyógyszerpiaci adatként igen sok esetben csak a vényköteles készítmények forgalmát jelenítik meg. Más esetekben a vény nélkül kapható készítmények forgalma is szerepel az adatok között. Eltérést eredményezhet az is, hogy vannak olyan készítmények, amelyek az egyik ország piacán mint törzskönyvezett gyógyszerek, más ország piacán pedig mint étrendkiegészítők szerepelnek. Ha a forgalmi adatokat készítmény-összesítésből képezték, már adódik az eltérés. Indokolt megjegyezni, hogy az elmaradott térségek felzárkózása, az átlagos életkor növekedése és az orvosi -, gyógyszerészeti- és technológiai fejlődés eredményeként rendelkezésre álló korszerűbb, hatékonyabb, jobb életminőséget biztosító és általában drágább készítmények piacra kerülése valójában ennél nagyobb növekedést is indokolna. Az életkor növekedése ennek felét-háromnegyedét önmagában is lefedi. A forgalomban annak hatásai is érzékelhetőek, hogy az originális gyógyszerek egy része elveszti szabadalmi oltalmát, a helyükre pedig generikumok lépnek. Az elmúlt évben a szabadalmi védeltséget elvesztő készítmények piaca gyakorolt hatása jelentős. A korábbi években még százmilliárd USD forgalmat adó termékek helyett megjelentek a generikus készítmények. A szakemberek azzal számolnak, hogy a generikus piac 2014-re a teljes gyógyszer-

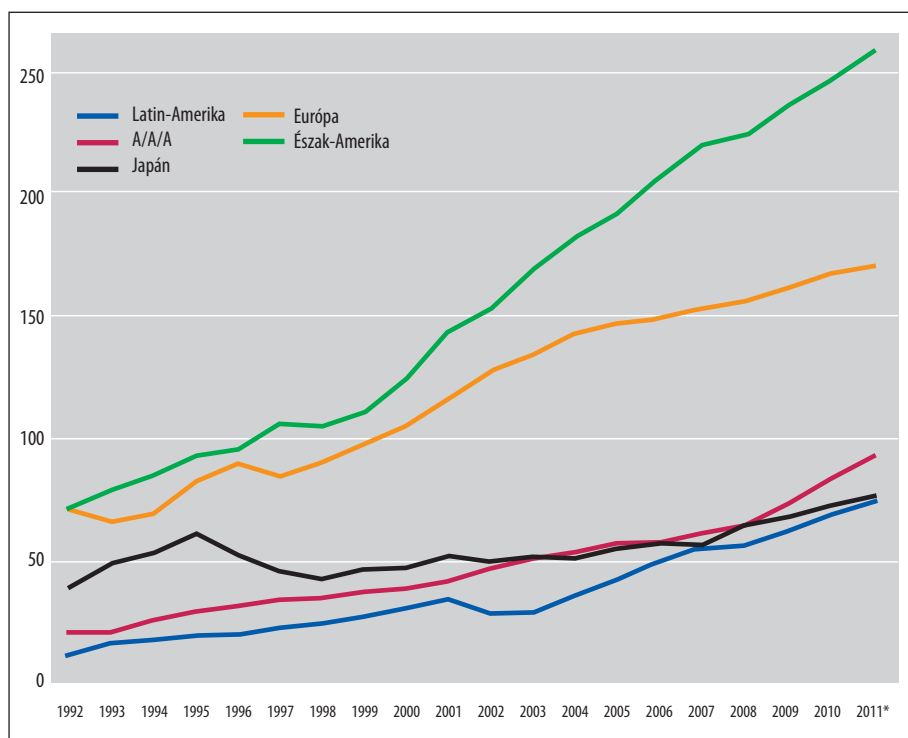
forgalom 27 százalékát fogja elérni. Indokolt megjegyezni, hogy a generikumok részarányát 2011-re 23 százalék körülire várták. Ez akár teljesülhetett is.

A magyar gyógyszerpiac

A magyar gyógyszerpiac továbbra sem független a nemzetközi tendenciáktól. Szereplői aktivitást mutatnak a gyógyszerek európai és világpiacán is. A magyarországi gyógyszergyártók termékei is megjelennek az európai és a távolabbi piacokon is. A globalizáció hatásaként a magyar piac legfeljebb rövid, átmeneti időre zárható el az új termékek elől. Bár azt is meg kell jegyezni, hogy a történelem szempontjából rövid idő a beteg számára elviselhetetlenül hosszú. Innovatív készítmények több éve várnak a támogatotti körbe való befogadásra. Elsősorban onkológiai, szív- és érrendszeri betegségek terápiájáról van szó, olyan gyógyszerekről, amelyek egytől-egyig átestek az illetékes szervezetek bizottságainak szigorú szakmai és költséghatékonysági vizsgálatain, vagyis bizonyítottan egészségnyereséget produkálnak. A pénzügyi problémákra hivatkozó törekvések rendre botránnyokat és végső soron piaci zavarokat idéznek elő. A piaci zavarok természetes kísérő jelensége a forgalom növekedése.

A szakértői előrejelzések szerint évről-évre közeledik egymáshoz az európai piac és a volt szocialista országok piaca. A korábbi évek 16-17 százalékos magyar növekedése csökkentette a lemaradást, amely azonban nem szűnt meg. A közeledés a kormányzati szándékok és intézkedések ellenére a korábbi években is folytatódott, mert a növekedés üteme mindig meghaladta az európai átlagot. A 2004-es évet a durva kormányzati beavatkozások jellemezték, amely komoly feszültségeket szült. A 2005-ös év szinte zavartalanul telt el. 2006-ot a reformok mezébe öltöztetett ijesztgetések jellemezték, ami érdemi irányváltás nélkül 12 százalékot meghaladó növekedést eredményezett. Új szakasz kezdetét jelentette a 2006. decemberében elfogadott XCVIII. számú törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól. Ez valójában a gyógyszerkasszát védte, kevéssé törődve a lakosság hosszabb távú érdekeivel. A törvényt kísérő jogszabályok 2007-ben jelentős változásokat eredményeztek a gyógyszerpiacon. Ma már megegyeznek a szakértői vélemények abban, hogy ezek a változások hosszabb távon kifejtik kedvezőtlen hatásukat. Szakértői véleményeltérés abban van, hogy a

1. ábra. Az egyes gyógyszerpiacok alakulása



biztonságos gyógyszerpiaci működés visszaépítése milyen időtávban lehetséges. Az előző években meghozott döntések, változtatások áthúzódó hatása tovább növelte a feszültséget. Tovább csökkent a gyógyszerek támogatása, a támogatásra fordított forrás. Egy évvel ezelőtti becslésünk elkészítésénél sem számoltunk radikális évközi kormányzati beavatkozással. Számoltunk azonban azzal, hogy tovább csökken a lakosság teherbíró képessége. Korlátosabbá válik az egyénre szabott gyógyszerelés lehetősége az orvosok séma szerinti megítélésével és tevékenységük esetleges szankcionálásával. Ebben nem tévedtünk. Év közben olyan változtatásokra került sor, amely közvetlenül a gyártókat érintette és ennek hatása a piacra csak elhúzódva, a későbbiek során jelentkezik.

A piaci folyamatok – a természetes fejlődés miatt – jelentős részben függetlenül alakulnak a kormányzati szándékoktól. Átmeneti ideig azonban képes érvényesülni a restriktív törekvés. Érdeemes elgondolkodni azon a tapasztalaton, hogy a természetes fejlődés sokkal meghatározóbb, mint az egyes piaci szereplők (legyenek ezek akár a gyártók, akár a forgalmazók, akár a finanszírozók, esetleg a szabályokat meghatározó kormányzat) érdekérvényesítő képessége. Okkal feltételezhető, hogy a magyarországi növekedés az európai növekedést meghaladó mértékű kell, hogy legyen mindaddig, amíg a teljes felzárkózás be nem következik. Végso soron a lakosságnak kell eldöntenie, hogy a közös kiadásokból mire mennyit fordít, mit milyen fontosságúnak ítél. Nagy valószínűséggel a saját

egészsége – különösen, ha érzékeli a más országok lakosságához mért hátrányait – fel fog értékelődni. Itt van jelentősége a lakosság számára adott információknak, a kommunikáció közérthetőségének. Ma egyértelműen megállapítható, hogy sikeres tud lenni az a kommunikáció, amely hihetően képes megjeleníteni felmutatható bűnösöket, sajnos közöttük igen sokszor a gyógyszerek gyártóit és forgalmazóit. Megtehető mindez anélkül, hogy a közölt információknak, vagy talán inkább a közölt érzeteknek valós alapja lenne. Az elkövetkező években – annak ellenére, hogy a kormányzat 2007 óta folyamatosan a növekedés megállítását célzó szabályokat vezet be – a piac növekedése nem megállítható folyamat. Ha a megállítás sikeres lesz, akkor európai lemaradásunk tovább növekszik. Tudomásul kell venni, hogy a lakossági terhek és a gyógyszergyártók, forgalmazók terhei egy határon túl biztosan nem növelhetők. A korábbi évek már sejteni engedték, az utóbbi évek pedig még határozottabban jelezték ezeket a pontosan nem definiálható határokat. Elég talán csak utalni a ki nem váltott vények köztudatban is kerिंगő nagy mennyiségére.

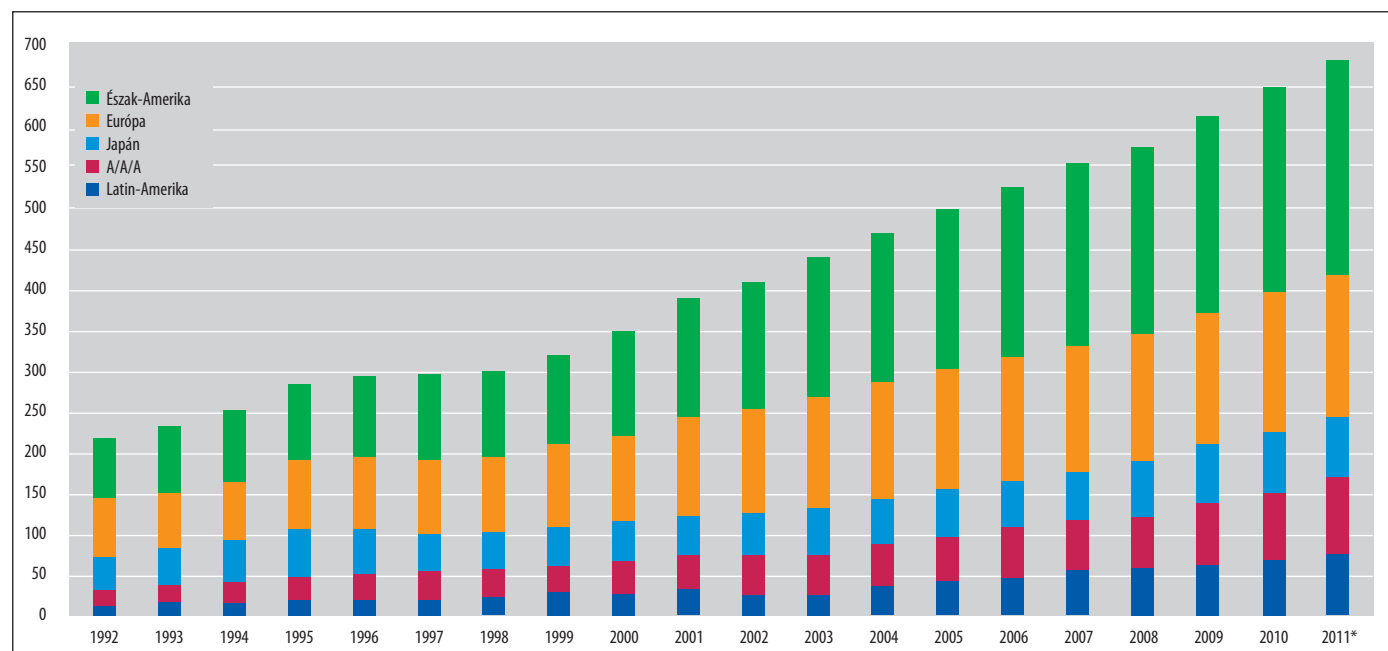
A növekedés tíz éves átlaga meghaladja a 9,0 százalékot. Ugyanezen időszak európai átlaga 4,0 %. Az európai egy főre jutó átlagot 2011-ben ismételt el nem érő magyar gyógyszerpiaci fogyasztói áron meghaladta a 624 milliárd forintot, amihez még hozzá kell számolni a 96-96,5 milliárd forint termelői áron számított kórházi gyógyszerforgalmat. A kórházak valódi gyógyszerfogyasztása feltehetően ennél nagyobb, a betegek által bevitt és

az esetenként kapott rabatt miatt, de a pontos mennyiséget nem lehet megállapítani. Az előző évhez képest 17-17,5 milliárd forint a kórházi gyógyszerfogyasztás-csökkenés, termelői áron számítva. Az előző években a növekedés és a csökkenés mértéke eltérő volt, törvényszerűség nem figyelhető meg. Ez a hektikus összefügg a kórházak finanszírozási problémáival. A patikán kívüli gyógyszerforgalmazás mértéke az előző évhez képest nem változott, megközelítően 5-6 milliárd forint értékű, stagnáló. Ezek számbavételével a közforgalom valójában 629-630 milliárd forint közötti értékre tehető. Érdeemes azt is figyelembe venni, hogy csak az átlagos életkor növekedéséből adódó többletfogyasztás 3,5-4% körüli növekedést eredményezne. Az ennél kisebb növekedés arra utal, hogy a lakosság kevesebb gyógyszert használ, mert egészségesebb lett, vagy beteg ugyan, de csak kevesebb gyógyszert szed. (3. ábra)

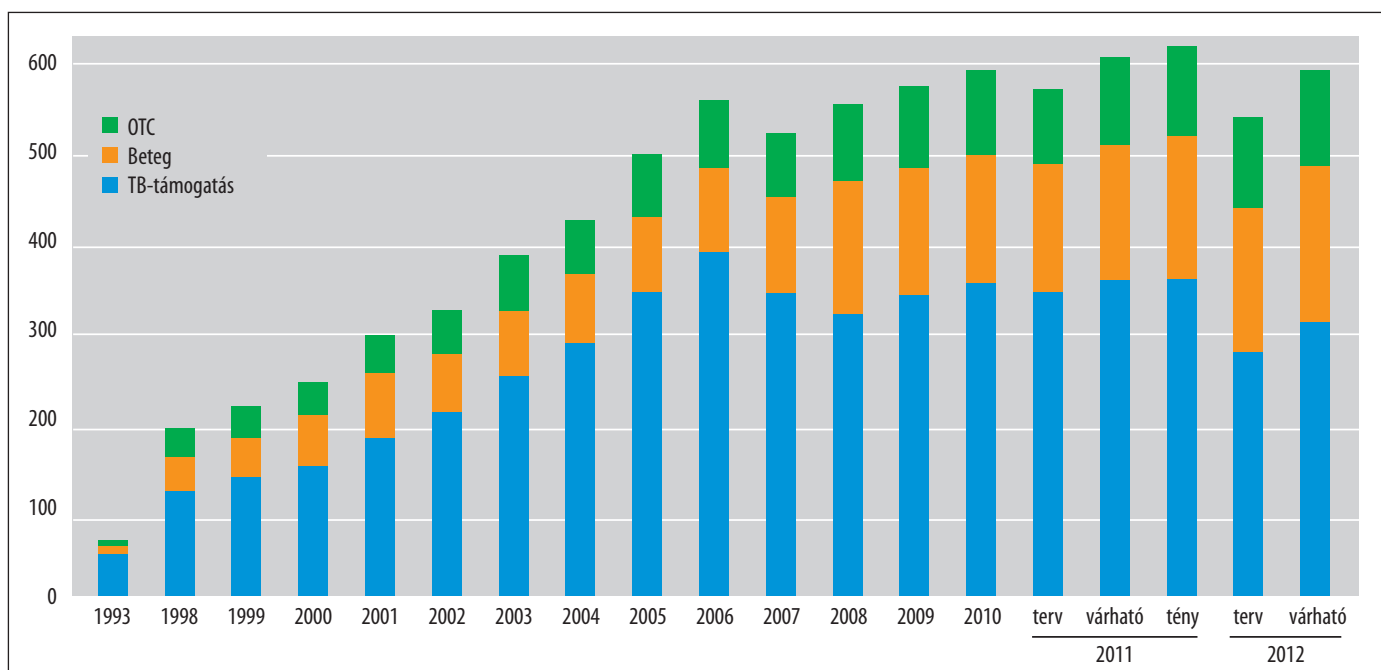
A közforgalom előző évi növekedése jelentősen meghaladja a kórházi forgalom növekedését. Ez a tény arra is utal(hat), hogy a betegek kisebb arányban kerültek kórházba, vagy pedig a kórházban nőtt a közforgalomból származó gyógyszerek felhasználása.

Egy évvel ezelőtt nem feltételeztük, hogy a gyógyszerpiaci növekedés meghaladja az európai növekedés mértékét. Túlzottan hihetőnek tűnt a korlátozások eredményességének kormányzati hangoztatása. Ez a feltételezés nem volt helytálló. Ennek eredményeként lemaradásunk az európai szinttől kismértékben tovább csökkent. Egy évvel ezelőtti becslésünk az összes forgalmat illetően

2. ábra. Gyógyszerpiaci alakulása



3. ábra. Gyógyszerpiac Magyarországon



98% pontossággal vált be. A kormányzati törekvésekkel (tervekkel) szemben nem csökkent a forgalom 3 százalékkal, hanem előrejelzésünknek megfelelően nőtt, igaz nem az általunk becsült 3 százalékkal, hanem 5 százalékkal. A tényleges forgalom a tervezetthez képest 8,5 százalékkal volt nagyobb. A tb-támogatás az előző évhez képest kismértékben növekedett, de a tervet jelentősen meghaladta. A növekedés az előző évhez képest 1,1%. A kormányzati elképzelésekhez képest 4,96% a növekedés, a becslésünkhöz képest pedig 0,3%. A lakossági terhelés az előző évhez képest növekedett 11,0 százalékkal. A vényköteles szektorban a növekedés 14,8%.

2002-ben és 2009-ben a lakossági terhek csökkentek a vényköteles szektorban.

Indokolt megjegyezni, hogy ezeket a terheket a fogyasztók alapvetően önszántukból vállalják.

2008-ban és 2009-ben a lakossági terhek változásának megítélése a két nagy szektorban nem hasonlítható össze az előző évekével. A 2007-es év adatait az Algopyrin vénykötelessé válása átrendezte. Az OTC-szektorból kikerült megközelít

tően 6 milliárd forint. Ha ezt is figyelembe vesszük, akkor az OTC-szektorban valójában folyamatos és dinamikus növekedés van. A 2008. évi OTC-fogyasztás megugrását a vényfelírási és támogatási rendszer változása is elősegítette. Az OTC-szektor részaránya 2008 óta a szakértői prognózisoknak megfelelően folyamatosan növekszik. Ez a növekedés állt meg 2011-ben.

A lakossági tehernövekedést jelentősen befolyásolja a gyógyszerkassza nagysága. A tb-támogatás az előző évhez képest 1,1 százalékkal nőtt, miközben a lakosság vényköteles körben befizetett hozzájárulása (térítési díj befizetése) 14,8 százalékkal lett nagyobb. Ez a betegek számára kedvezőtlen irányú elmozdulás. Mértéke lehet akár elviselhetetlen-közeli is. A lakossági összes terhelés, azaz a vényköteles és a vény nélküli készítmények összes fogyasztásáért fizetett hozzájárulás 2011-ben 11 százalékkal nőtt. Az OTC-készítmények fogyasztásának növekedése 5,3% mértékű, részaránya 16,0 százalék, ami kevesebb, mint az előző évi arány. Ez határozott jelzés a fizetőképesség szempontjából.

Az egy évvel ezelőtti becslésünk az összes forgalmat tekintve 98,0 – ezen belül az OTC-forgalmat tekintve 100,0 – a vényköteles forgalmat tekintve pedig 97,7 százalékos pontosságú lett. Nem tévedtünk ugyanakkor a lakossági terhek és a tb-támogatás megoszlásában. A lakosság terhei a támogatás mértékéhez képest kedvezőtlenül alakultak. A lakosság az általunk prognosztizált 29,7 százalékkal szemben a vényköteles gyógyszerek körében a terhek 31,1 százalékát viselte. A támogatás aránya a forgalomhoz képest a becslés szerint 70,3%, míg a tényleges adatok szerint 68,9%. A lakossági teherviselés növekedése a vényköteles szektorban a politika által ígért 0 százalékkal és az általunk becsült 7 százalékos növekedéssel szemben 14,8% lett.

A gyógyszerköltségek közösségi (állami) és magánfinanszírozásának aránya a vényköteles körben hektikusan változott az elmúlt években. A korábbi évek javulása után néhány éve romlik az arány a lakosság szempontjából. 2008-ban a lakossági terhek már elérték az állami ráfordítás 44 százalékát. Ez az arány 2009-ben

3. táblázat. A lakossági terhek növekedése a vényköteles gyógyszereknél az előző évhez viszonyítva

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Növekedés %	34,1	32,7	-8,2	7,5	4,1	9,3	17,1	14,6	30,9	-3,5	2,2	14,8

4. táblázat. Lakossági terhek növekedése az OTC szektorban az előző évhez viszonyítva

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Növekedés %	2,8	8,1	25,0	18,0	8,5	9,4	11,4	-7,7	20,8	4,6	4,4	5,3

5. táblázat. A lakossági összes terhelés növekedése az előző évhez viszonyítva a teljes gyógyszerforgalomban

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Növekedés %	19,5	22,8	3,5	12,0	6,1	9,3	14,5	4,6	26,9	-0,4	3,0	11,0

40 százalékra javult, 2010-ben pedig már 40% alá került. Becslésünknek megfelelően 2011-ben az arány ismétlenül romlott és 42 % körüli szintet éri el. Mindezt a nyugdíjasok helyzetével is indokolt összevetni, hiszen körükben a gyógyszerfogyasztás arányait tekintve nagyobb, mint a fiatalabb korosztály körében. Becslésünk szerint 2012-ben az arány jelentősen romlani fog. (4. ábra)

Fel kell tenni a kérdést: törvénytörően növekszik-e a gyógyszerfogyasztás? Van-e reális remény a gyógyszerfogyasztás csökkenésére? A gyógyszerpiac növekedését meghatározó tényezők számbavétele választ is ad a feltett kérdésekre. A felhasznált gyógyszer forgalma növekszik:

- A népesség életkorának növekedésével (ez mennyiségi növekedés is)
- A növekvő gazdagsággal arányosan (ez minőségi változás)
- Az újonnan piacra kerülő innovatív gyógyszerek értékével (ez mennyiségi és minőségi növekedést is eredményezhet)
- A már régebben piacon lévő termékek új alkalmazásával
- A megelőző szűrések számának növekedésével, a kiszűrt betegek kezelésbe vételével.

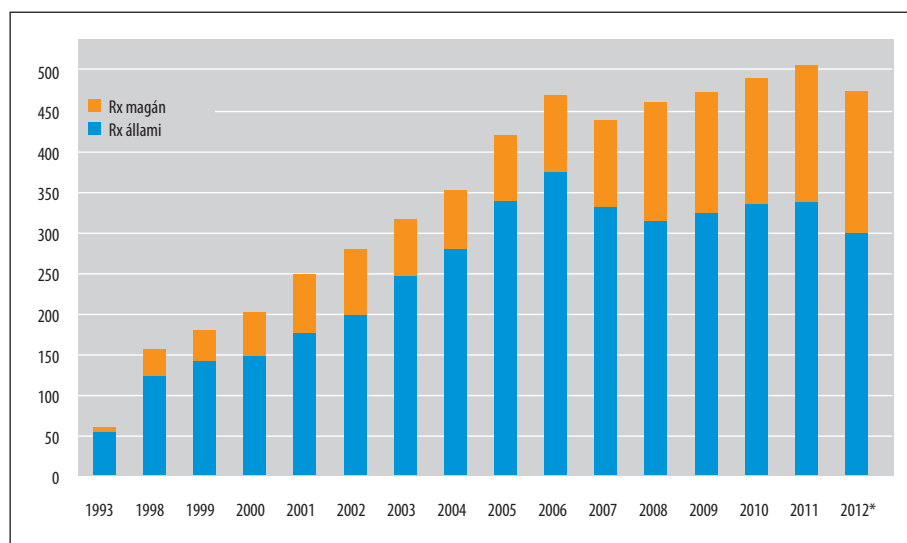
A piaci növekedés mértékét a középkelet-európai országokban az elemzők az európai átlagot meghaladó mértékűre teszik. Indoklásul az egy főre jutó fogyasztás alacsony szintjét és az európai felzárkózáshoz szükséges kiegyenlítő-dést hozzák fel. Ezzel szemben nálunk a 2007. évi 6,6 százalékos csökkenés megtört egy folyamatot, de a növekedés ezt követően folytatódott. Az egy főre jutó fogyasztás 2008-ban és 2009-ben is 205 euró körül alakult, szemben a korábbi évek 204–223 eurójával. Az egy főre jutó fogyasztás euróban kifejezve 2010-ben – az árfolyamváltozást és a népesség csökkenését is figyelembe véve – 212 euróra változott. A csak vényköteles fogyasztás az előző évekhez hasonlóan 178-179 euró maradt. 2011-ben az egy főre jutó fogyasztás 225 euró, a csak vényköteles fogyasztás pedig 189 euró. Ez jóval elmarad az EU országok átlagos egy főre jutó fogyasztásától (amely 2002-ben is már közel 250 euró), miközben az átlagos egészségügyi állapot nálunk messze rosszabb, mint az EU-s átlag.

A Magyarországon forgalmazott gyógyszerek átlagos tényleges fogyasztói ára 2011-ben dobozonként 2187 forint volt. A termékpalletta bővülése mellett a dobozár ebben az évben 5,2 százalékkal nőtt. Ha ehhez még hozzáteszük a fogyasztás ösz-

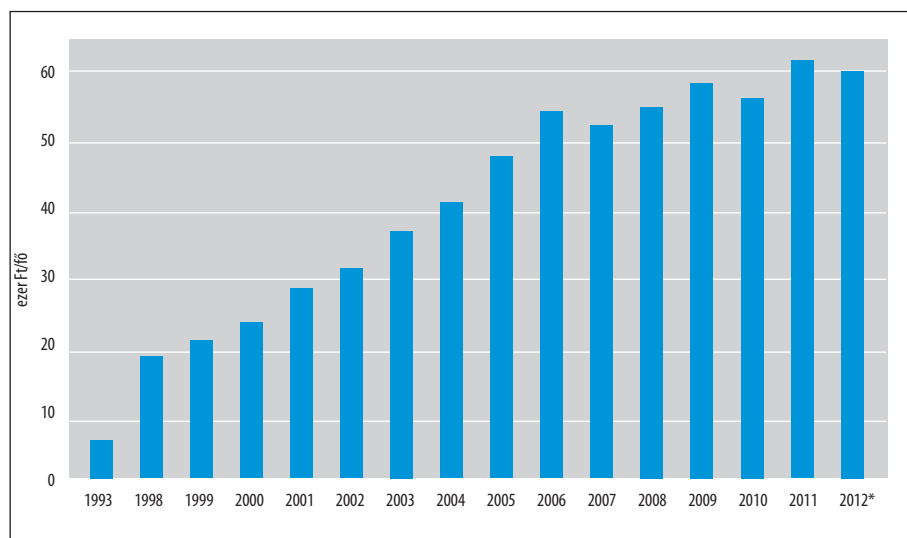
szetételének változását, azaz új, drágább készítmények megjelenését és a 4 százalékos inflációt, akkor érzékelhetővé válik a gyártók önmegtartóztató viselkedése.

Az OTC készítmények piaci erősödése nem folytatódott 2011-ben, piaci részesedése néhány tized százalékkal csökkent. Az OTC forgalom piaci részaránya 2011-

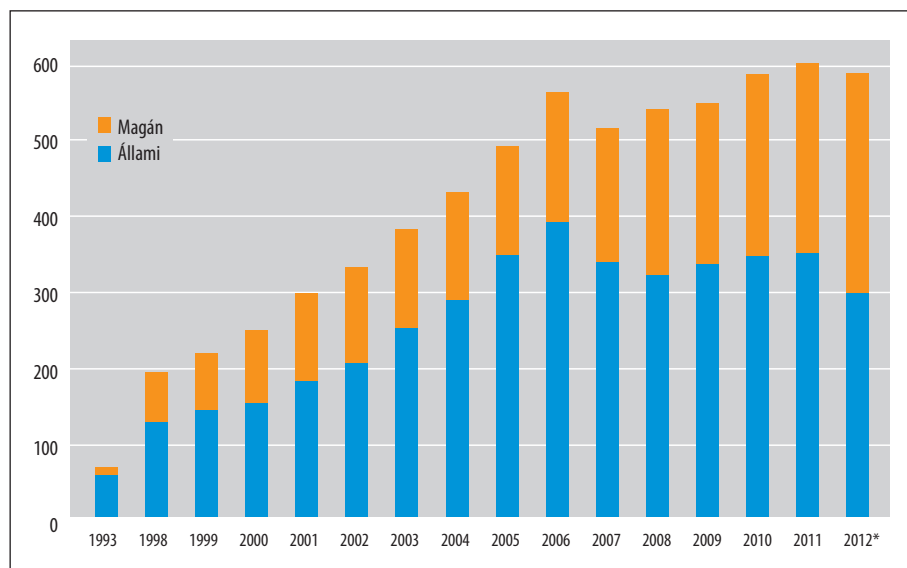
4. ábra. Ráfordítás vényköteles körben



5. ábra. Egy főre jutó gyógyszerfogyasztás (Ft/fő)



6. ábra. A lakossági terhek megoszlása



6. táblázat. A patikai átlagos dobozár alakulása Magyarországon

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
1 169 Ft	1 275 Ft	1 420 Ft	1 669 Ft	1 842 Ft	1 839 Ft	1 901 Ft	1 981 Ft	2 079 Ft	2 187 Ft

ben 16,0 százalékot ért el. A vény nélkül kapható gyógyszerek a dobozban kifejezett teljes fogyasztás 28,5 százalékát érték el. Ez a mutató az elmúlt években 27,2 és 33,2 százalék között változott. A vény nélkül vásárolt gyógyszerekért dobozonként átlagosan 1227 forintot kellett fizetni, az előző évi 1162 forinttal és az azt megelőző évi 1093 forinttal szemben. (5. ábra)

A lakossági terhek megoszlása

A lakossági terhek aránya összességében 2001 és 2005 között évenként kis mértékben csökkent. (6. ábra) 2005-től kezdetben kismértékű, 2007-től azonban jelentős növekedés mutatkozik. A folyamat 2009-ben megállt és a lakosság összes terhe a gyógyszerforgalom 40 százalékát érte el. 2010-ben a csökkenés folytatódott. A tendenciát előre jeleztük. 2011-ben a magánráfordítások aránya ismét nőtt.

A 7. ábra szemléletesen mutatja, hogy a lakosság gyógyszerekre fordított kiadásai 1998-ban mintegy fele-fele arányban oszlottak meg a vényköteles és az OTC készítmények között. Az arány fokozatosan a vényköteles irányba tolódott el. Az utolsó évben már 38 : 62 az OTC : Rx megoszlás. A folyamat várhatóan – ha lassabb ütemben is – folytatódik.

A 2012-ben várható változások

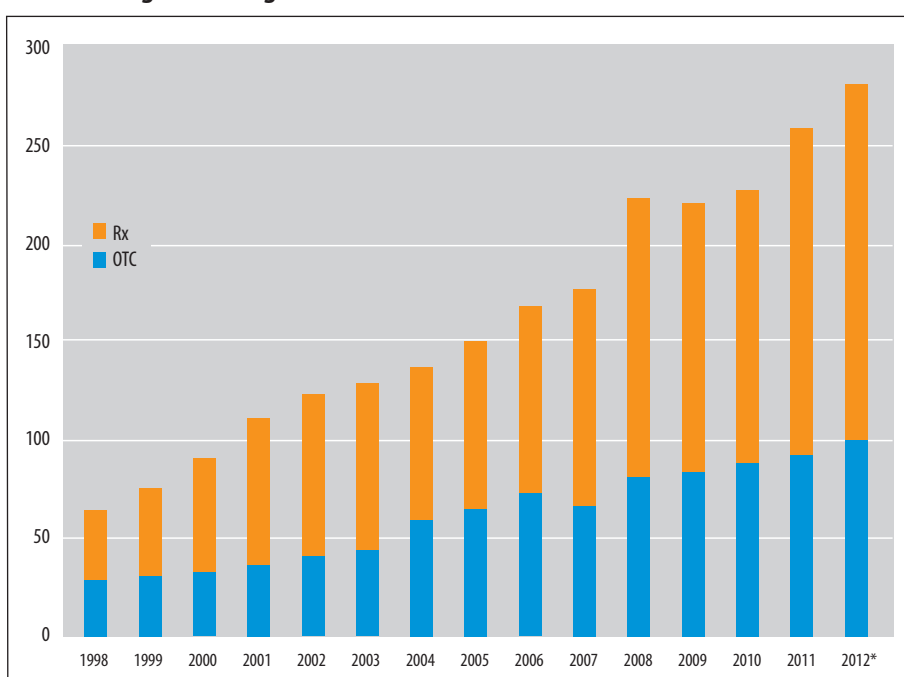
A világ gyógyszerfogyasztása az előrejelzések szerint tovább nő. A szakértői becslések 2012. évre 950–990 milliárd

USD körüli forgalmat prognosztizálnak. Ez 7,9% körüli növekedést jelent. Európa vezető piacain a növekedést – a kormányzati restriktív törekvések miatt – 1–3 százalékban lehet megjelölni, az idei 3 százalékkal szemben. A korábbi évek stagnálása után Japán gyógyszerpiaca az előrejelzésnek megfelelően két-három éve növekedésnek indult és ez várhatóan folytatódik: 1-2 százalékos rátával. Az előző évhez hasonlóan Kínában 20% feletti, Indiában, Brazíliában, Dél-Koreában, Tö-

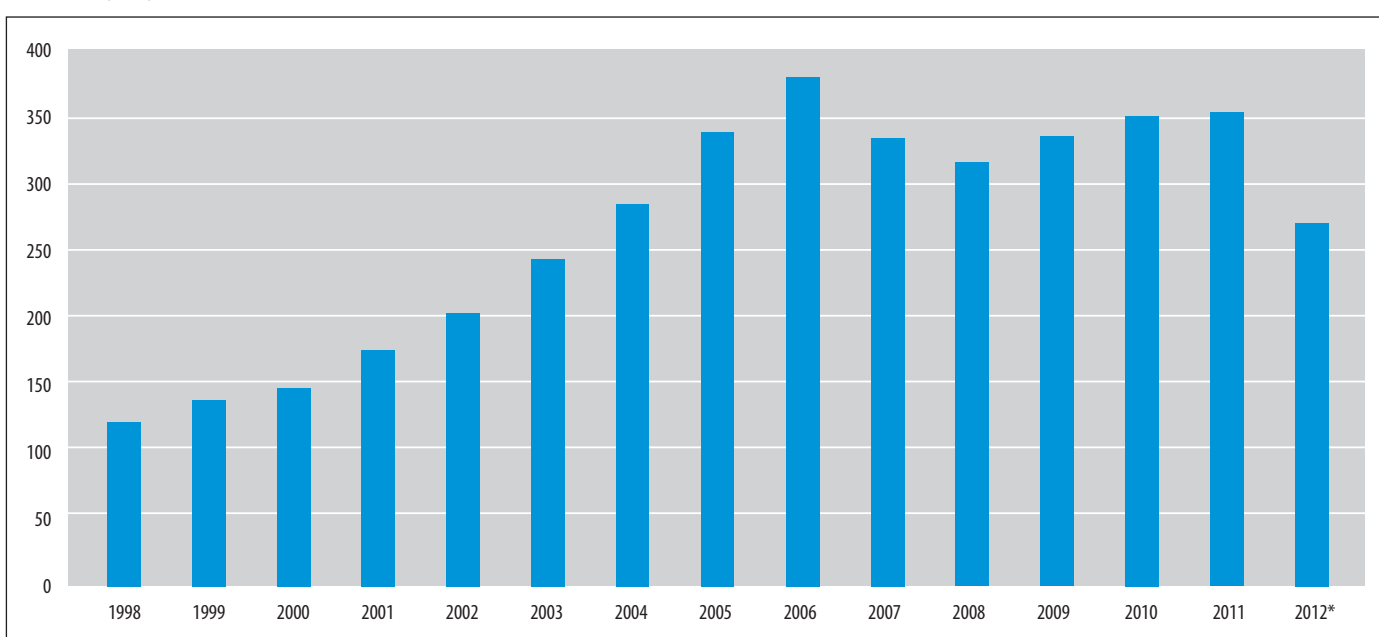
rökországban és Oroszországban 13–17% feletti növekedés várható.

A következő évek várható változásait úgy összegezhetjük, hogy a világ gyógyszerfogyasztása 2013-ban várhatóan meghaladja az 1000 milliárd USD-t. Ehhez évenként 6-7 százalékos növekedésre van szükség. A 2012-re várt forgalom 990 milliárd dollár. A 2020-ra készített szakértői becslések 1300 milliárd dolláros gyógyszerpiacot vetítenek előre.

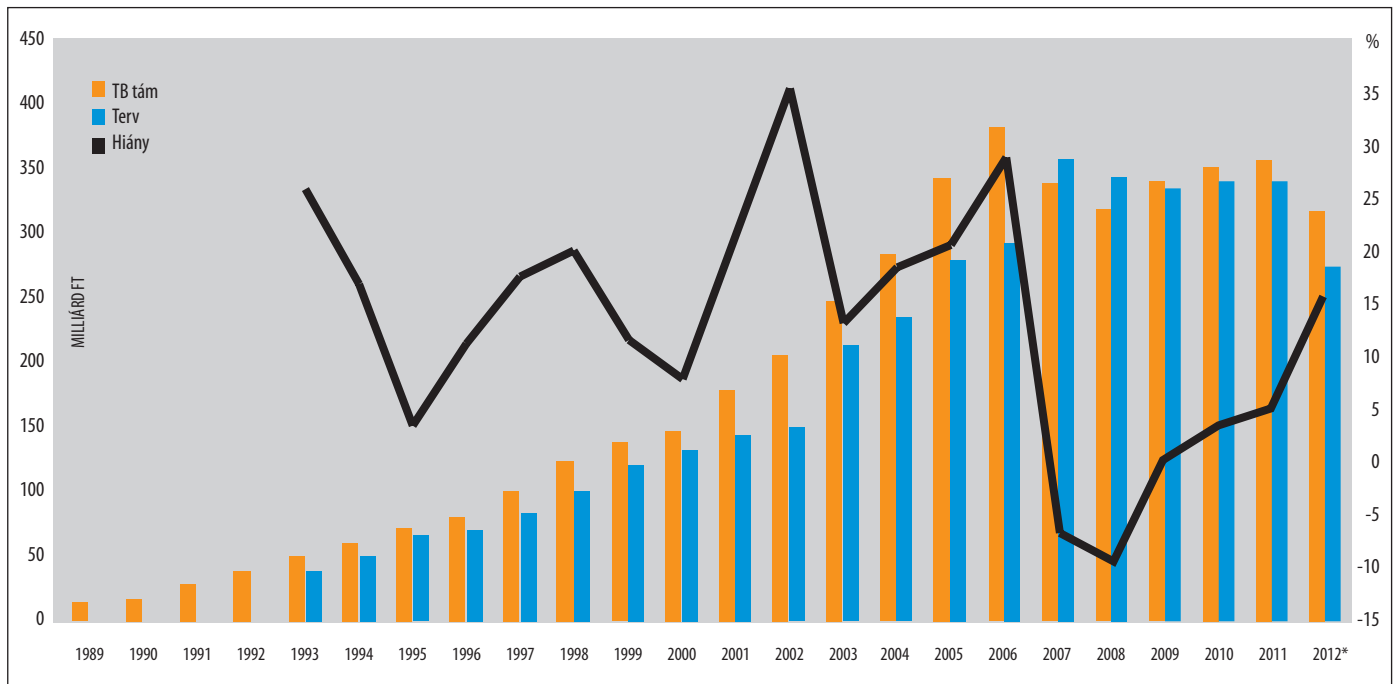
7. ábra. Betegterhek megoszlása



8. ábra. Gyógyszerkassza alakulása



9. ábra. Tb-támogatás



Várhatóan dinamikusan növekszik majd a generikus gyógyszerpiac és ellensúlyozni fogja a szabadalmi védettséget elvesztett készítmények piacvesztését.

A 2012. év tervezése Magyarországon különösen nehéz helyzet elé állítja a szakembereket. A növekedés tényét nem lehetne megkérdőjelezni. A kormányzati elképzelésekről elhangzott nyilatkozatok ezzel ellentétesek. Az egyértelműen látszik, hogy az előző év ténylegesen felhasznált gyógyszerkasszájához képest idén sokkal kisebb összeg áll rendelkezésre (8. ábra). A gyógyszerkassza csaknem negyedét érintő tervezett csökkentés betartása elképzelhetetlennek tűnik. Ezt a 83 milliárd forint körüli csökkentést lakossági forrásokból aligha lehet kompenzálni, még akkor sem, ha a közforgalmú piacról a tervek szerint 30 milliárd forint értékű forgalmat közvetlenül a kórházi területre irányítanak át, központi beszerzés mellett. Az átterelésekkel tisztított forgalom nagy valószínűséggel fokozatosan nőni fog, amihez a tervezett gyógyszerkassza nem lesz elegendő. A változás dinamikáját jól szemlélteti a tb-támogatás alakulását bemutató 9. ábra. Az ábrán nem tüntettük fel a tervezett pótlólagos, további 10 milliárd forint mértékű csökkentést.

Gyógyszerpiaci elemzők szerint a 2011-ben ténylegesen felhasznált 361 milliárd forint legfeljebb a 30 milliárd átcsoportosításával és a generikus program sikeres megvalósításával – további maximum 20 milliárd körüli támogatási igény csökkenésével számolva – összesen 50 milliárd forinttal csökkenthető. A lakossági terhek

meghirdetett szinten tartása mellett 2012 során 311 milliárd forint kell a gyógyszer-támogatáshoz. Ebben az esetben a forgalom változatlan maradna. Ezzel szemben a tervben 278 milliárd szerepel. (Ismételten nem számítva az újabb 10 milliárdos csökkentést!) A hiány 33 milliárd forint, vagy 43 milliárd forint. Ha figyelembe vesszük a szerves fejlődés (átlagéletkor növekedése, a szűrővizsgálatokon résztvevők számának emelkedése, a védőoltásokat igénybe vevők számának növekedése, a korszerű készítmények iránti igény növekedése, az orvostudomány fejlődése stb.) hatását, akkor központi átcsoportosítás nélküli forgalomnál minimum 3-4 százalékos növekedésre kell számítani. Ez



Gyógyszerek dobozban. Nehogy elguruljanak...

egyértelműen lakossági tehernövekedést eredményez. A kasszahiány lakossági pótlása és a természetes növekedés hatása 2012-ben a vényköteles szektorban együttesen minimum 25–30 százalék körüli lakossági tehernövekedést eredményez. Indokolt megjegyezni, hogy az átlagos inflációt 4,8–5,0% körüli értékre várják a szakértők. A 9. ábra a tervezett és ténylegesen realizált tb-támogatást, valamint a tervhez képest mutatkozó hiányt mutatja. Jól látszik rajta, hogy a korábbi években az alacsonyban, a korábbi év tényleges felhasználásánál kisebbre tervezett gyógyszerkassza volt a jellemző. A 2007. évi drasztikus piaci beavatkozás a gyógyszerkasszával szembeni igényt is csökkentette. Rövid távon biztosan nem derül ki, hogy ennek volt-e hatása a lakosság egészségi állapotának változására, s ha igen, milyen. Nehéz eldönteni, hogy a gyógyszerkassza a lakossági terhek elviselhető szinten tartása mellett elegendő-e a legfontosabb igények kielégítésére. Ezen a területen is jelentős a lemaradásunk Európához viszonyítva. 2011-ben például az egy dobozra jutó tb-támogatás alig haladta meg a 6 eurót (290 Ft/Euro árfolyamon), ha azt a vényköteles gyógyszerekre számítjuk. Ez alig ötödrésze a „régii” EU országok átlagának, amely már kilenc-tíz évvel ezelőtt is meghaladta a 25 eurót.

Összefoglalva az állapítható meg, hogy 2012-ben az utóbbi évtized legradikálisabb beavatkozása várható a gyógyszerpiacba. Azt csak remélni lehet, hogy ennek káros következményei nem okoznak tömeges tragédiákat.

Ille nék a tényeket ismerni!

2012. március 29-én jelent meg Szepesi Anita által jegyzett cikk a Napi Gazdaság internetes oldalán „Sötét felhők a Korányi fölött” címmel. Az írás az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet (OKTPI) bezárását jövődöli egy minisztériumi rendeletre vezet alapján, melyben egyetlen kórház sincs nevesítve, és nem is foglalkozik az egyes kórházak jövőbeli feladataival. A fenti írás elmarasztalja az Intézetet az elmaradt fejlesztésekért. Az alábbiakban tényszerűen bemutatjuk az OKTPI-ben az elmúlt néhány évben történt fejlesztéseket.

Az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetet 1901-ben alapították a tüdőbetegeknek az akkori kor lehetőségei szerinti legmagasabb szintű ellátására. Az elmúlt több mint 110 év alatt a kor igényeinek megfelelően több alkalommal kellett profilt váltani, és az intézet struktúráját megváltoztatni. Mára az intézet a komprehzív pulmonológiai ellátás legmagasabb szintjén működő többszakmász tüdőgyógyászati szakintézmény. A tüdőgyógyászat legfontosabb ágai, az onko-pulmonológia, az akut és idült respiratorikus megbetegedések, valamint az infektív jellegű tüdőbetegségek ellátásának minden feltétele adott. Az aktív, a rehabilitációs és a krónikus fekvőbeteg-ellátás kiegészíti egymást, amelyhez jelen vannak a szükséges legkorszerűbb diagnosztikai háttérszolgáltatások. Több évtizedes hagyományokkal rendelkező orvosgenerációk adták és adják át egymásnak a szakmai ismereteket, kiváló „teamek” képviselik az egyes szakterületeket, a tüdőgyógyászat, a mellkas-sebészet, az intenzív- és aneszteziológiai ellátás, és a diagnosztika terén egyaránt. A szakmai hagyományok ápolása mellett természetesen a tárgyi feltételek megújítása is megtörtént az elmúlt években.

Az OKTPI-ben az asztmás, COPD-s, pneumoniás, tüdőembóliás, alvás alatti légzészavarban szenvedő betegek gyógyítása mellett jelentős számban látunk el tüdődaganatos betegeket. A pulmonológiai hálózatban észlelt tüdőrákos

betegek egynegyedét az intézet látja el komprehzív módon, a kivizsgálástól a különböző kezeléseken keresztül a palliatív ellátásig. Elsők között vezettük be a betegek kezelését meghatározó onko-team rendszert, kemoterápiás járóbeteg-egységeket hoztunk létre, és hospice-palliatív osztályt létesítettünk. E feladatoknak megfelelően az elmúlt években megújítottuk a képpalkotó diagnosztikai szolgáltatásunkat (digitális röntgen, CT, SPECT), felújítottuk és a legmodernebb eszközökkel szereltük fel az ország legnagyobb forgalmú pulmo-

tációs osztályt alakítottunk ki. Központosítottuk a járóbeteg-ellátást.

A fenti rendszerben 16 orvos rendelkezik tudományos minősítéssel, és 53 orvos minimum két szakvizsgálással (közülük 19 klinikai onkológiai szakvizsgálással is). Az Európai Klinikai Onkológiai Társaság gyógyító munkánkat elismerte és az Intézetet akkreditálta. A kóreltani és a tumorbiológiai osztályokon nemzetközileg is elismert kutatások folynak.

A tüdőgyógyászati szakma számára az Országos Korányi Tbc és Pulmonoló-



Prof. dr. Strausz János, valamint az intézet névadójának mellszobra

nológiai endoszkópos (bronchoszkópos) laboratóriumát, lehetővé téve a diagnosztikai vizsgálatok mellett a legkorszerűbb terápiás, palliatív beavatkozásokat is. Megújítottuk a légzésfunkciós laboratórium felszerelését. A mellkas-sebészeti osztályon a kornak megfelelő színvonalú műtőblokkot alakítottunk ki.

A 24 ágyas Intenzív Osztályon a posztoperatív betegellátáson túl heti hat alkalommal veszünk fel légzési elégtelenségben szenvedő, intenzív ellátásra szoruló betegeket. Ennek köszönhető, hogy a főváros intubálásra, gépi lélegeztetésre szoruló akut sürgősségi betegeinek négyötödét az intézet látta és látja el. Az intézet eddig is a cisztás fibrózisban szenvedő felnőtt betegek ellátásának országos központja lehetett, amelyet a közeljövőben is továbbfejlesztünk.

Az alvás alatti légzészavarok vizsgálatára a korábbi egy ágyat nyolc ágyra fejlesztettük. Új, pulmonológiai rehabili-

giai Intézet Módszertani Osztálya és Tbc Surveillance Központja meghatározó információs bázist jelent, amely országos statisztikai kimutatások alapja is egyben. On-line módon kapcsolatban áll az ország valamennyi területi tüdőgyógyászati járóbeteg-rendelésével.

Minden szakma számára meghatározó jelentőségű az, ha a progresszivitás csúcsán az egyetemi képzés, az egyetemi klinikák, tanszékek mellett országos intézet is működhet. A nagy hagyományokkal rendelkező Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet ilyen meghatározó betegellátó, kutatási és módszertani központ a tüdőgyógyászat számára, további folyamatos megújulása és eredményes működése az egész szakma érdeke.

Dr. Kovács Gábor, Szakmai Kollégium
Tüdőgyógyászati Tagozatának elnöke,
Országos Tüdőgyógyász Szakfőorvos
Prof. dr. Strausz János Főigazgató Főorvos

Az egészségmegőrzés is honvédelem

LÓRÁNTH IDA

Az új egészségügyi ellátórendszerben az MH Honvédkórház lesz az észak-közép-magyarországi nagytérség csúcshintézménye. A progresszivitás legfelsőbb szintjén álló kórház feladatát a területen működő 12 társ-kórházzal szoros együttműködésben végzi majd, emellett ellátja az ország összes „egyenruhását” is. Dr. Schandl László orvos dandártábornok, címzetes egyetemi tanárral, az intézmény parancsnokával az általa vezetett kórház tevékenységéről, jövőben várható fejlesztéseiről beszélgettünk.

Budapesten, a 110 éves múltú Honvédkórházat – az akkori reformtörekvések következményeként – 2007 nyarán több intézménnyel (Központi MÁV Kórház, Országos Gyógyintézeti Központ, BM Központi Kórháza) összevonták, és létrejött az Állami Egészségügyi Központ. A hatalmasra duzzasztott intézménykomplexum feladatainak elvégzéséhez modern, a kor szakmai kihívásainak megfelelő eszközparkot, logisztikát, és a korábbi Központi Honvédkórház vadonatúj épületrészt is megkapta, aminek köszönhetően az ország egyik legmagasabb minőségben szolgáltató intézményévé lépett elő. Az óriási betegforgalom, a progresszivitás legmagasabb szintjén álló, rendkívül széles, tehát nagyon drága szolgáltatási paletta, és mindenekelőtt a korábban rendelkezésre álló finanszírozási források csaknem megfelelése a kórház gazdálkodásában mind jelentősebb mértékű deficitet eredményezett, amely a kormányváltás idejére már több milliárd forinttal duzzadt. 2011 decemberében Hende Csaba honvédelmi miniszter ünnepi állománygyűlésen jelentette be a honvéd egészségügy négy év utáni újbóli integrációját. Ezáltal átfogó, egyedülálló egészségügyi ellátórendszer jött létre, amely a Magyar Honvédség hadrendi elemeként a Honvédelmi tálcá felügye-

lete alatt áll. Neve Állami Egészségügyi Központból ismét MH Honvédkórházra változott. Az intézmény hadrendbe illesztése folytán, ezzel egyidejűleg – a Honvédkórház/Honvéd Egészségügyi Központ integrációnak köszönhetően – 243 fővel csökkentették az adminisztrációt és logisztikai tevékenységet végzők létszámát. Ezzel az intézkedéssel párhuzamosan a miniszter kinevezte a kórház új vezetőit is: 2011. november 15-i hatállyal dr. Schandl László orvos dandártábornok lett a kórház parancsnoka, egyidejűleg az MH egészségügyi szolgálatfőnöke. A Honvédkórháznak az észak-közép-magyarországi nagytérség egészségügyi ellátásának centruma szerepét szánják.

– Van gyakorlati jelentősége annak, hogy hadrendi elemként ismét a honvédelmi tárca irányítása alá került a Honvédkórház, vagy csupán gesztusértékű váltás történt?

– Legjobb tudomásom szerint a kórház, történetének több mint 110 évében, mindig a Magyar Honvédség tulajdonában volt. 2007-ben az akkori egészségpolitika az addig egységes honvéd egészségügyet három részre tagolta. Annak gyógyító szegmenseként hozták létre az Állami Egészségügyi Központot, de felügyeletét akkor is a honvédelmi tárca gyakorolta. Tavaly novemberben a kórház felügyelete a tárca keretein belül visszakerült, mint hadrendi elem, a vezérkari főnök alárendeltségébe. E változás semmilyen formában nincs hatással a betegellátásra, csupán a kórház jogállása változott meg. Mégpedig annyiban, hogy a honvédelmi miniszter közvetlen alárendeltségéből a vezérkari főnök közvetlen alárendeltségébe került.

– Intézményük a területhez tartozó, mostanában államosított kórházakkal együtt szerves része, mi több vezető centruma az észak-közép-magyarországi nagytérség egészségügyi ellátó rendszerének. Míg az állami kezelésbe kerülő társ-kórházak a NEFMI egészségügyi államtitkársága felügyelete alatt állnak, addig a Honvédkórház irányítója a honvédelmi tárca. A gyakorlatban e két hatóság irányító tevékenysége hogyan egyeztethető össze?

– A polgári ellátás szakmai direktíváit az egészségügyi államtitkárság vezetője határozza meg, ugyanúgy, mint bármely más hazai kórházban, egyébként minden más területen a honvédelmi miniszter utasításait követjük. A civil és az egyenruhás gyógyítás gond nélkül összeegyeztethető, sőt, a kórházi ellátás minőségének szempontjából előnyösnek is mondható. Mégpedig azért, mert mind a katonaoorvoslás területén, mind a polgári lakosság gyógyításában magas színvonalon teljesíthetünk. Ehhez rendelkezésünkre áll nemcsak a kiváló szakmai tudás, hanem a modern felszereltség is, ami lehetővé teszi, hogy egyrészt a tradicionálisan a katonaoorvosláshoz sorolható szakterületek, másrészt a polgári lakosság gyógyítását szolgáló szakmák is jelen legyenek a kórházban. Előbbiek közül országos szinten is kiváló eredményeket mutathatunk fel a sebészeti szakmák területén. Különösen a baleseti-, az ideg-, a fej-nyak, a szem-, az égési-, és a helyreállító plasztikai sebészetben. Ezek a szakterületek mindig jelen voltak, és ma is a gyógyító munka szerves részei a Honvédkórházban. Sőt, nemcsak jelen vannak, de elmondhatom, hogy azokat mindenkor nagyon magas színvonalon láttuk el. A felsorolt katonai szakterületek mellett kórházunkban a leginkább a polgári lakosságra jellemző betegségtípusokat szintén magas szinten gyógyítjuk. Ilyen szakmák például az invazív szinten is teljesítő kardiológia, a neurológia, az onkológia és a gasztroenterológia. A betegek szempontjából rendkívül kedvező tényező, hogy a nálunk kezelt páciensek egy helyen megkaphatják mind a speciálisan katonai szakmák, mind az egyéb szakterületek szolgáltatásait, mégpedig a Magyarországon elérhető legmagasabb minőségben.

– Bár az egészségügyi szakállamtitkárság a nagytérségek végleges határait, az azokhoz rendelt intézmények konkrét felsorolását, illetve az ellátandó lakosság pontos létszámát még nem hozta nyilvánosságra, a sajtóban olyan hírek is szárnyra keltek, hogy az eddigiek mellett az észak-közép-magyarországi térségben hozzávetőleg újabb 1,5 millió beteget is ellátnak majd. A progresszivitás csúcán álló centrumként a Honvédkórház képes lesz ekkora betegfogyadására?

– Kórházunknak már a 2007-es átszervezés előtt is volt területi ellátási kötelezettsége, ami az Állami Egészségügyi Központ létrejöttével konkrétabbá vált, ám korántsem volt olyan egységes és egyértelműen meghatározott, mint amilyen reményeink

szerint most lesz. Bár májusig a feladatok elosztásában, elvben lehetnek még apróbb változások, a Honvédkórházhoz tartozó ellátási terület határait már ismerjük. A jelenlegi állás szerint centrumunk társkórházai lesznek a főváros XIII., IV. és III. kerületi polgári kórházai. A város határán túl az esztergomi kistérségig tart az ellátási területünk. A Duna másik partján: Pest megye északi része, Nógrád megye teljes területe, illetve Heves megyének körülbelül a fele. Összesen tizenkét társkórház dolgozik majd a Honvédkórház ellátási területén folyamatos együttműködésben. Körülbelül másfélmillió polgári lakost látunk majd el, ezen felül az összes hazai „egyenruhás szolgálatot” ellátó páciens. Vagyis a katonák mellett a teljes belügyi állományt, a tűzoltókat, katasztrófavédőket, rendőröket és ezen felül a vasutasokat is. A felsoroltak, függetlenül attól, hogy az ország mely településén élnek, a Honvédkórház ellátási feladatkörébe tartoznak. Mivel a MÁV Kht. bizonyos egészségügyi intézményei az új rendszerben is fennmaradnak, a vasutasok választhatnak, hogy a Honvédkórház, vagy a MÁV egészségügyi szolgáltatásait veszik inkább igénybe.

– Ekkora tömeg ellátására képes lesz a nagytérségben szolgáltató 12 kórház, illetve a Honvédkórház? Elképzelhető, hogy a jövőben, éppen az ellátandók magas létszáma miatt tovább terebélyesednek a várólisták?

– A Semmelweis-terv végrehajtásakor feltételezhetően szabályozzák majd a progresszivitási szinteket. Azt egyetlen beteg sem várhatja el, hogy alacsonyabb progresszivitási szinteken is gyógyítható problémáit a nagytérségi centrumban kezeljék. A progresszivitási szintek és a betegutak pontos meghatározásának lényegét abban látom, hogy általa minden beteg az aktuális állapotának megfelelő kezelésben részesülhet. Például, ha az ellátási terület valamely távoli pontján egy súlyos baleset történik, a politraumás esetet a jövőben a mentők nem szállítják majd egyik kórházból a másikba, hanem egyenesen ide a Honvédkórházba hozák. Itt pedig a sérült a Magyarországon elérhető legmagasabb szintű ellátást kaphatja. Az adott beteg szempontjából ez lényeges változás, mert a korábbi gyakorlattal ellentétben nem kezelik majd alacsonyabb progresszivitási szintű

kórházban heteken keresztül, hanem a centrumban rögtön, a számára legmegfelelőbb minőségi szolgáltatás áll a rendelkezésére.

– Magyarországon még ma is a szívbetegségek miatt következik be a legtöbb idő előtti haláleset. Mostanában olyan információk is felröppentek, hogy az észak-közép-magyarországi régióknak mindösszesen 125 kardiológiai ágy áll majd a rendelkezésére az akut szívbeteggek kezelésére. Valós ez az állítás?



Dr. Schandl László

– A végleges adatokhoz meg kell várunk a Semmelweis-terv végrehajtását támogató jogszabályok megjelenését. Tudtommal a jogalkotók jelenleg a háttér munkák elvégzésénél tartanak. Amint megjelennek a rendeletek, azokban minden bizonnyal egyértelműen szabályozzák a kapacitásokat is. Addig viszont nincs értelme a találgatásnak.

– A kórházi adósságok konszolidációja előtt az önök intézményét, a maga több mint hatmilliárdos tartozásállományával a szakma a legnagyobb adósok között emlegette, a klinikák mellett. Mára, többek között a 27,5 milliárdos állami pluszforrásnak köszönhetően – amelynek egyedüli és kifejezett célja a kórházak adósságállományának csökkentése, illetve megszüntetése volt –, mennyiben változott a Honvédkórház gazdasági státusza?

– A gazdasági gondok, a múltban bekövetkezett eladósodás legfőbb előidézője

az a 2007-es intézkedés volt, amely Állami Egészségügyi központ néven a Honvédkórházba integrált olyan intézményeket, mint a BM Központi Kórház- és Rendelőintézet, a Központi MÁV Kórház, illetve az akkor egyetemi ranggal rendelkező Országos Gyógyintézeti Központ. Ezek – az összevonással egyetlen centrumba integrált – intézmények elveszítették korábbi finanszírozási kvótájukat, ehelyett, mint egységes egész, az integrált kórházak korábbi finanszírozásának csupán a felét kapta meg a központ. Vagyis a fel-

adat, bár centralizálva, de teljes egészében megmaradt, az ellátandó lakosság létszáma sem csökkent, inkább nőtt, viszont mindezt fele annyiból kellett volna elvégezni, mint azt korábban az önálló gazdálkodású intézmények tették. Az átalakításnál az egészségpolitikusok azzal nem számoltak, hogy a központba integrált kórházak, a náluk felhalmozódott szakmai tudás és modern eszközpark révén, bizonyos szakterületeken önmagukban is országos ellátást biztosítottak, így összevonásukkal a létrehozott centrumban is jelentősen megnőtt a betegforgalom. Annak kiszolgálása pedig hónapról hónapra rendszeresen túllépte a tvk-keretet. Vagyis a rendszerben kezdettől kódolva volt az eladósodás. Előre látható volt, hogy olyan intézményben, amelyben az egész ország területéről érkező súlyos betegek magas szintű traumatológiai, invazív kardiológiai, égési sebészeti, neurológiai beavatkozásait, vagyis rendkívül forrásigényes ellátását végzik, nem lehet a döntéshozók által rendkívül szűkre szabott teljesítménykeretből gazdálkodni. Bár időnként, általában az év végén a szaktárca adósságkezelő pluszforrásokkal megpróbálta korrigálni a deficitet, ez csak arra volt elegendő, hogy valamelyest lassítsa az eladósodás folyamatát, megállítania azonban nem sikerült, sőt, évről-évre hízott az adósságállomány. Mégpedig azért, mert a tvk korrekciója rendre elmaradt. Ebben a rendszerben az Állami Egészségügyi Központ működését éppen akkora összeggel finanszírozták, mint bármely megyei kórházét, holott a központban felhalmozott szakmai tudás, az ott használt 21. századi technika, illetve az oda érkező súlyos betegek létszáma ennél nagyságrendekkel magasabb finanszírozást igényelt volna. E tények egyenes következménye az, hogy a 2011-es évet a kórház 6,5 milliárd

forintos adósságállománnyal kezdte, ami év közben tovább duzzadt, hiszen mindaz, ami a működtetéséhez elengedhetetlen (energia, gyógyszer, eszköz költségek stb.) volt, az folyamatosan drágult. Év végére az a helyzet állt elő, hogy kritikussá vált az óriási adósságállomány. Amióta a kórház élén állok, feladataim közül legfontosabbnak azt tekintem, hogy egyrészt alaposan és őszintén feltárjam a tartozások mértékét, másrészt minden erőmmel azon legyek, hogy csökkentsem az adósságállományt. Ennek a törekvésnek a megvalósításában nagy segítségemre volt a Honvédelmi Minisztérium is. 2011. december 13-án megszületett például az a kormányhatározat, amely úgy döntött, hogy a kórház konszolidációjára a NEFMI-től 1,1 milliárd forintot, a központi költségvetésből pedig hat milliárdot kapunk. Ez a pluszforrás a Honvédkórház adósságainak egy részét fedezte, annyira elegendő volt, hogy helyreállítsuk a beszállítók bizalmát, és elkerüljük a kórház anyagi ellehetetlenülését. Ettől fogva folyamatosan arra törekszünk, hogy lefékezzük az adósságállomány növekedési ütemét mindaddig, ameddig a kórház az általa végzett tevékenységhez nem kap megfelelő mértékű finanszírozást.

– A Hungaropharma mostanában jelentette be, hogy az általa leszállított gyógyszerekért krónikusan nem fizető kórházaknak a jövőben csak akkor szállít, ha a számlát előre, készpénzben egyenlíti ki. Ez a változás a Honvédkórházat mennyiben érinti?

– Mi már 2011 eleje óta csak ilyen módon vásárolunk gyógyszert. Igaz, hogy a fentebb említett konszolidációval az irántunk táplált beszállítói bizalmat sikerült lényeges mértékben megerősítenünk, ám megjegyzendő, hogy az utóbbi időben a cégek is egyre óvatosabbak és bizalmatlanabbak lettek.

– A Honvédkórház a legtöbb hazai intézményhez képest irigylésre méltó helyzetben van, hiszen az ezredforduló utáni évektől kezdve folyamatosan megújult. Modern épületszárnyal gazdagodott, technikai felszereltsége, orvosainak szakmai felkészültsége 21. századi. Egyelőre befejezettek tekintik a fejlesztést, vagy vannak további terveik is?

– A fejlesztési terveknek eddig csupán az első fázisa valósult meg, számunkra az lenne optimális állapot, ha a második ütem is belátható időn belül realizálódhatna. Jelenleg a kórháznak számos külső telephelye van. Az aktív betegellátás például két helyen, a régi Honvédkórház területén, illetve a régi MÁV kórház

épületében működik. A két telephely távolsága miatt a betegellátásban óhatatlanul előfordulnak párhuzamosságok, amelyek közismerten költségnövelő tényezők. Ha a fejlesztés második üteme is megvalósulna, a kórház központi telephelyére centralizálhatnánk ezt az ellátást is. A tervrajzok, látványtervek már elkészültek, csak a kivitelezés várat még magára. Amennyiben a tervünk megvalósul, a Honvédkórház teljes betegellátó tevékenységét (kivételesen ez alól a gyermekellátás) egy helyre koncentráltan végezhetnénk. Így hatékonyabb, olcsóbb lehetne a működtetés. Legjobb tudomásom szerint ez a fejlesztés szerepel a Honvédelmi Minisztérium terveiben. Számunkra több mint biztató tény, hogy a legfelsőbb honvédelmi vezetés, élén a tárca miniszterével szívén viseli kórházunk sorsát és erejéhez mérten mindent megtesz annak fejlesztéséért. A már említett központi kórházi tömbön, és az egyelőre külön telephelyen működő másik aktív ellátó egységen kívül, hozzánk tartozik még egy budapesti telephely, amely egyrészt rehabilitációs szolgáltatást nyújt, másrészt krónikus betegeket fogad. A honvéd egészségügy része továbbá a verőcsemarosi krónikus ellátást nyújtó intézmény, illetve három rehabilitációs intézet, a balatonfüredi kardiológiai, és a két hévízi mozgásszervi rehabilitációs kórház. Ezzel a széles intézményi palettával a Honvédkórház ellátási területén élőknek az alapellátáson kívül az egészségügy minden szintje rendelkezésre áll, a járóbeteg-rendeléstől a rehabilitációig, illetve a krónikus szolgáltatásokig.

– Korábban említette, hogy szinte az összes hazai „egyenruhás” egészségügyi ellátása a Honvédkórház hatáskörébe tartozik. Milyen speciális honvédségi feladatokat teljesítenek?

– Kórházunk tevékenysége a polgári lakosság számára tágabb értelemben a honvédelem gyakorlati szerepét is szimbolizálja. Megmutatja, hogy a köztudatban élő klasszikus katonai funkciók (fegyveres védelem földön, vízen, levegőben stb.) mellett egy kiterjedtebb, a lakosság által közvetlenül is érzékelhető tágabban értelmezett feladatkört is ellát: 1,5 millió civil állampolgár egészségét védelmezi. A honvéd egészségügy szilárd alapokra épül, amelynek egyik fontos szegmense a prevenció. Mi végezzük az egészségügyi alkalmassági vizsgálatokat. A gyógyító tevékenység mellett a katona-egészségügyben is fontos szerepe van a rehabilitációnak, illetve (a különféle harci cselekmények folytán keletkező sérülések mielőbbi ellátása érdekében) a „kiürítő képességnek”, illetve az egészségügyi logisztika fejlesztésének. A „kiürítő képesség” bonyolult harci feladat, hiszen az esemény során megsérült katonákat speciálisan kiképzett csoport menti ki a tűzvonalból, és juttatja el a lehető legrövidebb időn belül az orvosi ellátó helyre. Abban, hogy kórházunk gyógyító tevékenységét a legszélesebb szakmai palettán képes magas minőségben ellátni, nagy szerepe van a kiválóan felkészült szakembergárdánknak is. Büszke vagyok rá, hogy több mint száz tudományos minősítéssel rendelkező kollégánk, közöttük 22 egyetemi tanár öregbíti intézményünk jó hírnevét. Kórházunk aktívan részt vállal az oktatásban is, nem csak az orvosképzésben, hanem az egészségügyi középvezetők oktatásában is, mind graduális, mind posztgraduális szinten. A tudományos életben a klinikai gyógyszerkutatás területén veszünk részt. Jelenleg azon dolgozunk, hogy szélesítsük a vizsgálatok körét: a jelenlegi fázis III. vizsgálatok mellett fázis II. vizsgálatokat is végeznénk. Az új feladat feltételeinek kialakításán jelenleg is dolgozunk.

PÁLYAKÉP

Dr. Schandl László 1986-ban cum laude minősítéssel végzett a Semmelweis Egyetem általános Orvostudományi Karán. Belgyógyász, diabetológus, német-magyar tolmács. 2003-ban summa cum laude szerezte PhD fokozatát a SE Klinikai Orvostudományok Doktori Iskolájában. 2010-ben végzett a Szent István Egyetem Egészségügyi Szakmenedzser szakán. 2011 decembere óta a ZMNE címzetes egyetemi tanára. Kezdő orvosként a SE I. Belgyógyászati Klinikáján, majd 1988-tól a MH Központi Honvédkórház belgyógyászatán dolgozott. 2003-ban az első Afganisztánban szolgáló Magyar Katona-egészségügyi Kontingens parancsnoka, és a Kabuli Német Tábortórák Klinikai Igazgatója. Hazatérése után 2007-ig az MH Központi Honvédkórházban részlegvezető főorvos, 2006-tól a parancsnok klinikai helyettese. Az átszervezéskor, 2007 júliusában, a kórház járóbeteg-szakrendelő intézetének az igazgatója. 2011. november óta az MH Honvédkórház parancsnoka, az MH egészségügyi szolgálatfőnöke.

1 14
3,000,000,000
100

What happens when the numbers speak for better healthcare?

Count on GE Healthcare

It's time for a better, simpler healthcare system. Where underserved people have access to quality, affordable care. And where technology, together with people and processes, works to achieve sustainable results for more people.

This is the **1** vision GE Healthcare has for realizing a business strategy called healthymagination. It is built on **3** drivers for enhancing healthcare: improving quality, increasing access and reducing costs. It secures a focus on **14** areas of excellence to achieve **100** innovations by the year 2015. And it means a **3,000,000,000** USD investment in R & D to ensure these numbers make better healthcare a fact.

Numbers do count, which is why you can count on GE Healthcare.



GE imagination at work



Hatékonyabb egészségügyi ellátás MediMobile-al.

Hazai fejlesztésű mobil egészségügyi megoldás iOS és Android okostelefonra.

Az ISH Informatika Kft. által fejlesztett **MediMobile** szolgáltatás biztonságos csatornán keresztül, egy okostelefon használatával elérhetővé teszi az orvos számára a kórházi informatikai rendszerben (HIS) tárolt betegadatokat, helytől és időponttól függetlenül. Felmérésünk és a felhasználók visszajelzései alapján, a **MediMobile** szolgáltatás 10%-al növeli az orvosok, és 20%-al növeli a nővérek munkájának a hatékonyságát.

A **MediMobile** legfontosabb funkciói:

- Képes elérni és együttműködni bármilyen kórházi informatikai rendszerrel (HL7).
- A betegadatok azonnal elérhetőek 3G/GSM vagy WiFi hálózaton keresztül is.
- Képes diktálást, képet és írott jegyzetet is küldeni és feltölteni a HIS rendszerbe.
- Biztonságos hálózati kommunikációt alkalmaz (https).
- iOS és Android platformon működik.

Cégünkről:

16 éve a hazai piacon | 80.000 elégedett felhasználó | 40 kórház, 4 országos klinikai partner | Nemzetközi referenciák | ISO 9001, ISO/IEC 27001 minősítés