

*Dr. Golub Iván úrnak,
a Magyar Kórhákszövetség elnökének*

Tisztelt Elnök Úr!

A Magyar Kórhákszövetség Elnökségének 2006. október 24-i ülésén alkotott állásfoglalásához kapcsolódóan az alábbiakban tájékoztatom tisztelt elnök urat. A levelükben sérelmezett, a 2006. nyarán bevezetett új finanszírozás megszüntetésével, a teljesítményvolumen keret csökkentésével és a többi intézkedéssel az intézményeket a finanszírozás eszközei útján arra ösztönözzük, hogy kapacitásuknak, progresszivitási szintjüknek megfelelő, és elsősorban a területi ellátási kötelezettségükbe tartozó betegeket lássanak el jó színvonalon. Az indokolatlan ellátások finanszírozásából történő kivonása a források ésszerűbb felhasználását, az indokolatlan egészségügyi ellátások igénybevételének csökkentését is célozzák.

A 2006. nyarán bevezetett új finanszírozási szabályok megalkotása során is fontos szempont volt, hogy a szabályozás eredményeként az ellátás biztonsága ne kerüljön veszélybe, ezért az ellátási érdekre hivatkozva átmeneti mentesség kérhető a szigorúbb finanszírozási szabályok alól.

A 132/2006. (VI. 15.) Kormányrendelet 5. § (2) bekezdése szerint amennyiben a rendelkezések végrehajtása az ellátás biztonságát veszélyeztetné, ellátási érdekből a rendelkezéseket az ellátási érdek fennállásának megállapításától számított három hónapig nem kell végrehajtani. E határidő indokolt esetben egy alkalommal további három hónappal meghosszabbítható. A rendelet szerint tehát három, illetve további három hónapra van jogszabályi lehetőség a mentességre. Hat hónap alatt a tulajdonosoknak kell dönteniük, elsősorban a jelenlegi intézményi struktúra átalakítása tekintetében.

Az intézményi struktúra átalakításához nyújt segítséget az az október elején kihirdetésre került pályázat (az egészségügyi ellátórendszer struktúraátalakításának támogatására, az intézményi átalakítások megkezdésére), melynek elbírálása során 6,5 Mrd forint kerül felosztásra.

Az intézmények finanszírozási gondjain kíván segíteni továbbá az az intézkedés, melyre az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet 27. §-ának (16) bekezdése ad felhatalmazást. 3,5 Mrd forintnyi összeg átmeneti kiegészítő díjazásként jut el a szolgáltatókhoz, az előre nem tervezhető ellátásokhoz kötődő kapacitások fedezetésére.

Az egészségügyi tárcának jelenleg arra van jogi lehetősége, hogy ösztönözze a fekvőbeteg-gyógyintézetek mielőbbi strukturális átalakítását, az indokolatlan kapacitások megszüntetését, átstrukturálását, annak érdekében, hogy a fennmaradó kórházi ágyak működtetésére országos szinten több forrás maradjon.

Az Elnök Úr által feltett további kérdésekre a jövő évi költségvetés elfogadása után tudunk pontosabb választ adni.

Tisztább, átláthatóbb helyzetet teremt majd az egyes egészségügyet érintő törvényeknek az egészségügyi reformmal kapcsolatos módosításáról szóló törvényjavaslat elfogadása, mely jelenleg az Országgyűlés előtt van.

A biztosítási felügyeletre vonatkozó törvényjavaslatban foglaltak – céljaink szerint – a minőségi betegellátást kívánják szolgálni.

Tájékoztatom tisztelt Elnök Urat, hogy – az Országos Egészségbiztosítási Pénztártól kapott információ alapján – a 2006. utolsó negyedévi TVK adatok az intézmények irányába kiközlésre kerültek.

Értékes jelzéseit megköszönve, melyekre figyelemmel leszünk, további munkájukhoz sok sikert kívánok.

Budapest, 2006. november 22.

Tisztelettel:

Dr. Molnár Lajos egészségügyi miniszter



Európai Kórházzövetség

Az Európai Kórházzövetség tevékenységét bemutató sorozatunkat az alábbi részzel zárjuk.

Állami-magán vegyes rendszer

Állami-magán vegyes rendszer, 2006. jan. 20-21, Párizs

A HOPE és az AIM (International Association on Mutualities) közös szervezésében rendezték meg a „Magán vagy állami kórház? – melyiket választjuk a holnap egészségbiztosítására?” című konferenciát, amelyet Párizsban tartottak 2006. jan. 20-21-én.

Az AIM a kölcsönös egészségügyi javak társaságainak szövetsége, amelyek közül néhányan kórháztulajdonosok. A HOPE-pal való együttműködés és közös állásfoglalás, miközben közös és kiegészítő specialitásaik is vannak, a kórházi szektor bonyolultságából származik. Ez a konferencia volt az együttműködés első közös, konkrét eseménye. Célja a kórházi szektor európai képének felvázolása annak érdekében, hogy el lehessen dönteni, meddig tart a privát, a non-profit, a privát profit és a közkórházak egymás közti versenyhelyezete, kiegészítő vagy egymást kizáró volta.

A konferencián a következő kérdések merültek fel:

- A nemzetközi és európai jogalkotás befolyása a szolgáltatásokra, és ennek kockázata a kórházi szektorban.
- Konkrét esetek a különböző típusú köz-magán megoszlás illusztrálására, és néhány európai ország partnerségi kapcsolatai.
- Egy diszkussziós panel a nézetek és vélemények cseréjére.

A konferencia valódi siker volt, mind a résztvevők számának és diverzitásának szempontjából, mind pedig az eredményeit illetően. A konferencia folytatásaként ebben a témakörben a gyakorlati döntések meghozatalára megalakult egy permanens AIM-HOPE csoport, amely előtt 2006 során a következő tevékenységek állnak:

- Megtalálni a módját annak, hogy megfelelő indikátorokkal kövesse a

magánkórház-közkórház arány alakulását Európában, és ha lehet, éves jelentést adni erről a tárgykörrel (meg kell határozni az indikátorokat és a módszertant).

- Reagálni a törvénykezés európai szintű konvergenciájára és a kórházak menedzsmentmodelljeire.

2006 januárjában szemináriumot szerveztek annak érdekében, hogy kidolgozzák a 2006 tavaszán indítandó felmérést a magán-köz vegyes rendszerről.

Mentális egészség

Az 5. alkalommal megrendezett mentális egészség konferenciát „Minőség és választás a mentális egészségben” címmel Dublinban (Írország) tartották 2005. február 23-25-én.

A konferencia házigazdája az ír Egészség- és Gyermekügyi Minisztérium volt. Ez a konferencia különösen fontos és értékes volt a megnagyobbított Európa szempontjából; egyrészt tükrözte az ír kormány elkötelezettségét az ír mentális szolgálatok minőségének javítása és fejlesztésének támogatása kérdésében, másrészt célul tűzte ki, hogy tanuljon az európai gyakorlatból és egyszersmind hozzá is járuljon ahhoz. A Mentális Egészség Bizottság 2002-es megalakulása, valamint a mentális egészségügyi szolgáltatások megújításának gyakorlata jelzik az Írországban e téren elért eredményeket.

Ezen a sikeres találkozáson mintegy 150-en vettek részt egész Európából, tervezők és politika-csinálók, gyakorló szakemberek, szolgáltatásokat igénybevevők és kormányzati szervek egyaránt. Előadást tartottak a WHO szakértői, valamint francia, belga, ír és angol szakemberek. A találkozó a műhelymunka során lehetőséget adott a „Minőség és Választás” témakör néhány felmerülő kérdésének megtárgyalására is.

A konferencia nyitott volt mindazok részére, akik a mentális egészség minőségének fejlesztése iránt érdeklődtek. Jó alkalmat nyújtott a kibővült Európai

Unióban felhalmozott tapasztalatok kicserélésére, és olyan hálózatok kialakítására, amelyek a mentális egészség javításához vezethetnek.

Ugyanezen a területen a HOPE egy kis tanácskozó csoportot szervezett, ahol megfogalmazták a Bizottság Zöld Cikkére adott választát.

Humán erőforrások

Az erre a célra alapított munkacsoport 2004-es jelentése alapján a SCEPT folyamatot érdeklődést mutat a humán erőforrások kérdése iránt; a munkaerőpiac kiszélesedése és hozzáférhetősége a téma, az egészségügyi dolgozók toborzása céljából. A HOPE jelenleg tagja a szakemberek mozgásával foglalkozó munkacsoportnak az European High Level Groupban, a nővérek európai szövetségével és az orvosok állandó bizottságával együtt.

Az SCEPT további munkáját a munkacsoport tárgyköre határozza meg: a minősítési direktívák, az egészségügyi szakemberek mozgásának hatásáról folytatott vizsgálat, a mozgásokról szóló adekvát információk és a különböző európai országokban az orvosi és nővéri munka gyakorlatáról készült etikai kódexek kölcsönös elismerése.

A munka követi a „Szakmai mozgás, a Közegészségügyi Program keretén belül finanszírozott projekt” c. témát, amelyben a HOPE is projekt tag, és amelynek célja a következő kérdések megválaszolása:

- Mi az egészségügyi szakemberek Európán belüli, ill. innen el és ide történő áramlásának dinamikája? Melyek a fő kapcsolódási pontok az európai és egyéb egészségügyi munkaerőpiacok között?
- Milyen mértékben segítik elő, ill. korlátozzák az egészségügyi szakemberek mozgását Európában az országos és nemzetközi egészségpolitikák, a szabályozási rendszerek, a kereskedelmi megállapodások és az EU általános munkaerőpiaca?
- Milyen mértékben alakítottak ki a tagállamok speciális politikai beavatkozást (pl. gyakorlatra vonatkozó kódexet, nemzeti kvótákat,

„megkötést”) az egészségügyi szakemberek nemzetközi mozgása által előidézett kihívásokra?

- Az egészségügyi szakembereket alkalmazók milyen módszereket használnak a nemzetközi toborzásra, melyek tevékenységük okai és milyen mértékben képesek ezek a szervezetek ennek a tevékenységnek a költségeit és eredményeit felmérni, összehasonlítva a toborzás és munkaerő-megtartás más vagy kiegészítő megközelítéseivel?
- Melyek a motivációi, tapasztalatai és karriertervei a nemzetközileg is mozgékony egészségügyi szakembereknek? Melyek a „taszító és a vonzó” tényezők, amelyek motiválják vagy kényszerítik őket a mozgékony-ságra?
- Mi a kutatási evidencia bázisa a nemzetközileg is mobilis egészségügyi szakemberek hiányának és a betegellátásnak a kapcsolatáról? Milyen speciális intézkedéseket tettek a tagországok, ill. intézmények annak biztosítására, hogy a nemzetközi mozgás előnyös hatásait elősegítve a lehetséges negatív hatásokat kiküszöböljék?

Végül az SCEPT egy, a kórházi erőszakkal foglalkozó jelentésben dolgozik, amelyben megkülönböztetik az erőszak mindenféle formáját, a fizikai erőszaktól a támadásig.

Csereprogram, képzés és menedzsment

A HOPE az évek során időszakos vagy tartós kapcsolatokat alakított ki oktató intézményekkel, amelyek szerepet játszanak az egészségügyi menedzserképzésben: egyetemekkel, közegészségügyi iskolákkal és még olyan üzleti vállalkozási iskolákkal is, mint az INSEAD, ugyanakkor a HOPE saját tevékenységét is fejleszt ezen a területen.

HOPE csereprogram – állandó eszköz

A HOPE 1981 óta nyújt a kórházigazgatásban részt vevők számára európai képzést és közvetíti a tapasztalatokat. Ennek célja az, hogy elősegítse az egészségügyi és kórházi rendszer működésének mélyebb megértését, valamint a kooperációt és a személyzet szabad mozgását.

A HOPE 2005-ben ünnepelte csereprogramjának 25. születésnapját. Eb-

ből az alkalomból az összes, az évi programban részt vevő személyt meghívta a 2005-ös HOPE csereprogram záróeseményére, amelyet május 23. és június 23. között Cardiffban rendeztek meg. Az eseményt az Egyesült Királyság HOPE küldöttsége szervezte, és a hagyományos egynapos konferenciát a betegbiztonság kérdésének szentelték.

A résztvevők hangsúlyozták a téma fontosságát minden európai ország számára. Mindenki megerősítette, hogy a program segített nekik a tapasztalatok kicserélésében, a betegbiztonságról való ismereteik javításában, és mindenki nagyon sikeresnek ítélte a programot.

EUROPHAMILI – egy innovatív európai kurzus az egészségügyi menedzsmentről

A HOPE többek között tagja a Francia Közegészségügyi Intézet által vezetett konzorciumnak, amely az EUROPHAMILI programot működteti. A „szociális Európa” összefoglaló kontextusában egyre inkább felismerik az egészségügyi menedzsment, hogy hiányzik egy olyan magas színvonalú minőségi képzési program, amely az egészségügyi szolgáltatók jövőbeni szerepéhez illeszkedik. Az EUROPHAMILI (EUROpean Public Health And Health Management pILot Initiative) kielégíti ezt az igényt, valamint eszközként szolgál a szakmai mozgás elősegítésére az egészségügyi szektoron belül. Ez olyan képzési program, amely a munkatapasztalatokra és a „munka közbeni tanulás”-ra fókuszál az európai régió belül.

Eredetileg az Európai Bizottsággal együtt finanszírozták (Leonardo da Vinci projekt), de ma már az EUROPHAMILI egy független, európai, három hónapos kurzus az egészségügyi menedzsment részére, amelynek célja az egészségügy végrehajtóinak oktatása. Az oktatás során európai dimenziókban integrálják az ismereteket, tapasztalatokat és know-how-kat. 2004-ben a végrehajtó szekció Lodzban (Lengyelország), a Nofer Intézetben ülésezett. Az ENSP Franciaország adott helyet a 2005-ös tréningnek, és Spanyolországban lesz a 2007-es oktatás.

A HOPE kapcsolata az EUROPHAMILI-vel különösen a 7. Sz. Oktatási Egységre (országokon keresztül partnerség Európában) és a 8. Oktatási Egységre (határokon keresztül a határregiókban) fókuszál, de érdekelt az INTERFACE-ben is, ami egy olyan web-

site, amely a kórházak és más egészségügyi intézmények európai projektjeit tartalmazza.

MANAHEALTH – a Leonardo da Vinci projekt

Az EUROPHAMILI európai finanszírozása 2003 novemberében befejeződött, illetve egy nagyobb projekt, a MANAHEALTH részeként továbbra is működik; ebben 12 országból 20 partner vesz részt, köztük a HOPE. Ezt is a Leonardo da Vinci program finanszírozza.

A projekt négy különböző tevékenységet végez. Az első 15 új tréner képzése, akik majd az EUROPHAMILI kurzusokat tartják. Ezeket az egynapos kurzusokat 2005 szeptembere és 2006 májusa között, helyi hallgatósággal tesztelték, Bulgáriában, Litvániában, Franciaországban, Spanyolországban, Dániában, Portugáliában és Lengyelországban. A témák közül számos a kórház-orientált: betegmozgások, egészségügyi intézmények közötti kooperáció; mások inkább általánosabbak: gyógyszerek, stratégiai tervezés az egészségügyi információk tekintetében...

A harmadik komponens célja a határokon átnyúló vizsgálatok CD-ROM-jai kialakításának folytatása. Az első CD-ROM már hozzáférhető, és Észak Írország-Írország témakört dolgozza fel.

A negyedik típusú tevékenység szemináriumok tartása. Két kétnapos szemináriumot terveztek; az egyiket Litvániában, 2005 májusában, az egészségügyi törvényekről és a bioetikáról tartották, a másikat Írországban, a HOPE közreműködésével, a határregiók közti határon átnyúló kooperációról 2006 májusában rendezték meg. A résztvevők nemcsak a 20 résztvevő intézetből jöttek, hanem más intézményekből is. E szemináriumok célja az európai tapasztalatok és módszerek összehasonlítása szituációs analízis során, valamint megoldások keresése.

Összefoglalva: komoly munkát kell folytatni a kórházak tulajdonlását illető kérdésekben. Ez a munka, a DRG (HBCS) csoport munkájával együtt új kérdéseket vet fel: az egészségügyi rendszer beruházási szintje és finanszírozási mechanizmusa (DRG-k).

DR. HARMAT GYÖRGY

HOPE-koordinátor



Szervezeti változás és változásvezetés

Kórházigazgatói székéből szemlélve a magyar egészségügy átalakítására tervezett egészségpolitikai lépéseket, igencsak radikális környezeti változások elé nézünk nemcsak középtávon, de elég nagy valószínűséggel már rövid távon is.

Mind a tulajdonosok képviselőinek, mind pedig a számos hobbimenedzser főorvos-teamnek rövidesen a kórház teljes struktúráját érintő és hosszú távú működését meghatározó döntéseket kell meghozniuk.

A környezeti változások elengedhetlenné teszik egy kórházi felsővezető számára, hogy kilépjen a jelenlegi strukturális keretekben való gondolkodásból, és megtalálja azokat az innovatív szervezeti megoldásokat, melyek biztosítják a hatékony működést.

A szervezettervezés alapdilemmája: stabilitás vagy rugalmasság?

A szervezettervezés elsősorban a szervezet formális-strukturális jellemzőinek megváltoztatására irányul, a változtatási törekvések tárgya a szervezeti struktúra. A szervezeti struktúrák kialakítása során tartós feladatköri, hatásköri és koordinációs szabályok gondolati megtervezésére, megvalósítására és rögzítésére helyezi a hangsúlyt. Ebben az értelemben a szervezettervezés elválaszthatatlan a vezetés ún. „szervezési” feladatától. A szervezettervezés fő célja, hogy a vállalat környezeti és belső adottságaihoz alkalmazkodó hatékony szervezeti struktúrát alkosson, mely egy időben rendelkezik kellő stabilitással és a szükséges alkalmazkodóképességgel is.

A stabilitás és rugalmasság együttes kezelése különösen dinamikusan változó környezeti feltételek mellett jelent igen nagy feladatot a szervezettervezők számára. Dinamikus környezetben ugyanis csak akkor lehet eredményes egy szervezet, ha állandóan megújul, változik. A felsővezetés azonban eredménymegtartásra törekszik, ami miatt belép egy – az eredményes szervezetet stabilizáló – me-

chanizmus, s ez utóbbi akaratlanul is gátat jelent az állandó változási kényszereknek. Ezt a paradoxont – kis túlzással – a szervezettervezés alapdilemmájának is nevezhetjük: miként lehet a két, legtöbbször ellentétes irányú tendenciát úgy kiegyensúlyozni, hogy „kvázi optimális” megoldáshoz vezessen.

A szervezettervezési tevékenység sikerességét az 1. táblázatban feltüntetett kategóriákon keresztül ragadhatjuk meg.

A külső környezet, illetve a belső szervezeti viszonyok csak korlátozott mértékben számíthatók ki és tervezhetők, ezért a szervezettervezés egy iteratív jellegű tevékenység, sajátos tanulási folyamat, ahol a tervezés és megvalósítás időben egymást átfedve folyik.

A mechanikus és az organikus struktúra

A kontingencia-elmélet alap gondolata az, hogy különböző körülmények, különböző helyzetek különböző követelményeket támasztanak a szervezettel szemben, és az a szervezet lesz életképes, amely alkalmazkodni tud ezekhez a körülményekhez és helyzetekhez.

Woodward az elsők között hívta fel a figyelmet arra, hogy a szervezet alakítására vonatkozó javaslatokban figyelembe kell venni a szervezet speciális kiindulási helyzetét, továbbá rámutatott,

hogy a szervezeti hatékonyság a technológia és a szervezeti struktúra optimális illeszkedésének (fitness) a függvénye.

Burns és Stalker szerint a szervezeti struktúra és a hatékonyság között közvetlen ok-okozati kapcsolat van, ezt a kapcsolatot pedig befolyásolhatják olyan változók, mint a környezet, a technológia, valamint az információs folyamatok. Burns és Stalker tanulmányukban megállapították, hogy két különböző típusú szervezet felel meg a stabil, illetve a nem stabil környezetnek. E két szervezetet mechanisztikusnak, illetve organikusnak nevezték el, az elsőt a stabil, míg a másodikat a bizonytalan környezetben találták meg.

A mechanisztikus típusú szervezet jellemzőiként az alábbiakat jelölték meg:

- A munkafeladatokat világosan meghatározzák és behatárolják.
- A munkafeladatok változatlanok maradnak, ameddig a felsővezetés nem változtatja meg azokat.
- Az ellenőrzés, a hatáskör és a kommunikáció hierarchikus struktúrája jellemző rájuk.
- Vertikális kommunikációs rendszerek működnek.
- A kommunikáció felülről érkező instrukciók és döntések formájában jelenik meg.
- A lojalitás és az engedelmesség alapvető elvárás.

1. táblázat. A sikeres szervezettervezés ismérvei (Dobák, 2002)

A szervezet stabilitása

Egyértelmű célmeghatározó és célmegvalósító képesség

- Egyértelmű részcélok
- Részcélok összehangolásának lehetősége
- A feladatok, a hatáskörök és a felelősségi rendszer összhangja

A döntési folyamatok gyorsasága és minősége

- Idő- és információszükséglet összehangoltsága
- A prioritások egyértelműsége, a konfliktust feloldó mechanizmusok kiépítettsége

Egyértelmű koordinációs mechanizmusok, stabil koordinációs költségek

A szervezet flexibilitása

Képesség a környezet mennyiségi és minőségi változásainak megfelelő válaszadásra

- Operatív válaszadási képesség
- Stratégiai válaszadási képesség
- Strukturális válaszadási képesség

A szervezeti redundancia (a szervezeti tartalékok) hatékony kezelése, illetve minimalizálása.

A szinergiahatások minél erőteljesebb érvényesítése.

A szervezeti hatékonyság miatt létrejövő általános vállalati és gazdálkodási teljesítményjavulás.

- Fontosságot és presztízst tulajdonítanak a szervezettel való azonosulásnak.

Az organikus típusú szervezetet pedig a következőképpen határozták meg:

- A munkafeladatok sokkal inkább egymáshoz kapcsolódnak.
- A munkafeladatokat folyamatosan módosítják és újradefiniálják a szervezet tagjai.
- Az ellenőrzés, a hatáskör és a kommunikáció hálózati struktúra formájában működik.
- A kommunikáció egyaránt vertikális és horizontális.
- A kommunikáció információ és tanács formájában jelenik meg.
- A feladat elvégzése fontosabb, mint a lojalitás vagy engedelmesség.
- Fontosságot és presztízst tulajdonítanak a külső környezet irányában kifejtett tevékenységnek és hozzáértésnek.

Burrel és Morgan rámutatnak arra, hogy a szervezet alrendszerekből áll, melyeknek illeszkedni kell egymáshoz és a környezet jellemzőihez, ellenkező esetben csökken a szervezeti teljesítmény. A kutatók szerint a mechanikus struktúra csak stabil környezetben biztosít optimális teljesítményt, változó környezetben organikus struktúra szükséges.

A változtatás célja: differenciálódás vagy integráció?

Lawrence és Lorsch megállapítja, hogy funkcionális osztályok létrehozásával a szervezet felosztja környezetét alkörnyezetekre. Minden funkcionális osztály a környezet egy bizonyos szegmensével kerül kapcsolatba. A különböző alkörnyezetekből különböző hatások érik az egyes csoportokat, amire a csoportok különböző tulajdonságok kifejezésével reagálnak.

A kutatók szerint a szervezetek a 2. sz. táblázatban ismertetett fő funkcionális osztályokkal rendelkeznek.

A kutatók szerint a munkamegosztás következtében részekre tagolt környezet nemcsak a feladatok, a célok tekintetében differenciálja az egyes osztályokat, hanem azok más tulajdonságaikat tekintve is különböznek egymástól. A differenciálódás tényezői tehát a következők:

- differenciálódás az időorientációban;
- differenciálódás a személyek közötti orientációkban;

2. táblázat. A különböző környezeti szegmensekkel kapcsolatban levő főbb funkcionális osztályok céljai (Lawrence és Lorsch, 1967)

| Egy szervezet fő osztályai | Az egyes osztályok céljai |
|----------------------------|---|
| Kutatási osztály | Tudományos eredmények, új termékek, technológiák kidolgozása |
| Értékesítési osztály | Eladás megszervezése, piaci információk megszerzése, üzlethálózat megszervezése |
| Termelési osztály | Termelési hatékonyság, termelés szervezettsége |

3. táblázat. A környezeti változók és a szervezeti jellemzők kapcsolata (Lawrence és Lorsch, 1967)

| A környezet bizonytalansága | Nagy | Közepes | Alacsony |
|---|----------|------------|----------|
| A formalizált egység struktúrájának kiterjedése | Alacsony | Közepes | Magas |
| Személyi orientáció | Feladat | Társadalmi | Feladat |
| Időorientáció | Hosszú | Közepes | Rövid |

A negyedik tényező nem a környezet bizonytalanságával kapcsolatos, hanem az egyes környezeti szegmensekhez tartozó célokkal

- eltérések a struktúra alakításában;
- differenciálódás a feladat és a célok tekintetében.

A kutatások azt bizonyítják, hogy az a szervezet lesz sikeres, amely az erősen differenciált környezet kihívásaira erősen differenciált funkcionális egységek kialakításával tud válaszolni.

Mivel maga a környezet biztos és bizonytalan környezeti szegmensekre differenciálódik, a bizonytalan alkörnyezettel kapcsolatban levő funkcionális egységek organikus struktúrát, a stabil alkörnyezettel kapcsolatban levő egységek mechanikus struktúrát öltenek.

A környezeti változók és a szervezeti jellemzők kapcsolatát a 3. sz. táblázatban foglaltuk össze.

A szerzők felhívják továbbá, a figyelmet, hogy a munkamegosztás következtében részekre tagolt szervezetet integrálni kell. Az integrációra a differenciálódás miatt van szükség, de az integrálást semmi esetre sem a differenciálódás csökkentésével kell elérni.

Stabil környezetben a jól kiépített hierarchia biztosítani tudja az integrációt, bizonytalan, változó környezetben viszont integrátorokat kell alkalmazni, integrációs osztályokat kell kiépíteni. Az integrátorok bizonytalan környezetben a szervezet alacsonyabb, stabil környezetben a szervezet magasabb szintjein helyezkednek el.

Összefoglalva: stabil, illetve változó környezetben más-más tulajdonságokkal rendelkező, de környezetükkel és

egymással illeszkedő szervezeti alrendszerek eredményeznek optimális teljesítményt. A különböző bizonytalansági fokkal rendelkező környezeti szegmensekben különböző struktúrájú funkcionális egységek működése lesz hatékony. A felsővezetés feladata a differenciálódás iránti igény felismerése és megvalósítása, valamint az integráció eszközeinek megfelelő mértékű alkalmazása.

DR. CSEDŐ ZOLTÁN

ügyvezető partner, First Bridge Capital

D-Steril 4
FERTŐTLENÍTŐ KLÓRTABLETTA

Kórházakban, egészségügyi intézményekben padlók, falak és berendezések, a mosható felületek fertőtlenítő tisztításához, felmosáshoz.

Ipari- és intézményhygiéniai termékek gyártása és forgalmazása

Global Chem Kft.
Nagycsanak, Halmosbóka 6.
Tel./Fax: 42/420-067
E-mail: globalchem@enternet.hu • www.globalchem.hu



A B.BRAUN MAGYARORSZÁGON

Egységes arculat

A B.Braun Melsungen, az Aesculap és az EuroCare jól csengő márkanevek a magyar piacon. Kevesen tudják róluk, hogy azonos cégcsoporthoz, a mai napig családi tulajdonban lévő német vállalatokhoz tartoznak. Az elmúlt hónapok eredményeként a B.Braun Magyarország kialakította önálló, a kórházak felé egységesen megjelenő arculatát. A cég filozófiájáról és terveiről Horn Péter kereskedelmi és marketing igazgatóval és Csató András gazdasági igazgatóval beszélgettünk.

H Igazgató úr, mit érdemes tudni a B.Braun múltjáról és piaci jelenlétéről?

Horn Péter: A B. Braun cég története 1839-ben egy németországi kisváros Melsungen patikájából indult, és ebből fejlődött ki mára a világ egyik meghatározó egészségügyi vállalkozásává. A cégcsoport valamennyi kontinensen jelen van és hárommilliárd eurós éves forgalmával, több mint 50 országban közel 31.000 munkatársával szolgálja az egészségügyet.

Filozófia és stratégia

H Milyen cégfilozófiát követnek?

H.P.: A vállalatcsoport filozófiája a „Sharing Expertise” szlogen, tehát a tudás és tapasztalat kölcsönös előnyökön nyugvó megosztásán alapszik. Hiszünk abban, hogy vevőinkkel, munkatársainkkal folytatott folyamatos kommunikáción keresztül tökéletesíteni tudjuk termékeink és szolgáltatásaink színvonalát. A Sharing Expertise filozófia három fő pillére az Innováció, a Hatékonyság és a Megbízhatóság. A folyamatosan változó hazai egészségügyi ellátó rendszer vonatkozásában különösen kihangsúlyoznám a megbízhatóság fogalmát, hiszen a cég 167 éves története a garancia arra, hogy az egészségügyi szereplők felé érzett elkötelezettségünk hosszú távú. Fontos azt is kiemelni, hogy a B. Braun cég 1839

óta családi vállalkozás, részvényei mind a mai napig a család tulajdonában vannak. Ez azt is jelenti, hogy nincs negyedévente jelentkező profitkényszer, így megtehetjük, hogy hosszú távú értékek mentén gondolkodjunk.

H Milyen stratégia mentén képzelik a B.Braun nemzetközi hálózatának bővítését?

H.P.: A korábbiakban említett hosszú távú értékteremtés filozófiájából következik, hogy a B. Braun cég kiemelt hangsúlyt fektet nemcsak a fejlett piacokra, hanem aktív szereplője a kelet-közép-európai régióknak, valamint a latin-amerikai és délkelet-ázsiai fejlődő piacoknak. Ez a hosszú távú értékteremtés mindig kifizetődik, hiszen a B. Braun cég az első között jelenik meg az új piacokon, és a kezdeti, számunkra természetes nehézségek után, minden esetben az adott terület meghatározó szereplőjévé fejlődik.

A B.Braun Magyarországon

H Mikor jelent meg a vállalatcsoport Magyarországon?

Csató András: A B. Braun cég termékeivel több évtizede van jelen Magyarországon, a sebészek közül biztosan sokan emlékeznek még a B.Braun Melsungen feliratú varróanyagokra. A rendszerváltás után, 1991-ben jegyezték be B. Braun Medical Magyarország Kft-t. A cégcsoport hazai tevékenysége magába foglalja egy országos dialízis hálózat működtetését, a B. Braun vállalatcsoport termékeinek értékesítését, továbbá az egyszer használatos termékeket előállító gyöngyösi gyárunkat. Külön büszkeségünk az a közel húszfős fejlesztő csapat, amely a németországi anyacég számára végez orvostechnikai szoftverfejlesztő tevékenységet. Magyarországon a vállalatcsoport közel 1300 főt foglalkoztat, így elmondhatjuk, hogy a cégcsoport egyik jelentős európai bázisa a magyarországi tevékenység.

H Milyen innovációk jellemzik a B. Braun Medical Kft. cégcsoport tevékenységeit?

Cs.A.: A B. Braun Medical Kft. működése három értékesítési egységben folyik. A Hospital Care divízió elsődlegesen az infúziós terápia, az aneszteziológia és a klinikai táplálás területét foglalja magába. A magyar egészségügyben igen jól ismert Aesculap termékek is a B. Braun vállalatcsoporthoz tartoznak. Az Aesculap divízió elsődlegesen sebészeti eszközök, ortopédiai és gerincsebészeti implantátumok, varróanyagok és kardiológiai termékek kereskedelmét végzi. Az OPM divízió a higiéné menedzsment, sztóma terápia, nedves sebkezelés, az inkontinencia speciális eszközei, valamint az otthonápolás során használt tűk és fecskendők kereskedelmével foglalkozik.

H Végeznek egyéb tevékenységet is?

Cs.A.: A hazai és nemzetközi egészségügyi szereplők által jól is-



Horn Péter

mert B. Braun és Aesculap termékeken túl fontos kiemelnünk, hogy egyre meghatározóbb súllyal bír szolgáltatói tevékenységünk is, amelynek egyik legújabb vívmánya a Sterilog koncepció, amely kórházi sterilizáló működtetésre történő átvételét foglalja magába. Ez az új üzletág nemzetközileg egyre sikeresebb, és bízunk abban, hogy a közeljövőben Magyarországon is elindulhat az első Sterilog projekt.

Hosszú távú befektetések

H *Miért változtatták B. Braun Avitum Hungary Zrt.-re a korábbi, jól ismert EuroCare Rt. nevét?*

H.P.: Dialízis hálózatunk 2006. július 1-jétől viseli a B. Braun Avitum nevet. Korábban ezt a hálózatot RoliCare, illetve EuroCare néven ismerhették. A tulajdonos személye nem változott, az új név a nemzetközi hálózathoz való tartozást fejezi ki. Büszkék vagyunk arra, hogy a B. Braun vállalatcsoport művese hálózata Magyarországról indult, és az itteni kedvező működtetési tapasztalatok vezettek oda, hogy elkezdődött a nemzetközi hálózat kialakítása. Mára több mint száz dialízis központtal jelen vagyunk számos országban, köztük Franciaországban, Spanyolországban, az Egyesült Királyságban, Dél-Afrikában, de még a Fülöp-szigeteken is. Magyarországon az összes hazai művese kezelés több mint harmadát biztosítja a B. Braun, ez közel kétezer krónikus vesebeteg életbentartó kezelését jelenti.

H *Milyen tapasztalatokat szereztek idehaza a magán-egészségügyi létesítmények létrehozása terén?*

H.P.: Az elmúlt években sikerült egy jól szervezett hálózatot építeni, amely legnagyobb értékének azt tekintjük, hogy orvosaink bizalmát sikerült kivívnunk. A kezdetektől azt hirdetjük, hogy az orvos-szakmai kérdésekben a szakemberek döntsenek, mi pedig biztosítjuk azt a gazdasági hátteret, amelyben, úgy gondoljuk, szakértők vagyunk. Természetesen a szakmai és gazdasági kérdések sokszor fedik egymást, de a fenti filozófia szellemében mindenkor hatékony megoldást tudunk találni a felmerülő problémák

rendezésére. Együttműködésünk alapja a kölcsönös bizalom.

H *Hasonlóan pozitívok a működtetés terén szerzett tapasztalatok?*

H.P.: Itt sajnos meg kell említeni a magyarországi dialízis finanszírozás tragi-



Csató András

kus helyzetét. Ma Magyarországon az OEP egyetlen kezelésért 77 eurót fizet, míg ez az érték Csehországban 129 euró, Horvátországban 120 euró, Romániában 110 euró, Boszniában pedig 105 euró, hogy a fejlett uniós országos dialízis tarifáiról ne is beszéljünk. Az itthon elvégzett kezelések szakmai színvonala teljes mértékben egyenértékű a legfejlettebb uniós ellátórendszerek teljesítményével, így ez a radikális elmaradás tulajdonosaink számára érthetetlen és kezelhetetlen. Sajnos ma nem tudunk új forrásokat szerezni a hálózat fejlesztésére, hiszen a B. Braun cég valamennyi, a művese hálózat bővítésére fordítható keretét olyan országokban költi el, ahol a finanszírozó reális, vagy közel reális értéken téríti a kezeléseket.

H *Milyen tevékenység folyik gyöngyösi gyártóüzemükben?*

H.P.: Gyöngyösi gyáregységünkben a B. Braun cég nemzetközi kereskedelmi tevékenységéhez történik egyszerűhasználatos termékek gyártása. Ezek közül kiemelkednek a vákuum alatt működő sebváladék leszívók, infúziós és transzfúziós eszközök, katéterek és műtéti elszívók és a vérvonalak.

Az itt folyó tevékenység nagyságrendjének érzékeltetéseként érdemes megemlíteni, hogy a gyárban évente közel 50 millió komponens összeszerelése történik.

Célok és eredmények

H *Milyen eredményeket értek el 2006-ban?*

Cs.A.: 2006-ban a három terület összesített árbevétele meghaladja a 18 milliárd forintot, így jogosan jelenthetjük ki, hogy a hazai egészségügy egyik meghatározó szereplői vagyunk. Eredményességünk romló tendenciát mutat, hiszen részben a dialízis hálózat működtetése kapcsán bemutatott finanszírozási problémák, illetve a hazai egészségügyi rendszer finanszírozási kérdései egyre nagyobb nehézségek elé állítják a kórházakat, és természetesen ez jelentkezik a kereskedelemben is. Ennek ellenére büszkék vagyunk arra, hogy piaci részesedésünk egyre több területen növekszik. Ez biztos visszajelzés számunkra arra vonatkozóan, hogy a minőségi termékek iránt, még a nehéz gazdasági viszonyok között is, folyamatos igény van.

H *Milyen stratégiai célokat fogalmazzanak meg 2007-re?*

H.P.: 2007-ben meghatározó feladatunk a jelentős mértékben átalakuló egészségügyi rendszer kihívásaihoz való alkalmazkodás, és hogy ebben az átalakulásban az egészségügyi intézmények támogató partnerei legyünk. A B. Braun 167 éve van jelen az egészségügyben. Úgy gondoljuk, ez kellő háttér ahhoz, hogy a hazai egészségügy szereplői bizalommal forduljanak hozzánk, és párbeszédünk hozzájárulhasson az esetleges nehézségek sikeres megoldásához.

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő



Hátránnyal kezdik az ápolói pályát

Korábbi kutatások arra mutattak rá, hogy az egészségügyi főiskolák hallgatóinak egészségről alkotott fogalma, éppen a tanulmányaiknak köszönhetően, jónak mondható. Vagyis ideális mértékben közelít a legkorszerűbb egészségfogalmat megtestesítő biopszichoszociális szemlélet elveihez. Úgy tűnik azonban, napjainkra ez a kép sok mindenben megváltozott. Nemcsak testi, de pszichés állapota is romlott a főiskolai hallgatóknak.

Több hazai kutatás arra mutat rá, hogy az egészségügyi diplomával rendelkező nők morbiditási és mortalitási adatai sokkal rosszabbak az átlagpopulációnál. Sőt, az ágazatban dolgozó férfiakénál is. Például a negyvenes korcsoportot vizsgálva arra az eredményre jutottak, hogy az egészségügyben dolgozók között sokkal több a szív- és érrendszeri, idegrendszeri, mozgásszervi megbetegedés, mint a „civil” lakosság körében. Ugyanez a tendencia mutatkozik a pszichés problémák, az egészségrontó szerek használata és az öngyilkossági hajlam területén. Egy új felmérés szerint az ilyen jellegű problémák már a tanulmányi évek alatt jelentkezhetnek. Feith Helga Judit, Kovácsné Tóth Ágnes és Balázs Péter, az SE Egészségügyi Főiskolai Kara Népegészségtani Intézetének, illetve a Széchenyi István Egyetem Egészségügyi és Szociális Intézetének kutatói a diplomás ápoló szak női hallgatóinak testi-lelki állapotát vizsgálták. Céljuk az volt, hogy megismerjék a végzés előtt álló évfolyamok hallgatóinak egészségmegőrzésről, önértékelésről, a jövőjükéről alkotott képét. A vizsgálatban kétszázhuszonhat harmad- és negyedéves, 23 év átlagéletkorú, nappali hallgató vett részt. A kutatásban részt vevőknek az életmódra, az egészségmegőrzésre való törekvésre, esetleges egészségrontó magatartásukra vonatkozó kérdésekre kellett válaszolniuk. Érdeklődtek továbbá arról, vajon milyen jövőt képzelnek el maguknak a válaszadók, számítanak-e új munkahelyükön stresszhelyzetekre. Tanulmányozták továbbá hatféle egészségkáro-

sító szer heti rendszerességgel való fogyasztásának előfordulását is.

Elégedetlenek az egészségükkel

A hallgatók egészségi önértékelését a WHO által rendszeresített ötfokú skálán mérték. Kiváló egészségi állapotról csupán a válaszadók 8,5 százaléka számolt be, a legtöbben (61,2 százalék) jónak minősítették, sokan (28,6 százalék) kielégítőnek, 1,7 százalék viszont rossznak ítélte egészségét. A válaszoknál nem találtak összefüggést a hallgatók szociális helyzete és egészségi állapotukról alkotott véleménye között. A pszichikai tünetek gyakoriságát mérő kérdésekben a hallgatók több mint negyven százaléka nyilatkozott úgy, hogy hetente legalább egyszer, olykor többször is érez idegességet, kimerültséget, huszonöt és fél százalékuk panaszkodott heti rendszerességgel rossz közérzetre, húsz százalékuk fejfájásra, tizenhét százalékuk szorongásra, a többiek hasonló arányban álmatlanságról, depresszióról számoltak be. Az összes megkérdezett közül csupán hat fő nyilatkozott úgy, hogy nincsenek ilyen tünetei. A pszichés tünetek és a hallgatók lakhelye (fővárosban, vagy kisebb településeken lakók, feltehetően ingázók) között a kutatók találtak összefüggést. Utóbbiaknál gyakrabban fordulnak elő az említett tünetek. A kutatók választ kerestek arra is, hogy a hallgatók, saját bevallásuk szerint, az élet mely területén találkoznak stresszhelyzetekkel. Egy válaszadó többfélélt is megjelölt. A legtöbbször (több mint 80 százalékuk) első helyen a tanulást említette. Sokan az időhiányt és majdnem ennyien az anyagi gondokat jelölték meg. Minden harmadik hallgató párválasztási gondokat is jelzett, hasonló arányú volt a családi problémákkal küzdők száma is. A kutatók szerint összefüggés mutatható ki a hallgatók által megjelölt stressztényezők száma és pszichés tünetek gyakorisága között. Jövőjük gondolata a hallgatók majdnem negyven százalékát szorongással töltötte el. A válaszadók túlnyomó többsége úgy gondolta, hogy jövőbeli magánéletükben a legnagyobb problémát a szabadidő hiá-

nya jelenti majd. Ennél kevesebben aggódtak a várható anyagi gondok, családi és munkahelyi konfliktusok miatt.

Szoronganak az új munkahelytől

Pályáját a többség (nyolcvan százalék) diplomás ápolónóként kívánta folytatni. Eljövendő munkahelyüktől a leginkább azért tartanak, mert félnek ápoló munkatársaik elutasító magatartásától. Sokan szoronganak attól, hogy diplomás létükre „alantasabb” munkákat biznak majd rájuk. A rájuk váró feszített munkatempó, a három műszak sokkal kevesebb hallgatóban keltett aggodalmat. A megkérdezettek közül, jövőjüket illetően, egyértelműen optimista volt huszonnyolc százalék, vegyes érzelmekkel nézett a jövőbe hatvannyolc százalék és teljesen borúlátó volt több mint öt százalék. A hallgatókban kialakult jövőkép és rossz fizikai közérzetük között enyhe összefüggést tapasztaltak a kutatók.

Mivel a testi kondíció és a lélek egészségének megőrzése egyaránt nagymértékben függ a fizikai aktivitástól, a vizsgálat kérdéseket tett fel a hallgatók ilyen jellegű életmódbeli szokásairól is. A válaszok szerint a hallgatók alig több, mint három százaléka sportolt versenyszerűen, szabadidős elfoglaltságként huszonegy százalék választotta a sportot. Ők hetente többször is végeztek valamilyen aktív testmozgást.

Dohányoznak, fájdalomcsillapítót szednek

A többség (majdnem hatvan százalék) csak rendszertelenül, néha, vagy egyáltalán nem sportolt. A felmérés adataiból világosan kitűnik, hogy egyenes összefüggés van a rendszeres sporttevékenység és a hallgatók önmagukról alkotott egészségképe között. A vizsgálat kiterjedt az egészségkárosító magatartásformák kutatására is. Az eredmények szerint heti rendszerességgel a hallgatóknak több mint egyharmada dohányzik, egyötödük fájdalomcsillapítót szed, több mint hét százalékuk pedig alkoholt fogyaszt.

A tanulmány összegzésében a kutatók felhívják arra a figyelmet, hogy vizsgálati eredményeik hozzávetőlegesen megegyeznek a hasonló korú átlag női populáció eredményeivel, ami elgondolkodtató tény. Ezek szerint ugyanis a diploma előtt álló ápolónők hasonlóan vélekednek az egészségi állapotukról, az egészségmegőrzés kérdéseiről, mint ke-

vésbé képzett, esetleg alacsonyabban iskolázott kortársaik. Ennek ismeretében a kutatók feltételezik (noha hasonló felmérés adatai nem állnak rendelkezésre), hogy más felsőoktatási intézmények diákjai jobb egészségnek örvendenek, mint a gyógyítás iránt elkötelezett diplomás ápolónőjelöltek. „Eredményeink szerint a hallgatók egy része, fizikai és

mentális egészségét tekintve, már a munkaerőpiacon jelentős hátránnyal indul, ami csak fokozódik az elhelyezkedést követően” – vonják le a tanulságot a kutatók.

LÓRÁNTH IDA

egészségügyi szakújságíró

NE CSAK A KIEMELT KÓRHÁZAK NYÚJTHASSANAK SÜRGŐSSÉGI ELLÁTÁST

Nyolc új súlyponti kórház

Sopron, Siófok, Karcag továbbá a budapesti Jahn Ferenc, Bajcsy-Zsilinszky, Uzsoki, Szent János valamint a Szent Imre kerül az úgynevezett súlyponti kórházak közé, derült ki az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának ülésén.

Az adott régiókban nem növekedhet az aktív ágyak száma, így Sopron 412, Siófok 327, míg Karcag 342-vel csökkenti az adott Regionális Egészségügyi Tanácsban (RET) elosztható aktív ágyak számát. Ez különösen Sopron esetében okozott vitát, mivel a városi kórház súlyponti minősítésével alig hatszázra csökken azoknak az aktív ágyaknak a száma, amelyeken a Nyugat-Dunántúli régió több mint egy tucat intézménye osztozhat. A fővárosi kórházak kiemelésével 8957-ről 6240-re csökken a központi régióban megpályázható aktív, s 7989-ről 6362-re a krónikus ágyak száma.

Nagy vita alakult ki az egyetemi ágyszámokat illetően. Az ellenzéki képviselők azt javasolták, hogy összesen 720-szal növeljék a klinikai aktív ágyak számát. Ezt azzal utasította el a szaktárcát képviselő Horváth Ágnes – egyetértésben a bizottság szocialista tagjaival –, hogy ezzel az összes ágyszámot kellene megnövelni, másrészt sérülne az a rendező elv, hogy ezen a szinten már valóban csak a bonyolult eseteket kezeljék, gyógyítsák. Ezzel viszont nem értettek egyet az ellenzéki honatyák, mondván: az sem árt, ha az egyszerűbb beavatkozások – például egy vakbélműtét – rejtelmével is megismerkednek a jövő orvosok. Béki Gabriella (SZDSZ) sem fogadta el a koalíciós partner érvelését, mértéktartónak ítélve az ellenzéki javaslatot.

A lobbizások – módosító indítványok – ellenére sem lett súlyponti kórház a bajai, a balassagyarmati, a pápai és a ceglédi, mint ahogy Mikola István (Fidesz) érvelése ellenére nem kapott zöld utat a Svábhegyi Gyermekkórház megmentésére tett javaslat sem. Hasonló sorsra jutott – immár második alkalommal – az a javaslat, hogy a Sportkórház, az ORFI és a Gerincgyógyászati Központ összegyűrésével egy új intézményt hozzanak létre Országos Mozgásszervi Intézet néven. Kormánypárti többséggel leszavazták az egyébként súlypontiak közé sorolt salgótarjáni és zalaegerszegi kórházak aktív ágyszámának

növelésére tett javaslatot is. A bizottság ugyanakkor azt javasolja az Országgyűlésnek, hogy azokban az intézményekben, ahol majd csak krónikus ellátás zajlik, tegyék lehetővé bizonyos számú aktív belgyógyászati ágy fenntartását. Ezt a minisztérium is támogatta, akárcsak a szakmacsoportok közötti kapacitás-átcsoportosítás lehetőségét. Arra is igent mondtak, hogy sürgősségi ellátást ne csak a súlyponti kórházak nyújtsanak, s előnyben kell részesíteni azokat a szolgáltatókat, amelyek felkészültek e feladat végzésére. A súlyponti kórházak munkarendjéről kormányhatározat születik majd.



FÓKUSZ

Hova küldjük a betegeket?

A Semmelweis Egyetem az ország legnagyobb egészségügyi szolgáltatója. A 2006 júliusában történt finanszírozási szigorítások eredményeként havonta mintegy 550 fekvőbetegünk ellátását már most sem finanszírozza az OEP. Az Egészségügyi Minisztérium által tervezett intézkedési csomag tovább rontja helyzetünket:

Az országban 10,98%-os a tervezett ágycsökkentés. A közép-Magyarországi régióban 16,35%. A Semmelweis Egyetemen 28,68%-os. Ez közel 800 betegágyat jelent összesen, úgy, hogy Intézményünk a fővárosban egyedülállóan minden korosztály betegellátását végzi. Az ágyszámcsökkentés miatt minden 4. betegünket el kell majd küldenünk, mert nem tudjuk lefektetni őket. Ez évente 30-35 ezer beteget jelent, vagyis évente 30-35 ezer családnak jelent majd gondot, hogy hova vigyék szerettüket. (Ne felejtjük el: mindenhol ágyszámcsökkentés van!) Területi ellátási kötelezettségünk mellett Egyetemünknek országos feladatai is vannak: többek között a kardiológia, az ér és szívsebészet, a transzplantációk, gyermekonkológia és a koraszülött intenzív ellátás területein. Hova küldjük betegeinket? Az ágyszámcsökkentés ellehetetleníti az Európában is elismert hazai orvosképzést. Ma még nem tudjuk, hogy hány emberre lesz szükség a rendelőkben és a kórházakban. Az egészségügyi szakdolgozók migrációja eddig nem látott méreteket ölthet. A finanszírozási megszorítások miatt nem vállaljuk a felelősséget a betegellátás minőségéért, az ágyszámcsökkentés miatt pedig az elküldeni kényserült betegek további sorsáért.

Semmelweis Egyetem



NEMZETI MINŐSÉGI DÍJAT NYERT A ZALA MEGYEI KÓRHÁZ

Egymásra épülő folyamatok

Az egy évtizede alapított, de a közszolgáltatói kategóriában idén először meghirdetett Nemzeti Minőségi Díj pályázaton a Zala Megyei Kórház (ZMK) nyert – külön öröm, hogy a rendkívül megtisztelő elismerést első ízben egészségügyi intézmény kapta meg. A sikeres pályázatról dr. Csidei Irén főigazgatót kérdeztem.

A 2006-os NMD pályázati kiírás megjelenését követően a ZMK menedzsmentje a tulajdonos önkormányzattal egyeztetve döntött a pályázaton való részvételről. A döntés alapjául azon mérőszámok szolgáltak, amelyek több mint tíz éve végigkövethetők a ZMK tevékenységében.

H Mióta minősített a kórház?

– Első ízben, külföldi tanúsító cég segítségével, 1995 májusában kaptunk tanúsítványt a minőségirányítási rendszerünkéről – válaszolta kérdéseimre dr.

Csidei Irén. 1997-ben IIASHA-SHIBADíjat nyertünk, 1997-98-ban az amerikai JCI standard rendszer szakmai irányelvének akkreditációjában vettünk részt. 2000-ben EFQM kiválóság modell szerint önértékelési projektet indítottunk. További sikerünk a regionális egészségügyi díj elnyerése volt. Ezt követően ismét önértékelést végeztünk, majd benyújtottuk a pályázatot. Az előzményeket azért részleteztem, mert jól illusztrálja, hogy valójában egymásra épülő tevékenységek sorozata szükséges ahhoz, hogy egy szervezet eljusson a Nemzeti Minőségi Díj megmérettetésére.

H Miként készültek fel a megmérettetésre?

– A pályázatra való felkészüléshez külső segítséget vettünk igénybe. Oktatáson vettünk részt, amelynek során összeállítottuk a szükséges anyagot. Ezt követően végeztük el a már említett szervezeti önértékelést, amelynek eredménye a már említett pályázati anyag lett. Az önértékelésben olyan ele-

mekre kellett kitérnünk a saját szervezetünk működését illetően, mint például a gazdasági és a szakmai mutatók alakulása, fejlesztések, felújítások megvalósulása, üzemi bizottságok működése, humánerőforrás-gazdálkodás, vevőszolgálati tevékenység, a beteg és dolgozói elégedettség, helyesbítő intézkedések és a további fejlesztések meghatározása. A Nemzeti Minőségi Díj pályázat számos kötött fejezetből áll, és az azokban pontosan meghatározott anyagokat kellett összegyűjtenünk, amelyeket végül benyújthattunk.

H Mit jelent az Önök gyakorlatában az önértékelés módszere?

– A Zala Megyei Kórház 2000 óta rendszeresen alkalmazza az EFQM önértékelés módszerét, amely az ISO rendszerrel együtt a stratégiai menedzsment része, és amely a mindennapi működésben is megjelenik. A modell segít azonosítani a szervezet erősségeit és fejlesztendő területeit, valamint hozzájárul a továbbfejlődés irányának meghatározásához más szervezetek teljesítményével való összehasonlítás alapján.

H Hogyan zajlottak a pályázat körüli operatív feladatok és a díjazottak kiválasztása?

– A NMD pályázat elkészítése egy projekt keretében zajlott, kilenc munkatárs mint kritériumfelelős bevonásával és egy külső tanácsadó segítségével. Az adatgyűjtések, interjúk fél évet vettek igénybe, és az egész szervezetre kiterjedtek. A projektben részt vevő munkatársak ebből állították össze a kiírási követelményeknek megfelelő pályázati anyagot, melyet ezt követően a modell szempontjai szerint értékelték és meghatározták a ZMK erősségeit és fejlesztendő területeit. A benyújtott pályázatot külső értékelők véleményezték, ennek alapján a szervezetet helyszíni szemlére alkalmasnak találták. 2006 augusztusában három független szakértő egynapos helyszíni szemle keretében győződött meg arról, hogy a pályázatban bemutatott tények mennyire követhetők nyomon a szervezet mindennapi működésében. A díj odaítéléséről végül a szakértői vélemény alapján döntöttek.

**FÓKUSZ**

A díj kisplasztikája

A Nemzeti Minőségi Díjat íjf. Szlávics László szobrászművész alkotta. A tervezés során a Nemzeti Minőségi Díj kritériumrendszeréből indult ki. A vállalati önértékelés során meghatározott, adatokkal alátámasztott eredményeket grafikus ábrákkal szemléltetik. Egy ilyen tagolt, de egyenletes fejlődést mutató grafikon térbeli ábrázolása a pályamunka előlnézeti képe. A szobor egy más nézőpontból tekintve már nemcsak egy egyszerű grafikon téri megjelenése, hanem az adatok mögött meghúzódó embert is felidézi, annak teljesítményét kívánja kifejezni. Erre utal az emberi kéz lenyomatának a grafikon szimbolizáló (ezüstözött) bronzlap síkjából való kibukkanása, megjelenése. A kéz, amely a grafikon legmagasabb pontján a „csúcsteljesítményt” szimbolizáló, súlytalanul térben lebegő gömböt érinti, a teremtés pillanatát jelképezi. A gömb a tökéletesség egyik legősibb egyetemes szimbóluma, mely itt egy fényes, arannyal bevont, műszaki paramétereit tekintve is tökéletes acélgolyó alakjában jelenik meg. A színarany és színezüst felületkezelés, a jelenlegi általános értékrendben vezető szerepet játszó nemesfémek alkalmazása is a kiemelkedő minőséget hangsúlyozza.





Dr. Csinei Irén főigazgató Gyurcsány Ferenc miniszterelnök úrtól vette át a Nemzeti Minőségi Díjat

H Milyen körülmények között zajlott a díjátadó ünnepség?

– A 2006-os Nemzeti Minőségi Díj átadására az Európai EFQM Konferencia keretében került sor, melyet Kelet-Európában először Budapesten rendeztek meg. A konferencián több mint 30 országból közel 800-an vettek részt. A konferencia fókuszában az európai versenyképesség növelésének lehetőségei álltak. A konferencia

fő gondolatai a következők köré csoportosultak: innováció, kreativitás, tudásbázis, tehetség, megújulási képesség. A díjátadásra a Vasúttörténeti Parkban rendezett ünnepség keretében került sor az európai elismerések átadásával egyidejűleg.

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő



FÓKUSZ

A Magyar Nemzeti Minőségi Díjat (NMD) 1996-ban a miniszterelnök alapította, a minőségügyben kiemelkedő eredményt felmutató szervezetek tevékenységének elismerésére. A modellben szereplő kilenc fő kritérium két nagy csoportba tartozik: az adottságok és eredmények csoportjába. Az adottságok felmérése során azt kell megmutatni, hogy a szervezet hogyan érte el az eredményeit, az eredmények felmérésénél pedig azt, hogy mit ért el a szervezet. A harmonizáció biztosítja, hogy a Magyar Nemzeti Minőségi Díj szervesen illeszkedjék az Európai Minőségi Díj rendszerébe. A beérkezett pályázatokat a Nemzeti Minőségi Díj Bizottság szakértők bevonásával bírálja el. A bizottság javaslatát a gazdasági és közlekedési miniszter terjeszti döntésre a miniszterelnök elé. Minden évben összesen négy díj ítélhető oda, termelő és szolgáltató területen, kis- és közepes méretű, nagy méretű, nagy méretű szervezet üzleti egysége, valamint közszolgáltatói kategóriában. Ez utóbbi kategória először 2006-ban került nevesítésre, melyben először nyílt lehetőség az egészségügyi szervezetek számára megméretetni magukat a Nemzeti Minőségi Díj pályázaton.

Drägermedical

A Dräger and Siemens Company

ONLINE TARTOZÉK ÉS FOGYÓANYAG RENDELÉS

www.draeger-medical.hu





SIKERES JES AUDIT A BM KÖZPONTI KÓRHÁZBAN

Járóbeteg Ellátási Standard

Az ÉMI TÜV Bayern Kft. Tanúsító Szervezete végrehajtotta az első JES szerinti sikeres tanúsítást az Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium Központi Kórház és Intézményeiben.

Magyarországon, az egészségügy területén alkalmazott első nemzetközi szabvány alapú minőségbiztosítási rendszermodell, az EN ISO 9001:1994 szabvány szerinti modell bevezetésére, illetve sikeres tanúsítására 1995-től találunk példát. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény előírta az egészségügyi intézmények számára, a belső minőségbiztosítási rendszer kiépítését.

KES és JES

Az egészségügyi törvényhez szorosan kapcsolódott a Kórházi Ellátási Standardok (KES) kézikönyvének létrehozása, majd módosítása 2003-ban, mely által közvetlenül ellenőrizhető a szakmai folyamatok minőségét biztosító dokumentációs rendszerek. A standardrendszerek támogatják az egészségügyi intézményeket a szakmai minőségfejlesztésben, az eredményesebb és hatékonyabb betegellátás megteremtésében.

A standardok alkalmazásával elérhető, hogy a kórházak-rendelőintézetek jó dolgokat jól végezzenek el, így jelentősen

csökkenjen az ellátás során fellépő veszélyek kockázata, és növekedjen a jó klinikai eredmények elérésének valószínűsége.

A KES elvárja, hogy az intézmények meghatározzák helyüket a progresszív betegellátás szintjein. Meg kell határozni a konkrét feladatokat, majd a feladat ellátásához hozzá kell rendelni az eszközrendszert (műszerek, infrastruktúra, humán erőforrás). A standardok alkalmazásával elérhető, hogy a kórházakban csökkenjen az ellátás során fellépő veszélyek kockázata és növekedjen a jó klinikai eredmények elérésének valószínűsége.

A fekvőbeteg ellátást támogató standard rendszer mellett felmerült az igény az ellátók részéről, hogy készüljenek standardok a járóbeteg szakellátás területére is. A Járóbeteg Ellátási Standardok (JES) Kézikönyv (1.0 verzió) a hazai ellátás tapasztalatain nyugvó, folyamatszempelésű követelményrendszer, melynek alapját a Kórházi Ellátási Standardok képezték. Azok a standardok kerültek kiemelésre a KES-ből, amelyek értelmezhetőek a járó-



December 5-én Gyöngy István adta át az integrált MIR-KES-JES tanúsítványt dr. Szilvássy Istvánnak

beteg ellátásban is. A standardok, a magyarázatok és a felülvizsgálati szempontok – amennyiben szükséges volt – a járóbeteg ellátás sajátosságait figyelembe véve átdolgozásra kerültek. Nyelvezete többnyire követi a KES 2.0 változatot, de az egyes standardok számozása attól esetenként eltér. A standard előírásait értelem szerűen kell alkalmazni, az adott szervezet működési sajátosságait figyelembe véve, hiszen a járóbeteg szakrendelések változatosak (önálló rendelőintézetek, kórházhoz integráltak, méreti különbségek). A követelményrendszer beteg centrikus, szem előtt tartva a definitív ellátásra való törekvést.

Uniói nyomás

Az Európai Unióhoz való csatlakozást követően az egészségügyi intézmények előtt is kinyílt a világ uniós pályázati lehetőségek irányába. A kórházak bevezetett minőségirányítási rendszer nélkül pályázatot nem nyújthatnak be.

Az egészségügyi ellátórendszerben zajló jelentős átalakulási folyamatok versenyhelyzetet teremtettek a kórházak számára. Ezt ismerte fel a BM Kórház (új néven: Igazságügyi és Rendészeti Minisztérium Központi Kórház és Intézményei) új menedzsmentje egy évvel ezelőtt. Döntésük alapján integrált minőségirányítási

Dr. Szilvássy István, az intézmény főigazgatója lapunknak elmondta, hogy minőségirányítási szabványként azért volt szükségük a Kórházi Ellátási Standardok mellett a Járóbeteg Ellátási Standardokra is, mert kórházi osztályaik integrációban működnek a rendelőintézetekkel, ezért bonyodalmakat szült volna, ha a kórházban a KES 2.0 szabvány szerint dolgozó orvosok és egészségügyi szakdolgozók a járóbeteg-ellátásban minőségirányítási rendszer nélkül dolgoznak. A JES 1.0 szabványt az Egészségügyi Minisztérium 2005-ben éppen akkor hozta létre, amikor a BM Kórház megkezdte minőségbiztosítási fejlesztését, így már a folyamat elején be tudták állítani a szabványt minőségirányítási sorukba. A főigazgató ugyanakkor fontosnak tartja az ISO-rendszer kiszolgáló vezetési, gazdálkodási tevékenységnek szabályozását is, hiszen egy kórház élete nem kizárólag az orvosi munka minőségétől, hanem a kiszolgálástól, és a logisztikától is függ. Dr. Szilvássy István továbbá hangsúlyozta, hogy minőségbiztosítási szabványuk tökéletesen illeszkedik a kórházvezetőség eredeti elképzeléseibe. A tanúsító cég kiválasztása során nagyon sok paramétert kellett figyelembe venniük. Többek között azért döntöttek az ÉMI-TÜV Bayern Kft. mellett, mert az auditálást orvosok vezették, valamint előauditot biztosítottak az intézet munkatársai számára. A tanulási folyamatban a BM Kórház dolgozói megismerhették, hogy mely elveket és irányokat kell figyelembe venni az eljárás alatt és a további munka során.

rendszer kiépítése mellett döntöttek, mely kiterjedt intézményük egészére, alkalmazva a jelenleg rendelkezésre álló lehetőségeket. Elvárásaik alapján a kiépülő integrált rendszer esetén – az ISO szabvány, a KES és JES alkalmazásával – a kórház rendelőintézeti egységben szabályozottá, átláthatóvá válnak a folyamatok, egyértelműen meghatározásra kerülnek a felelőségek, ami az erőforrások jobb kihasználását eredményezi. A kórházvezetés meggyőződése volt, hogy csakis a három modell sikeres ötvözésével és egyidejű bevezetésével teljesíthetők a minőségirányítási rendszerrel szemben megfogalmazott megfélelőségi kritériumok.

A kórház célja az volt, hogy a gyógyító, diagnosztikai és a betegellátást támogató igazgatási és háttérrelátási területeken olyan minőségirányítási rendszert alakítson ki, mely a működés minden szintjén szavatolja és javítja az egészségügyi ellátás minőségét és támogatja az intézményt stratégiai céljainak elérésében, illetve partnerei (betegek, dolgozók, beszállítók) elégedettségének fokozásában.

A teljes dokumentációs rendszert a kórház vezetése elfogadta és bevezette. A rendszer működésének ellenőrzése a belső auditok során megtörtént. A vezetőségi átvizsgálás a kórház minőségirányítási rendszerét tanúsításra alkalmasnak találta. Pályázat útján kiválasztásra került a tanúsító cég, az ÉMI-TÜV Bayern Kft.

Az audit

Az előauditot követően egy hónappal, 2006. november 15-18. között megtörtént a tanúsító audit, melynek keretében felülvizsgálatra került, hogy az integrált menedzsment rendszer dokumentációit az intézmény egyes osztályainál és részlegeinél hogyan vezették be, hogyan alkalmazzák és fejlesztik tovább. Az audit egyértelművé tette, hogy az intézmény egy jól működő, hatékony integrált rendszerrel rendelkezik, mely a MSZ EN ISO 9001:2001 szabvány, illetve a KES 2.0/JES 1.0 standard követelményeit teljesíti. A menedzsment elkötelezettsége és a munkatársak hozzáállása példaértékű. A tanúsítás során egyértelművé vált, hogy a kórház menedzsmentje jól döntött, amikor az ISO szabvány és a KES mellett még a JES-re is kiterjesztette integrált rendszerét. A két

Amikor 2003-ban megszerzett akkreditációnk birtokában végrehajtottuk az első MIR-KES integrált rendszer auditját a debreceni Kenézy Gyula Kórházban, úgy gondoltuk, hogy ezzel az egészségügy területén elértük azt, amit lehetett. Jelentős szakmai munkát fejeztünk be, és joggal voltunk büszkéek arra, hogy egyrészt egy jó hírű kórházat tanúsíthatunk másrészt, hogy kiváló orvos-auditoraink mind az akkreditáló, mind pedig a szakma számára kiemelkedő és dicsérendő munkát végeztek. Ez mind a Kórháznak, mind az ÉMI-TÜV Bayern Kft. Tanúsító Szervezetnek elismerést hozott.

A Járóbeteg Ellátási Standardok első kiadása 2005-ben jelent meg, amelynek alkalmazási területe kiterjed részben a kórházakra is, mivel ezek többségében van járóbetegellátás, illetve minden egyéb egészségügyi intézményre, ahol ilyen működik, például szakorvosi rendelők, ambulanciákra. Egy évvel később, 2006-ban kötöttük meg szerződésünket az első integrált MIR-KES-JES menedzsment rendszer tanúsítására a Rendészeti Minisztérium Központi Kórházával, akik tevékenységük teljes keresztmetszetét kívánták az értelemszerűen alkalmazandó előírások alapján tanúsíttatni.

A Kórház integrált MIR-KES-JES menedzsment rendszerének kialakítása nem kis feladat volt, hiszen miközben dolgoztak, gyógyítottak, mellette az integrált követelményeknek való megfelelés igényével kellett a szabályozásokat kialakítani és bevezetniük. Megtörtént tehát a Rendészeti Minisztérium Központi Kórházával az első sikeres JES szerinti tanúsítás Magyarországon. Bízunk abban, hogy a kiváló szakmai felkészültséggel, személyi és tárgyi erőforrásokkal rendelkező kórháznak ez a tanúsítás az erkölcsi elismerésen túl növeli a munkatársak elkötelezettségét és a betegek még magasabb szintű ellátását.

Biztosak vagyunk abban, hogy ez az elismerés, amely a Rendészeti Minisztérium Központi Kórháza megérdemelten elnyert, egyben azt is jelenti, hogy a jelenleg folyó egészségügyi reform végrehajtásánál a legkiválóbbak között fogja őket az egészségügy szakmai vezetése elismerni. Az ÉMI-TÜV Bayern Kft. Tanúsító Szervezete és munkatársai nevében gratulálunk, további munkájukhoz jó egészséget, és további sok sikert kívánunk!

*Gyöngy István osztályvezető,
Management Service Osztály, ÉMI-TÜV Bayern Kft.*

standard hasonlósága miatt, ez jelentős többlet teherrel az intézmény felé nem járt. Tekintettel arra, hogy kórház-rendelőintézeti egységről van szó, úgy a mindkét standardban megjelenő követelményeket csak egyszer kellett dokumentálni és szabályozni, mely által az átjárás biztosítottá vált (például: JMFL: minőségfejlesztés, JMVG: vezetés-igazgatás, JMHM: humán erőforrás menedzsment, JMBT: épületek és berendezések működtetése és biztonsága).

Az auditorok számára ennek ellenére kihívást jelentett a JES auditálása, hiszen egy új standardot kellett megismerni és bevezetését, működését ellenőrizni. Meg kellett találni és ellenőrizni a standardok közötti különbözőségeket, illetve az ezekre vonatkozó intézeti szabályozásokat és ezek elsősorban betartását. Az ilyen mélységű vizsgálatok, a dokumentáció értékelése az auditortól is magas szintű képzettséget

igényel úgy orvos-szakmai, mint minőségügyi ismeretek terén.

A későbbiekben, rendszeresen a teljes dokumentációs rendszer felülvizsgálatra és aktualizálásra kerül, mely által lehetővé válik a folyamatszabályozottság javulása, ami hozzájárul a menedzsment általi átláthatósághoz és tervezettséghez. Tovább folytatódnak az elégedettségi vizsgálatok, melyek biztosítják az érdekelt feleknek való minél jobb megfelelést. Optimális, szakszerű és reprodukálható folyamatok létrehozásával a felelőségek egyértelmű, írásos szabályozása valósulhat meg. A standard rendszerek bevezetésével az erőforrások tervezhetővé válnak, illetve a felhasználás optimalizálásával esetleges megtakarítások érhetőek el. Az auditok, az indikátorok figyelése a hibaköltségek csökkenését eredményezhetik, és a dolgozók minőséggel kapcsolatos szemléletének formálása hosszú távú eredményességet és sikert hozhat az intézet számára.



ÉMI-TÜV Bayern Kft. TÜV SÜD Csoport • Management Service Osztály
H-2000 Szentendre, Dózsa György út 26. Tel.: (+36) 26 501-156 Fax: (+36) 26 501-145
Gyöngy István osztályvezető • E-mail: gyongy.istvan@emi-tuv.hu

DR. TÖLGYES ANNA

A Jász-Nagykun-Szolnok megyei Hetényi Géza Kórház-KAIBO osztályvezető főorvosa, az ÉMI-TÜV Bayern Tanúsító Szervezet ISO 9001-KES-JES vezető auditora



Egészségügyi adatok továbbítása

Egészségügyi törvényünk külön fejezetben – az orvosi titoktartáshoz való betegjogok körében szabályozza az egészségügyi és személyes azonosító adatok kezelésének, megismerésének a szabályait, ideértve az adattovábbítás rendjét is.

A fő szabály szerint a beteg hozzájárulásával az általa megjelölt személy részére adható felvilágosítás a „különleges adatnak” minősülő egészségügyi adatokról.

Ugyanakkor már maga az egészségügyi törvény is (1997. évi CLIV. tv. 25. § (3) bekezdés) szabályozza azt az esetkört, amikor a beteg hozzájárulása hiányában is továbbítani kell az egészségügyi adatokat, ha azt törvény rendeli el, vagy pedig mások életének, testi épségének és egészségének védelme azt szükségessé teszi.

Az egészségügyi adatvédelmi törvény részletes szabályokat tartalmaz az egészségügyi szolgáltató külső szervek felé történő adattovábbítására vonatkozóan is.

E körben került nevesítésre a nyomozóhatóság – az ügyészség, a bíróság, az igazságügyi orvos szakértő – részére büntetőügyben történő adattovábbítás eljárási rendje. Két adatszolgáltatási kört kell e körben megkülönböztetnünk: egyrészt azt, amikor maga a nyomozóhatóság keresi meg az egészségügyi szolgáltatót, hogy e törvényi felhatalmazás alapján számára adatot továbbítson; másrészt azt, amikor magának az egészségügyi szolgáltatónak kell külön megkeresés nélkül adatokat továbbítani. Vizsgáljuk meg, hogy a fenti két esetkörben milyen feltételeket kell az egészségügyi szolgáltatónak vizsgálnia, hogy jogszerűnek minősüljön az adat továbbítása a nyomozóhatóság felé.

Adattovábbítás rendőrségi megkeresésre

Az egészségügyi adatvédelmi törvény a nyomozóhatóságot – az ügyészséget, a bíróságot és az igazságügyi orvos szakértőt – nevesíti, mint olyan szervezeteket, akik jogosultak egészségügyi, illetve személyazonosító adatok bekérésére és azok kezelésére. Az adatkérés jogszerűsége elbírálásának érdekében fontos szabály, hogy e

fenti szerveknek megkeresésükben pontosan rögzíteni kell az adatkezelés célját és meg kell jelölniük a kért adatok körét.

Az adatkérés és adatkezelés jogszerűségének elbírálásához a rendőrségről szóló 1994. évi XXXIV. törvény, illetőleg a büntetőeljárásról szóló 1998. évi XIX. törvény idevonatkozó szabályait kell ismernünk és alkalmaznunk. Azaz nem elegendő az egészségügyi törvény és az egészségügyi adatvédelmi törvény szabályait ismernünk, hanem szükséges a fenti két jogszabályt is értelmeznünk annak eldöntése érdekében, hogy a megkeresésben feltüntetett cél valóban feljogosítja-e a rendőrséget az adatok bekérésére.

A büntetőeljárásról szóló törvény a nyomozóhatóság adatszerző tevékenységét feljelentés kiegészítésével összefüggésben, a megindított büntetőeljárásban a bizonyítási eszközök felkutatásával összefüggésben, illetve a gyanúsítottól való adatszerzés körében szabályozza.

Gyanúsítottra vonatkozó megkeresés

Viszonylag könnyebb az egészségügyi szolgáltató helyzete, ha a nyomozóhatóság konkrét személyről kíván adatot kérni, hiszen a büntetőeljárásról szóló törvény külön rendelkezik arról, hogy a gyanúsítottól mikor lehet egészségügyi, illetve személyazonosító adatot bekérni. E szabályok alapján a nyomozóhatóság a bűncselekmény tényállásának a felderítése érdekében kérhet be ilyen adatokat.

Így, ha az egészségügyi szolgáltatót a rendőrség azzal keresi meg, hogy adott ügyben nyomozás elrendelésére került sor, és e körben a megjelölt gyanúsítottól egészségügyi adatok továbbítását kéri, akkor az egészségügyi szolgáltató az adatkezelésben megjelölt körben a törvényi kötelező szabályokra tekintettel köteles az adott gyanúsítottal kapcsolatos egészségügyi adatokat továbbítani a rendőrség felé. Fő szabály szerint a gyanúsítottól az ügyész jóváhagyásával kérhet be adatokat a nyomozóhatóság. Ez alól kivételt jelent az az eset, amikor „halaszthatatlan intézkedés” jelzés kerül a megkeresésre (ezt az egészségügyi adatvédelmi törvény 23. § (3) bekezdése szabályozza). Ebben az esetben ügyészi jóváhagyás nélkül ki kell szolgáltatni az egészségügyi, illetve személyazonosító adatokat a nyomozóhatóság

számára. A gyanúsítottakkal kapcsolatos megkeresésnél arra kell különösen figyelnie az egészségügyi szolgáltatónak, hogy a megkeresés írásos formában érkezzon és tartalmazza az adattovábbítás célját, illetve az egészségügyi és személyazonosító adatok pontos körét. Ez utóbbinak azért van jelentősége, mert az egészségügyi szolgáltató nem továbbíthatja a gyanúsítottól az általa nyilvántartott valamennyi egészségügyi adatot, hanem csupán a megkeresésben megjelölt adatokat – vagyis szigorúan abban a körben kap törvényi felhatalmazást az adattovábbításra, melyet maga a nyomozóhatóság kér.

Adatkérés – nem konkrét személyre vonatkozóan

Sokkal nagyobb problémát jelent az egészségügyi szolgáltató számára, ha feljelentés kiegészítése vagy a bizonyítási eszközök beszerzése tekintetében – „a rendőrségi puhatolás” körében – történik az adatbekérés. Azaz a nyomozóhatóság nem nevesíti, hogy konkrétan kinek az adataira van szüksége, hanem a megkeresésében például adott napon adott ellátásban részesülő valamennyi beteg személyes adata és az ellátásukra vonatkozó egészségügyi adatok továbbítását kéri. Általános bűnmegelőzés célból, a tényállás felderítése érdekében „beteglistákat” kérnek az egészségügyi szolgáltatótól, és ebben az esetben már igen körültekintően kell eljárni. Sok esetben az egészségügyi szolgáltatók ennek eldöntése érdekében az adatvédelmi ombudsmanhoz fordulnak, aki már több esetben megfogalmazta, hogy noha a rendőrségi törvény és a büntetőeljárásról szóló törvény alapján valóban lehetőség van ilyen általános adatbekérésre, azonban ezt a gyakorlatot nem lehet széles körben alkalmazni.

Nem vitatható, hogy a büntetőeljárás során a bizonyítási eszközök felderítéséhez, a gyanú megerősítéséhez vagy az elkövető személyére vonatkozó megalapozott gyanú bizonyításához a rendőrségnek szüksége van, úgymond felvilágosítás keretében, adatbekérésre, ugyanakkor a törvényi felhatalmazás indokolatlan kibővítése mégsem eredményezheti azt a gyakorlatot, hogy az egészségügyi adatokat minden korlát nélkül a rendőrség megkeresésére továbbítani kelljen.

Ezt sugallja maga a rendőrségről szóló törvény is, hiszen a rendőrségi adatkezeléssel kapcsolatban megfogalmazza, hogy különleges adat, azaz egészségügyi adat is csak konkrét cselekménnyel közvetlen összefüggésben kezelhető. Erre való tekintettel elvárható, hogy a megkeresésben, ha nem konkrét személyre vonatkozóan kérnek adatokat, akkor pontosan jelölni kell, hogy milyen ügyben történik a nyomozás és milyen célból kér általános tájékoztatást a nyomozóhatóság.

E körbe sorolhatók a sértett adataira vonatkozó megkeresések is, hiszen a büntetőeljárásról szóló törvény részletesen szabályozza a gyanúsítottal kapcsolatos adattovábbítást. Ha a sértett nem ad külön felhatalmazást arra vonatkozóan, hogy egészségügyi adatait az egészségügyi szolgáltató a nyomozóhatóság felé továbbítsa, akkor csak a feljelentés kiegészítéseként, illetőleg a büntetőeljárás során, a bizonyítási eszközök feltárásával összefüggésben lehet egészségügyi adatot bekérni a sértettől. E körben nem hagyható figyelmen kívül – különösen a drogbetegekkal és a pszichiátriai betegekkel összefüggésben – hogy a feljelentés kiegészítéseként vagy bizonyos bizonyítási eszközök beszerzésével kapcsolatban az adatkérés a gyógyítás során gondot jelenthet. Ugyanis sok esetben az érintett betegek nem mernek az egészségügyi szolgáltatóhoz fordulni, hiszen számolniuk kell azzal, hogy személyazonosító és egészségügyi adataikat átadják a rendőrségnek, ha megkeresés érkezik erre vonatkozóan.

Adattovábbítás – adatvédelmi eljárási rend

Ha az egészségügyi szolgáltató számára nem egyértelmű a rendőrségi megkeresés, célszerű az adatvédelmi ombudsmanhoz fordulni, kérve annak vizsgálatát, hogy a rendőrségi megkeresés a törvényi előírásoknak megfelel-e és valóban feljogosítja-e őket arra, hogy személyazonosító és egészségügyi adatok továbbítására kötelezzék az egészségügyi szolgáltatót. Az adatvédelmi ombudsman a beteg jog és az adatvédelem fontosságát szem előtt tartva állásfoglalásával segítséget nyújthat e jogszabályi eljárás kialakításához. Ha az egészségügyi szolgáltató jogosulatlanul tagadja meg az adattovábbítást, akkor a büntetőeljárás 71. § (a) bekezdése alapján akár rendbírsággal is sújtható, illetőleg a rendőrségi megkeresés indokolatlan teljesítésének megtagadása akár kényszerintézkedések elrendelését is maga után vonhatja.

Célszerű tehát az egészségügyi szolgáltatóknál kialakítani azt az intézményi ren-

det, amelyet követni kell többek között a külső szervek részére történő adattovábbításnál.

Álláspontom szerint nem várható el, hogy a gyógyító osztályok döntsenek a tekintetben, hogy bizonyos rendőrségi megkeresések a törvényi előírásoknak megfelelőek-e vagy sem. Indokolt ezért egy adatvédelmi felelőst vagy jogászt megbízni, aki a rendőrségi megkereséseket megvizsgálja mind formai szempontból (a megkeresés tartalmazza-e, hogy milyen célból, milyen körben kérnek egészségügyi adatot), mind pedig abból a szempontból, hogy a megjelölt cél esetén a törvényi előírások az adatkezelés-adatmegkeresés lehetőségét jogszerűen szabályozzák-e vagy sem. Az egészségügyi szolgáltatóknak az adatkezelés jogszerűsége vizsgálatával összefüggésben az írásos megkereséseket meg kell őrizniük, azaz bármikor számot kell adniuk, hogy kinek, milyen célból történt a beteg beleegyezésének hiányában adattovábbítás. Ezért szükséges az adatvédelmi szabályzatban ezen eljárási rendet részletesen szabályozni, megjelölve a felelős személyeket, akik részben a nyilvántartási, részben az adattovábbítás jogszerűségének a vizsgálatáért felelősek.

Rendőrségi adattovábbítás megkeresés hiányában

Az egészségügyi törvény az egészségügyi szolgáltatót kötelezi a rendőrség részére történő adattovábbításra abban az esetben, ha 8 napon túl gyógyuló sérülést lát el, és ez a sérülés feltehetően bűncselekmény következménye. Ebben az esetben a kezelőorvosnak a rendőrség felé be kell jelentenie az érintett személy személyazonosító adatait. Ebben az esetben – ha 8 napon túl gyógyuló sérülésről van szó és ez a sérülés feltehetően bűncselekmény következménye – az adattovábbításhoz nincs szükség az érintett beleegyezésére. Gyermek esetében úgyszintén a törvényes képviselő hozzájárulása nélkül eleget kell tenni a gyermekjóléti szolgálat felé való adatközlésnek.

Más szervek felé történő adattovábbítás

A rendőrség felé történő adattovábbításon túl természetesen adattovábbítási kötelezettség terheli az egészségügyi szolgáltatót az ügyészség, a bíróság, illetőleg az igazságügyi orvos szakértő megkeresése esetén is. Fontos azonban, hogy e szerveknek is meg kell jelölniük az adatkezelés pontos célját (milyen célból, milyen jog-

szabályi felhatalmazás alapján kérik az adatok továbbítását), illetve a kért egészségügyi adatok körét.

Különösen ez utóbbinál jelent általában gondot, hogy a bíróságok nem jelölik meg azt az időintervallumot, kezelési kört, amelyre vonatkozóan az egészségügyi adatokat bekérik. Ha a megkeresésben csak az adott személy nevét jelölik meg és kérik az annak ellátása során keletkezett orvosi dokumentáció továbbítását, akkor az egészségügyi szolgáltatónak célszerű a bíróságot megkeresni az adatkérés körének pontosítása végett. Nem mindegy ugyanis, hogy a betegről fellelhető valamennyi egészségügyi adat továbbítását rendeli el, vagy pedig adott időintervallumra vonatkozó vagy adott betegséggel kapcsolatos kezelés adatait kell részére továbbítani. Az adattovábbítással kapcsolatban felmerült költségek tekintetében lehetősége van az egészségügyi szolgáltatónak megjelölni az adatkezeléssel és adatmásolással kapcsolatos költségeket, és mind a nyomozóhatóságtól, mind pedig az esetleges bírósági eljárás során kérhető ezen költségek megtérítése.

Összegezve: a törvény által meghatározott szervek bűncselekménnyel összefüggésben való adatkérésével kapcsolatban az egészségügyi szolgáltatónak igen körültekintően kell eljárnia, hogy eleget tegyen az egészségügyi adatvédelmi törvényben előírt adattovábbítási kötelezettségének, ugyanakkor ezzel ne sértse a beteg orvosi titoktartáshoz való jogát. Minden esetben alaposan meg kell vizsgálni az e megkeresésekben foglalt tényállást, és bárminemű kétség felmerülése esetén az adatvédelmi ombudsman segítségével kell eldönteni, hogy az adatkérés jogszerű-e vagy sem. Ezen túlmenően az adattovábbításról szigorú nyilvántartást szükséges vezetni, hogy bármikor számot tudjon adni arról, hogy milyen célból, milyen megkeresésre továbbított adatokat a nyomozóhatóság, a bíróság, az ügyészség részére a beteg beleegyezése nélkül.

E tevékenységhez nem elegendő az egészségügyi adatvédelmi törvény ismerete; az egészségügyi adatok továbbítását kérő szervezetek adatkezelésre vonatkozó törvényi rendelkezéseit is ismerni kell, hiszen csak ezek ismeretében dönthető el, hogy jogszerűen kíván-e egészségügyi adatot, mind különleges adatot kezelni a megkereső szerv vagy sem.

DR. KÖSZEGFALVI EDIT

jogtanácsos, biztosítási szakjogász, jogi osztályvezető



Rossz kulturális beidegződés

Az egészségügyi reform intézkedéseinek többsége mind a társadalomban, mind a szakmában ellenérzéseket is kelt. Ami törvényszerű, hiszen a változások általában ellenállást indukálnak, pláne, ha ilyen széles rétegeket érintenek. Skultéty Lászlóval, a GKI-EKI Egészségügy-kutató Intézet ügyvezető igazgatójával a reformlépések várható gazdasági hatásairól, hatékonyságáról beszélgettünk.

H *Az egészségügyi reform olyan kényes és a társadalom egészét érintő változásokhoz hoz, melyre a világ más tájain általában 8-10 évet áldoznak a kormányok. A tervek összeállítását alapos vizsgálatok, szakmai felmérések, hatástanulmányok előzik meg. Ezek eredményeinek felhasználásával tesznek kísérletet a változtatásra. Magyarország mindezt pár hónap, legfeljebb egy-két év alatt szeretné megvalósítani. Lehetségesnek tartja egy tizenhat éves lemaradás ilyen rövid idő alatti pótlását?*

– Az elmúlt tizenhat év a reformok szempontjából nem telt el tétlenül, mert sok olyan változás történt a magyar egészségügyben, amely információs bázisként és tapasztalatokkal szolgálhatott a változásokhoz. Korábban is született számtalan reformelképzelés, melyek többségét sajnos elsodorta a négyévenkénti kormányváltás, másrészt nem volt az államháztartásnak olyan külső kontrollja, mint amit európai uniós csatlakozásunk hozott magával. Kimondható, hogy az egészségügyi reform elhúzóda-sáért leginkább a politika a felelős.

H *Gazdaságkutatóként megfelelő irányúnak és kellőképp célravezetőnek látja a napjainkban körvonalazódó reformintézkedéseket?*

– Az eddig ismertté vált intézkedések létrehozói alapvetően abból a feltételezésből indultak ki, hogy pazarló a magyar egészségügy, amelyben emellett némely területen hiány is mutatkozik. Ezért elsősorban a pazarlás megszüntetését tűzik ki célul, de bizonyos esetekben ez magával vonja a hiány felszámolását is. A kapacitáscsökkentés például megszüntetheti egyes intézmények szak-

emberhiányát. Valószínűsíthető az is, hogy (a tervezett nagy összegű „licenctíj” bevezetése miatt) az orvoslátogatók közül többen visszakerülnek majd a gyógyítás területére. Ha a reformok képesek lesznek hosszú távon csökkenteni az ágazat költségeit, illetve jelentősen fékezni a hiány növekedését, akkor beszélhetünk majd pozitív eredményekről. A gazdaságosabb működés szempontjából legfontosabb reformelemek az aktív kórházi ágyak és az intézmények számának csökkentése, továbbá a járulékönyvek rendbetétele, a jogosultsági jogcímek pontos meghatározása. Kevésbé hatásos intézkedésnek gondolom a vizitdíjnak a tervezett formában való bevezetését.

H *Mi lehet a gond a vizitdíjjal?*

– Bevezetését a paradigma-váltó intézkedések körébe sorolom, s mint olyant, elsősorban ideológiai reformnak tartom. Várható hatástalanságát abban látom, hogy bevezetését nem előzte meg semmilyen vizsgálat, amely kiderítette volna, hogy az alapellátásban nálunk vajon miért olyan magas az orvos-beteg találkozások száma, miért évi hatvanmillió, vagyis kétszerese az európai átlagnak. Nem mérte fel senki, hogy ebben a nagyon magas találkozási számban milyen arányt képviselnek a szolgáltatás „ingyenessége” miatt létrejövők, és azok, amelyekre a beteg a nehézkesen, túladminisztráltan működő beutalási, illetve receptírási rendszer miatt kényyszerül. Ismert tény, hogy a szakrendelések többségének szolgáltatása csak házi-orvosi beutalóval érhető el, illetve a krónikus betegek, a már évek óta szedett gyógyszereik receptjeit is kénytelenek havonta kiállíttatni a házi-orvosukkal. Ennek ismeretében feltételezhető, hogy az orvos-beteg találkozások jelentős ré-

sze indokolatlan, ám a jelenlegi szabályozás által gerjesztett, a beteg által nem megkerülhető tényező. A némely egészségpolitikus által mostanában hangoztatott szlovák példa, miszerint a szomszéd államban azért vonták volna vissza a vizitdíjat, mert belátták annak hatástalan-



Skultéty László

ságát, nem állja meg a helyét. Ott nyilvánvalóan az új kormány „népszerű” intézkedéseként került erre sor, nem a tapasztalatok miatt, melyek épp az ellátások igénybevételének csökkenését mutatták. A hazai vizitdíjrendszer (legalábbis a jelenlegi tervezett formában) az intézményekre nagy adminisztrációs költséget és pluszmunkát ró, a lakosság szempontjából pedig súlytalan. Célját, hogy felkeltse a beteg pénzügyi felelősségének érzetét, valószínűleg nem éri el, hiszen gyakorlatilag csak az orvoshoz nem járók fognak vizitdíjat fizetni. A nyugdíjas ez után is kénytelen lesz rendszeresen megjelenni a rendelőben, hogy

felírassa a havi gyógyszeradagját, és a szakorvosi beutalóért sorban állók sem lesznek kevesebben. A vizitdíj céljával, miszerint megszüntetné a gyógyító szolgáltatások ingyenes látszatát és nagyobb felelősségérzetet várna a betegtől, maximálisan egyetértek, ám bevezetésének módja célt téveszt és lejáratja magát a díjrendszert.

H A szlovákoknál hogyan működött a vizitdíjrendszer?

– A rászorult társadalmi csoportok járandóságát (nyugdíj, munkanélküli segély stb.) meghatározott éves orvos-be-



PÁLYAKÉP

Skultéty László 1972-ben született. Diplomáit a Budapesti Közgazdasági Egyetemen szerezte.

2002 óta a GKI-EKI ügyvezető igazgatója. 1996 óta rendszeresen publikál, szakmai értekezéseiben többek között foglalkozott az egészségügyi ellátórendszer önkormányzati megítélésével, az egészségügyi informatika és menedzsment kérdéseivel, a háztartások jövedelmi rendszerének átalakulásával.

teg találkozás „árával” felemelték, majd gyakorlatilag mindenkinek egyformán kellett vizitdíjat fizetni, felső korlát nélkül. Persze, ez a rendszer is magában hordta a konfliktusok lehetőségét, hiszen a betegeskedő, sokszor orvoshoz járó nyugdíjas rosszabbul járt, mert a vizitdíjra kapott plusz pénznél többet fizetett az orvosnál, az egészséges idősök pedig jobban jártak, mert megtakaríthatták, más célra fordíthatták a nyugdíj-emelés összegét.

H Külön-külön vizsgálva az egészségügy különböző szintjein bevezetendő reformlépéseket helyesnek, célravezetőnek tartja azokat?

– A reform egészét tekintve jól látszik a koncepció. Már a Zöld Könyvben is megjelentek olyan elemek, amelyek most a reform vázát adják. Többségükkel gazdasági szakemberként egyetértek, mert szükségesek és elkerülhetetlenek a rendszer fenntartható működésének érdekében. Az persze kérdés még, hogy a törvények elvei miként érvényesülnek majd a végrehajtás során. Pillanatnyilag érezhető a törvényalkotók kapkodása, bizonytalansága, ami árthat a folyamatok végrehajtásának. Egyelőre

nem látom a reformintézkedések között egy korábbi cél, az alapellátás megerősítésének megvalósulását, pedig erre a lépésre, a magasabb szintű szolgáltatások tehermentesítése végett feltétlen szükség volna. Az alapellátás tevékenysége, a jelenlegi elképzelések szerint nagyrészt a betegség észlelésére szűkül és nem társul ehhez a kapacitás és kompetencia bővítésének szándéka. További problematikus elem a finanszírozás, amely szinte kizárólag egy rövid távú, fiskális megszorítástól vár eredményt. Folyamatban van a járulékfizetés nélküli jogosultságok felülvizsgálata és e kör szűkítése is. Gazdasági szempontból elhibázottnak tartom a még a nyár derekán életbe léptetett intézkedést; a kórházak volumenkorlátos finanszírozásában a degresszió „levágását”. Noha a szakma és a közvélemény pillanatnyilag főként az éppen aktuális kórházbezárások és ágyszámleépítések kérdésével foglalkozik, számítok rá, hogy hamarosan az említett finanszírozási problémák is ismét a figyelem középpontjába kerülnek.

H Realisnak és elkerülhetetlennek tartja az aktív ágyak nagymértékű csökkenését és helyettük nagyszámú rehabilitációs és krónikus kapacitás létesítését?

– Sajnos, a reformokat ezen a területen sem előzte meg olyan felmérés, amely világossá tehetné volna, vajon a most működő rendszerben mennyi azon aktív ágyak száma, amelyeken szociális vagy egyéb indokok miatt kezelnek krónikus beteget. Erről még becslések sem állnak rendelkezésre, vagyis nem tudható, hogy az egészségpolitikusok által hangoztatott harminc százalékos leépítési arány megállja-e a helyét. Amit biztosan tudni lehet, az az, hogy nálunk sokkal több aktív ágy jut tízezer lakosra, mint akár a régi, akár az új uniós tagok átlagában, s az ágyak területi eloszlása esetleges. A krónikus ellátásba átminősítendő mintegy nyolcezer ágy csupán 10-15 százaléka az aktívoknak. Az kétségtelen tény, hogy eddig sok helyen hiány mutatkozott a krónikus és rehabilitációs ellátásban. Van például olyan vidéki szanatórium, ahol egyéves a várólista, ami a rehabilitáció sikere szempontjából megengedhetetlen lenne.

H Bár a korábbi tervekben és a Zöld Könyvben is súlyponti kérdésként szerepelt a megelőzés, a megvalósulni látszó lépések között eddig szinte egyáltalán nem található azzal foglalkozó. A prevenció háttérbe szorítása pedig 10-15 év

múlva olyan vészesen romló népegészségügyi problémákat okozhat, amelyek újfent az aktív ellátás megerősítését kívánják. Vagyis a reform pár év alatt oda jutna vissza, ahonnan elindult.

– A magyar gazdaság ismert helyzete miatt a reform elsősorban a fiskális oldalra koncentrál. Tudjuk, hogy a prevenció munkája kezdetben nagyon drága, és akár húsz évig várni kell a befektetett pénz megtérülésére. A reformerek ezért inkább a gyorsabb gazdasági eredményre vezető gyógyító ágazatra koncentrálnak. Ennek ellenére nem gondolom, hogy következményeként a jövőben Magyarországon sokkal gyengébb lenne majd a megelőző munka, mint amilyen eddig volt, ugyanis eddig is szinte a nullával volt egyenlő a rendelkezésre álló forrás. Nálunk a prevenció két fő eszközeként a kommunikációt és a központilag finanszírozott szűrőprogramokat alkalmazták. Mindkettő mértéke, minősége és határfoka gyenge volt. A központi méhnyakrákszűrés adatai például magukért beszélnek: a szűrésre invitált nőknek alig tíz százaléka jelent meg a vizsgálaton. Miközben a szakma véleménye szerint ennél nagyobb mértékű a nők átszűrtsége. Vagyis hibás volt a központilag szervezett vizsgálatok kommunikációja. A kitörési pont a prevenció terén szerintem éppen a kommunikáció javítása volna. Hiába szerveznek központi szűrőprogramokat, ha a lakosság egészségtudatos magatartásának javítását, az önmagukért vállalt felelősség érzetének erősítését nem veszik célba. Tény, hogy azt a kevés forrást, amely hosszú évek óta a prevenció rendelkezésére áll Magyarországon, lényegesen költséghatékonyabban lehetne felhasználni, mint ahogyan az megtörtént.

H Pár évvel ezelőtt az OEP éves gyógyszerkasszája 160-180 milliárd forint volt, idén pedig már 300 milliárd körül van. Szigorodnak a gyógyszerfelírás szabályai, az orvosoknak a legolcsóbb hatóanyagú készítmény felírására kell majd törekedniük. Ezekkel az intézkedésekkel vajon lassítható, esetleg megállítható lesz a gyógyszerkassza további kóros növekedése?

– Látszólag ellentmondásos tény, de igaz, hogy a szűrőprogramok számának és fajtájának gyarapodása általában indukálja a lakossági gyógyszerfogyasztást. Az újonnan felfedezett magas vérnyomásos, cukorbeteg, csontritkulásos páciensnek orvosa gyógyszereket ír fel, gyarapítva ezzel a kassza kiadásait. Ennek ellenére a



hazai gyógyszerfogyasztás éves volumene csak nagyon lassan nő. A drasztikus költség-, illetve kasszanövekedést a piacra bevezetett, drága, modern (promóciós költségekkel ugyancsak megterhelt) készítmények okozzák. Ez világlajosság, nem magyar sajátosság. Ezek a gyógyszerek az új hatóanyag magas kutatási költségei miatt drágák, s persze javíthatnak a betegek életminőségén, ám ennek ára van. Vannak közöttük olyanok is, amelyek a többi terápiás költséget is kiválthatják vagy mérséklék, de nem ez a jellemző. A gyógyszerkassza kordában tartására többféle technika alkalmazható. Központi szabályozással lehet a gyógyszerfogyasztást az olcsóbb készítmények irányába fordítani, lehet a fogyasztás anyagi terheit a szereplők között (lakosság, gyártó, biztosító) másképp elosztani, vagy volumenkorlátozó intézkedéseket lehet bevezetni. A parlament által elfogadott gyógyszer-gazdaságossági törvény elsősorban a terhek elosztásának változtatásáról szól, amelybe beletartozik az is, hogy várhatóan 2007. januártól a lakossági terhek is emelkedni fognak. Ez csupán következmény, mert a kassza tendenciózus emelkedése többek között annak az eredménye, hogy 2004 óta a gyógyszerek átlagos támogatottsági aránya fokozatosan emelkedett, a lakossági terhek relatíve csökkentek, az ebből eredő hiány pótlását pedig magára vállalta a biztosító. A frissen befogadott, drága készítmények zömét általában kiemelt támogatású gyógyszerként kezelte az OEP. A gyógyszerek forintban mért éves forgalmának éppen ezek a készítmények egyre növekvő hányadát teszik ki. Azzal egyet-

értek, hogy az orvosok törekedjenek a legolcsóbb hatóanyagú készítmények felírására, ám nem korlátoznám a beteg drágább gyógyszerekre való igényét sem. Ha úgy gondolja, neki a sikeres kezeléshez szüksége volna egy drágább gyógyszerre, az legyen felírható, ám az árát a beteg fizesse, ne a biztosító. Helyeslem, hogy korlátozzák az orvoslátogatók által nyújtott gyógyszer-promóció lehetőségét, bár nem hagyható figyelmen kívül az a tény sem, hogy a gyógyszergyártók a promótálás mellett az orvosok szakmai informálására is használták a hálózatot. Úgy gondolom, ezt az információs hézagot valamilyen módon (például internetes információs lehetőséggel) ki kellene tölteni. A gyógyszer-gazdaságossági törvény alapvetően a terhek újraelosztásáról szól, melyben megjelenik a házi és szakorvosi gyógyszerkeret is. Hiányzik belőle viszont az orvosok érdekeltté tétele, az ösztönzés az olcsó hatóanyagok felírására. Csupán szankciók lehetőségét tartalmazza, megfelelkezik a premizálásról, amely például a praxis bevételeit növelhetné. Pedig ezek az ösztönző, ám nem sok kiadással járó tényezők jelentősen növelhetnék a szakma elfogadóképességét, és általa a reform végrehajtásának hatékonyságát.

H A reformerek szerint a bevezetett és még várható intézkedések előbb-utóbb mérséklék, majd megszüntetik a paraszolvencia intézményét. Valóban várható ilyen hatás?

– A forgalomhoz képest a vizitdíjbevételek az alapellátásban és a szakrendelőkben lesznek jelentősebb mértékű. Éppen a kór-

házakban, ahol sokkal általánosabb (és lényegesen nagyobb mértékű) a hálapénz, mint az említett ellátási formákban, csekély, szinte elhanyagolható lesz az ápolási díjból származó bevétel. Várható, hogy az alap- és járóbeteg-szakellátásban a vizitdíj részben kiváltja majd a paraszolvenciát, ám a kórházakban erre nincs esély. Annál is inkább, mert egy aktív ágyon, pár napon át kezelt beteg ápolási díja alig lesz több ezer forintnál, ez az össze pedig össze sem hasonlítható azzal, amit adott esetben „hála jeléül” az orvos zsebébe csúsztat. Így nem érzi azt, hogy a díj kifizetésével „megváltotta” volna a paraszolvenciát.

H Ezek szerint csak a több-biztosítós rendszer lesz képes elnyomni a paraszolvencia intézményét? Akkor a beteg egyértelműen látja, érzékeli majd, hogy pénzért egy szolgáltatást vásárolt és nincs szüksége rá, hogy további juttatással vegye meg a szolgáltató jóindulatát. Lehet, hogy a magyar beteg még ekkor is indítatást érez majd a hálapénz adására?

– Hatvan éves rossz, kulturális beidegződéssel kell leszámolni. Az sem mindegy, hogy befizetett pénzért a beteg milyen szolgáltatást kap, mit várhat el érte és mit nem. A tervezett kórház- és orvosválasztási korlátozás, a várólisták csökkenthetik a hálapénz adásának esélyét.

LÓRÁNTH IDA

egészségügyi szakújságíró



Struktúraátalakítás Miskolcon

A struktúraátalakítás keretében a Diósgyőri Kórház - Rendelőintézetet a stroke ellátási központjává fejlesztik, így a neurológiai feladatokat városi szinten teljes egészében átveszi a Semmelweis kórháztól. A szülészeti osztály a Semmelweis kórháznak történő feladatátadással megszűnik, a jelenlegi 45-ből 40 ágyat a neurológiai osztályra csoportosítanak át, amelynek így 130 ágya lesz, a megmaradó öt ág pedig a rehabilitációs osztályra kerül, hasonlóan a megszűnő sebészet 32 ágához – amelyet szintén a Semmelweis kórház vesz át –, így a diósgyőri kórház rehabilitációs osztályának kapacitása a jelenlegi 20-ról 57 ágyra bővül. A járóbeteg-szakellátás keretében pedig hat ágygal egynapos sebészeti osztályt létesítenek. Ami a Semmelweis kórházat illeti, osztályösszevonás eredményeként a belgyógyászat jelenlegi 158 aktív ágya 148-ra csökken, a fennmaradó tíz hely átkerül a sebészetre, ahol ily módon 87 ágya lesz. Tízfel csökken a fül-orr-gégészeti osztály fekvőbeteg kapacitása, amelynek felét – 5 ágyat – a szűrőállomás járóbeteg óraszámára konvertálnak, ötöt pedig ápolási osztálynak adnak át. Az ideggyógyászat 50 ágya a feladat átadásával megszűnik, az így felszabaduló ágyak az sbo-ra, a szülészetre és az ápolási osztályra kerülnek. A pszichiátriai 75 ágából húsz ugyancsak az ápolási osztályra kerül. A Semmelweis kórházban 52 ágya ápolási osztályt alakítanak ki. A két kórház patológiai osztályait egy központtal összevonják. A kórházak strukturális átalakítása következtében az ágyak száma (aktív és krónikus) összesen tízzel csökken, alapvetően csak átcsoportosítások várhatók (89 ágya). Azzal, hogy a két kórház begogadóképessége lényegesen nem csökken, elkerülhetővé válik az egészségügyi dolgozók elbocsátása. Az átalakítás eredményeként Miskolcon létrejön az egészségügyi ellátás teljes vertikumát átfogó, egymásra épülő ellátási szisztéma, melynek alapja a szűrőállomás és a sürgősségi osztály. Az erre épülő koncentrált ellátást két irányban alakítják át. Egyik a neurológia-stroke a hozzá kapcsolódó rehabilitációval, a másik irány pedig az aktív ellátás központosítása a Semmelweis kórházban.

ÚJABB SZOBOR A DEOEC SZOBORPARKJÁBAN

Méltó emlék a múltnak

Dr. Sántha Kálmán (1903-1956) akadémikus egyetemi tanárra, az Idegklinika egykori igazgatójára, a Debreceni Tudományegyetem rektorára halálának 50. évfordulója alkalmából tudományos ülés keretében emlékeztek tisztelői, tanítványai és családja a DEOEC Neurológiai Klinikája tantermében december 7-én. Az emlékülést követően került sor mell-szobrának felavatására a DEOEC szoborparkjában.

Sántha Kálmán életútja: Nagybecsikereken született köztisztviselői családban. A Királyi Magyar Pázmány Péter Tudományegyetemen orvosi diplomát szerzett.

Az egyetem Elme- és Idegklinikáján dolgozott, 1929-től tanársegéd, 1934-ben idegrendszeri kutatásaival magántanári címet szerzett. 1936-tól a Rockefeller Alapítvány ösztöndíjával külföldön dolgozott. 1937-ben Debrecenbe költözött, az Ideg- és Elmekór-tani Klinikán 1939-ben nyilvános rendkívüli, majd 1941-ben rendes tanárként habilitált. A szovjet csapatok 1944. október 19-i bevonulása előtt az elmenekült dékán helyébe lépve átvette a kar irányítását. 1944. december 16-án Debrecen képviseletében ideiglenes nemzetgyűlési mandátumot kapott; az alakuló ülésen alelnökké választották.

Felesége, Majerszky Klára révén, aki egyetemista korában bekapcsolódott a debreceni baloldali értelmiségi-ifjúsági mozgalomba, majd 1945-ben belépett az MKP-be, kapcsolatba került a kommunista párt politikusaival, de ő maga nem lett párttag. Mivel ragaszkodott tudósi-polgári elveihez, hamar konfliktusba került az MKP vezetőivel; miután kiállt több professzor mellett, akiket aztán mégsem igazoltak, 1946. február 20-án lemondott a dékáni tisztségről.

1945-ben az MTA levelező, 1946-ban rendes tagjává választották, 1949-ben Kossuth-díjjal jutalmazták; a díjat felajánlotta a klinikának. Mind többször keveredett konfliktusba a hatalommal, lemondott a Magyar Tudományos Tá-

nács és a Magyar-Szovjet Művelődési Társaság tagságáról. 1949-ben nem újíttották meg felesége párttagságát. 1951. július 14-én kizárták az MTA-ból, majd 18-án eltávolították az egyetemről, és főorvosként Balassagyarmatra helyezték. Tanítványai többségének is távoznia kellett a klinikáról, felesége 1953-ig fél év kivételével nem kapott orvosi állást.

A Nagy Imre-kormány idején visszatérhetett a tudományos életbe, 1954-ben kinevezték az Ideggyógyászati Szemle főszerkesztőjévé. Rehabilitációs eljárás keretében 1956. május 24-én visszaadták akadémiai tagságát, de ezt nem fogadta el, mert nem kapott elégtételt a törvénytelen ségekért. 1956. augusztus 1-jén nyilvánosan rehabilitálták, szeptember 1-jével debreceni professzori állását is visszakapta, de azt súlyos betegsége miatt már nem tudta elfoglalni. Budapesten érte a halál.

Mellszobrának felállítását dr. Csiba László egyetemi tanár, a DEOEC Neurológiai Klinika igazgatója, dr. Sántháné dr. Majerszky Klára c. egyetemi tanár, valamint a Sántha Kálmán Alapítvány kezdeményezte. A szobor Marosits István Munkácsy díjas szobrászművész alkotása. A szoborpark létrehozásának megkezdéséről az elmúlt évben adtunk hírt. A szoborparkot a DEOEC főépülete előtt, a klinikák közötti parkban alakítjuk ki. Terveink szerint itt kapnak helyet az orvos- és egészség tudományok debreceni nagy személyiségei. Elsőként Tankó Béla, a Debreceni Orvostudományi Egyetem Biokémiai Tanszékének első igazgatója mell-szobrát helyeztük el. November elején dr. Krompecher István anatómus professzor szobrát avattuk fel.

DR. FUXREITER MARGIT

tanácsos, DEOEC



Martin Bartenstein osztrák gazdasági és munkaügyi miniszter, Danuta Hübner az EU regionális politikáért felelős biztosa és Fésüs László centrumelnök a Europes's 500 díjátadáson

Évértékelés 2006



A Kórház szaklap melléklete



NEM ZÖLDMEZŐS EGÉSZSÉGÜGYET TERVEZÜNK

Át kell térjünk az optimálisra

Ez a Karácsony a kórházügyben aggodalmak közepette érkezik, hiszen a tervek szerint közvetlenül az ünnep előtt szavaz az Országgyűlés a kórházi struktúrát jelentősen átrajzoló törvényről. A reformot irányító minisztert ebben a helyzetben a karácsony előtti meditáció helyett a tényekről, a várható intézkedésekről és azok hátteréről kérdeztük.

H *Molnár Lajos alig több mint fél éve miniszter, s elődeivel összehasonlítva az időegységre eső jogszabálykészítésben és bevezetésben abszolút listavezető. Miért kell ennyire sietni: reformfilozófia vagy a körülmények kényszerítő ereje hajtja?*

– Azért, mert sokáig nem csináltunk semmit. Az ellátórendszer feltételei romlanak: a beteg és az orvos egyre rosszabbul érzi magát, a költségvetés pedig már nem képes elviselni a többletterhetet. Ilyen hatalmas rendszer átalakításánál a kis lépések taktikája nem használható. Emlékezzünk, az Ellenzéki Kerekasztal milyen gyorsan döntött a rendszerváltásról, mert nem lehetett nyolcvan évig elhúzni. Bele kellett vágni, és még mindig csináljuk, az Országgyűlésnek azóta is van dolga. Nem jelenthettük ki: felváltjuk a tanácsi rendszert, de a többpártrendszert még nem, majd ha meglátjuk, hogyan működik az új önkormányzati rendszer. Vettünk egy nagy levegőt, és amit ötven évig

nem, vagy rosszul hajtottak végre, átalakítottuk. Keletkeztek-e ebből konfliktusok? Bizony keletkeztek! Voltak-e benne hibák? Persze, hogy voltak! Arra törekszünk, hogy ezeket korrigáljuk. Az egészségügy átalakítása folyamán sem lesz ez másként.

H *A kórházügy vezetői a reformmal általában egyetértenek, számos részletkérdést nem vitatnak – igaz, ezen ügyekben közvetlen érdekeltységük sincs.*

– De majd lesz, ha felismerik! Visszakérdeznék: a bankrendszer átalakítása ellen kik tiltakoztak a lehangosabban? Az MNB és az állami OTP vezetői, akikből aztán magánbankvezér lett. Nem hiszem, hogy bárki visszasírja az egybankrendszert, és az azzal járó 70 dolláros, háromévenkénti turistakeretet. Az országos intézetek igazgatói befektőkkel tárgyalnak, hogy a működtetésre társaságot hozzanak létre, miközben a médiában az egészségügy kiárusításáról beszélnek. Akkor ki is vezeti a boltot? – kérdelem én. Félreértés ne essék, én ezt nem negatívumként értékelem; állítsunk össze értelmes pénzügyi-működtetési konstrukciókat.

H *A befektető azonban mindenképp a bevételek után vizsgálódik...*

– Természetesen, előzetesen felméri, ki-re bízta a pénzt, majd a racionális felhasználásra törekszik. A pénzügyi befektető évente kétnullás milliárdra rúgó bevételre számíthat, emellett egy-egy

termékkörben akár egymilliárd forintot meghaladó beszerzésre, amelyet az intézmény nem közbeszeresztet. Erre a komoly befektető azt mondhatja: nocsak, itt lehet valami keresni valónk.

H *Az államháztartási konszolidáció egészségügyi ágazatra gyakorolt hatásáról érdeklődnénk.*

– A költségvetés tervezete alapján elmondhatom, hogy a gyógyító-megelőző kassza a korábbi éveknel jobb pozícióba került, mert a gyógyszerekre költhető forrás ezúttal nem az intézményi költségvetés kárára és a betegek zsebére emelkedik. A gyógyszerkasszát ideje volt megregulázni, jelen esetben a regulázás a már elfogadott gyógyszertervényt jelenti. A gyógyító-megelőző kassza felhasználási szabályai – az allokáció technikája – viszont módosulnak, alapvetően megváltoztatjuk a kapacitás-infrastruktúra-finanszírozás háromszöget; forrást nem vonunk ki, hanem igyekszünk azokat jobban elosztani. A legnagyobb problémát a konfrontáció és a kooperáció területén látom.

H *A struktúraváltoztatással párhuzamosan a finanszírozás érdemben javulhat?*

– Ahogy az új struktúra életbe lép, jelentős finanszírozási változásra is készülünk. A technikáról lehet majd szakmai vitákat folytatni, de az elveit ismerettem. Mi, akik a Kórház szaklap olvasói vagyunk, tudjuk igazán: ma három



beteg jó ellátásához négy beteget szükséges felvenni azért, hogy az intézmény megéljen. Pedig az lenne a kívánatos – és reményeink szerint a finanszírozás változása is ezt fogja eredményezni –, hogy három betegből éljen meg a kórház, ne kelljen ehhez egy negyediket is felvenni. További célunk, hogy a három betegből egyet járóbetegként érje meg ellátni. Ehhez azonban csökkenteni kell az aktív kapacitást, és jobban finanszírozni a valóban aktív kórházi ellátásra szoruló betegek ellátását, tehát emelni kell az egységdíjat. Amennyiben ésszerűen átáll erre a rendszer, több beteg jelenik majd meg a járóbeteg-ellátásban, ezért a volumenkorlátokat szükséges növelni. Úgy gondolom, e tekintetben teljes a közmegegyezés.

H De mi lesz addig?

– Nem kívánok mellébeszélni, addig ki kell bírni, és ez kétségkívül nehéz menedzsmenti feladat. Azonban úgy látom, a kórházvezetők megfelelően tudják kezelni a helyzetet; ezért minden elismerésem az övék. Annak ellenére, hogy közben hevesen tiltakoznak, és annyiban igazuk van, hogy nem a megszokott pénzmennyiség érkezik hozzájuk. Ezt elvonásként élik meg, pedig az elmúlt nyolc-kilenc hónap magasabb pénzkirámlása most egyenlítődik ki. Ha megnézzük a gyógyító-megelőző kassza év végi zárását, az utolsó negyedév és a jövő esztendő eleje valóban nagyon-nagyon kemény lesz. Azonban ez nem a reformnak, hanem a reform elhalasztásának az ára. Háromnegyed évig viszont iszonyú mennyiségű pénz áramlott ki, amiért persze nem tiltakozott senki. Miközben a kormány konvergencia programot hirdetett, az ágazatba tízmilliárd forint pluszforrás került: 3,5 milliárd finanszírozási technikával, 6,5 pedig pályázati forrásként. Utóbbira büszke vagyok, mert a pénzt tíz nap alatt kifizettük. A pályázat lezárásától számított kilencedik napon 5,9 milliárd forint – szerződés-kötéssel együtt – célba ért.

H Miniszter úr kórházigazgatóként is megélte, hogy a HBCS és a németpontonrendszer eltávolodni látszott a költségfedező elvtől. Kezdiünk ebből az irányból visszajönni?

– Igen, de hozzá tennék még valamit. Hogyan is távolodott el? Fogalmazzunk pontosabban, eltávolítottuk. Egyszer az egyik lobbis volt erősebb és eltérítette a finanszírozást, aztán egy újabb szakmai

érdekcsoport a másik irányba terelte. Ezt a területet valóban rendbe kell tenni, és mint az egészségügyért felelős vezető, erre jogosítvánnyal is rendelkezem.

H Miniszter Úr nem egyszerű feladatra vállalkozik: a negyvennél több alapszakvizsgás szakmának és még legalább kéttucat szuperspecialitásnak lobbis formában jelenik meg az érdekeltsége, amelyek között Önnek egyensúlyoznia kell.

– Mondok erre néhány példát. Mi – Európában példátlan módon – öt darab IVF-et (lombikbébi eljárást) finanszírozunk szakmai protokoll nélkül, húsz- és ötvenéveseknek egyaránt. A kontinensünk más országai egy vagy két próbálkozást finanszíroznak, pedig a népesebbi viszonyok mássutt (például Németországban vagy Franciaországban) sem fényesek. Ezen technikák bevezetésükkor tizenöt-húsz százalékos sikerrel jártak, emiatt finanszíroztak öt alkalmat. Az eltelt egy évtized alatt az elérhető eredményesség negyven százalék fölé került. Ezért ma öt beavatkozást finanszírozva szakmailag arra buzdítja az orvosokat, ne legyenek erősen megfontoltak és tökéletesek. Eppen ezért kell atgondolni a finanszírozást. Az IVF átalakítása nem történhet szakmai konszenzus mentén, hiszen a szakma ellenérdekelt abban, hogy csökkenjen a tb-finanszírozott beavatkozások száma.

H A IVF egy a speciális területek között. Említene példát a népbetegségek közül is?

– Fellelhetők szakmai eltérítő irányok a csontritkulás kezelése esetében is. A csontritkulás hazánkban alkalmazott metodikáját egyébként az európai országok döntő többségében nem is ismer-

rik el vizsgálatként. Az is meglepő, ha a beteg a hatóanyagot nem tablettában kívánja beszedni, akkor társadalombiztosítási támogatással rendelhető számára tapasz, illetve orrspray is. Az efféle kérdésekben nem lehet szakmai konszenzusra jutni, ilyen esetben az európai gyakorlat lehet irányadó, és ha szükséges, akár a szakmával szemben is állást kell foglalnunk. Az európai gyakorlattól vagy a racionalitástól eltérő többletfinanszírozás ugyanakkor a szükségeset is bőségesen finanszírozza. Ez a reform arról is szól, hogy a maximálisról átterjünk az optimálisra. Ez



Dr. Molnár Lajos

egy nehéz feladat. Időnként emelést, de gyakrabban csökkenést von maga után.

H A finanszírozásában számos aránytalanság mutatható ki, különösen egyes a gyermekellátások esetében.

– Munkatársaim megvizsgálták és kimutatták, a felnőttkori csont-transzplantációkat idehaza drágábban végesszük, mint Ausztriában. Ezek szerint jobban járnánk, ha a felnőtt betegeket a Wiener Walzerrel kiküldenénk Bécsbe? Ezzel szemben a gyermek csont-transzplantációkért kevesebbet fizetünk,

mint indokolt lenne. A fent említett változásokkal ezt is rendeznünk kell, de csak az arányokon változtatunk, egy forintot sem elvéve.

H *Miniszter úr idejében a lobbizás...*

– ...a nullára csökkent, teljesen megszűnt.

H *Egy számsort mégis mondanék: 48-51-31-39.*

– Ez a van sapka, nincs sapka esete. Először azt hallottuk vissza, nem egyeztetünk. Minden szereplővel egyeztetünk, csak félreértették, mert a meg egyezés szóval keverték össze. Egyetértés valóban kevés témában született, de egyeztetés volt bőven.

H *Tájékoztató jellegű „egyeztetés” valóban volt.*

– A realitást tessenek figyelembe venni: nincs egyedüli üdvözítő út. Mi az 51-es listán dolgoztunk, és ehhez minden intézményből még a kilincseket is számba vettük. Egy közismert emberekből álló csapat már júliusban elkezdett a kórházlistán dolgozni, és tiszteletre méltó munkát végeztek. A svéd törvényeknek megfelelően, hogy biztosítsuk a szakértői munka pártatlanságát, befolyásmentességét, kimondtuk, ez a bizottság nem nyilvános. Egyszer kormányülésen hirtelen felindulásomban majdnem elárultam a névsort, hogy értesék meg, ezt a munkát nem akarják végzetni. De azt se felejtsük el, nem elég kitalálnunk törvényeket, a 194 igen szavazat érdekében a képviselőket is meg kell győznünk, hogy a reform ne csak álom, hanem realitás lehessen. A listákról óriási viták zajlottak a kormányülésen, a parlamenti vita még hátra van, de a kórházlistán már az Egészségügyi Bizottság is módosított. Nincsenek elvtelen kompromisszumok, szakmailag az összes kiemelt kórház kiválasztását meg lehet védeni.

H *A kórház törvény tervezetének korábbi fázisában hallani lehetett olyan intézményekről, amelyekben az aktív kapacitás teljes mértékben megszűnik. Ez a végső változtatban már nem jelenik meg.*

– Az eltervezett kapacitásokat és az ehhez rendelt forrásokat racionálisan kell elosztani. Nyilvánvaló, hogy ez a folyamat a sajtóban nagy viharokat kavart, miközben rendkívül értelmes szakmai munka vette kezdetét megyei és városi önkormányzatok között. Arra a hírre,

hogy az átalakítás valóban lezajlik, olyan egyeztetések és megállapodások születtek meg, amelyek már tíz éve vártak magukra. Ez önmagában óriási eredmény, hiszen régóta közismert például, hogy a fővárosban át kell szervezni a kórházi gyermekellátást.

H *A szakértő a régiók felé a javaslattal fog élni a kapacitások elosztása érdekében?*

– A minisztérium a négy hónapos szakértői munka alapján valóban ajánlatot tesz majd, amelyben minden kórház kap valamilyen szerepet. Egyes intézmények esetében javaslatunk szerint aktív ellátás egyáltalán nem lesz, helyette végezhetnek rehabilitációt, diagnosztikát, nappali ellátást, sebészeti tevékenységet – de csak egy napost és ambulánst. Ettől bizonyos fokig el lehet majd térni. Ezeknek a megváltozott feladatú kórházaknak prioritása lesz az Új Magyarország Fejlesztési Tervben. A fejlesztésekről a döntést a minisztérium – a szakmai koordináción kívül – leadja a régiókba, és a forrásokról helyben fognak dönteni. Ott, ahol ez szakmai, közlekedési, strukturális és számtalan más szempontból adódóan indokolt, speciális finanszírozási technikákkal is segítjük az átalakult működést. Ugyanis nem zöldmezős egészségügyet tervezünk, hanem egy kialakult rendszert igyekszünk átalakítani. Természetesen nem körzővel, mert az ország nem négyzet alakú és a kórházak sem a metézsímpontokban helyezkednek el.

H *A rendező elvet több tucat szakmai paraméter alakítja ki. Néhány kórház igazgatója mégis úgy érzi, megfelelnek minden kritériumnak, mégsem kerültek a kiemelt közé.*

– Körömszakadtáig harcoltam az ózdi kórházért, mert tudom hol fekszik, hogyan épült le az ipara, milyen a szociológiai összetétele, milyenek ott a jövedelmi viszonyok, és tisztában vagyok azzal, hogy még egy vasúti jegy ára is megterhelő lehet, és egy napig tart, amíg a miskolci kórházig 38 kilométerre elvonatoznak. Sokan támadták a fehérgyarmati kórházat is. Tessék megnézni a térképet! Az intézmény azon a beregi részen fekszik, ahol szintén ismerjük a munkanélküliségi, a jövedelmi és más szociológiai adatokat, és tudom, ott van a mátészalkai kórház, amelynek CT-je, baleseti osztálya van, és számos szempontból racionálisabb. Ha nem lesz kiemelt a kórház, még nem azt jelenti,

A sürgősségi radiológia gyors PACS-rendszert igényel

A vizsgálatok alapján a sürgősségi osztályokon dolgozó orvosok arra használják a PACS-rendszereket, hogy a diagnosztikai képeket a radiológusok előtt vagy velük egy időben nézzék meg. Az idei chicagói RSNA-n bemutatott tanulmány szerint ennek következtében kommunikációs problémák jöhetnek létre, illetve véleményeltérések alakulhatnak ki. A tanulmányt prezentáló Christopher Toland, a University of Maryland orvosi központjának munkatársa szerint a sürgősségi területen a minőségi szolgáltatás többszörös rendszereket igényel. A tanulmány megpróbálta meghatározni, hogy a sürgősségi osztályon mi az a minimális idő, ami alatt a hatékony kezelés érdekében a képek mellett a leletnek is el kell készülnie. Toland szerint, ha a sürgősségi osztályon megbízható diagnosztikai eredményekre van szükségünk, az egymás mellett működő rendszerekkel felgyorsíthatjuk a foszforlemez kiolvasóról történő azonnali leletezést, sőt olyan modalitások gyors leletezését is el lehet végezni, például CT-felvetelek esetében, amelyek a sürgősségi orvosok gyakorlati működési területén kívül esnek. Néhány technológiai újítás, például a beszédfelismerő rendszer, a háromdimenziós feladatok automatikus utófeldolgozása, illetve a döntéstámogató CAD-rendszerek, segíthetnek a leletezés sebességének növelésében a sürgősségi osztályokon.

Egyetlen dobbanás alatt teljes szívkepalkotás a 256-szeletes CT-vel

Egy kisebb indikatív vizsgálat eredményei „bizakodásra adnak okot” a 256-szeletes CT-berendezés egyetlen szívdobbanás alatt, a koszorús ér és kardiológiai funkció vizsgálatában történő alkalmazhatóságára vonatkozóan. A japán Ehime Egyetem kutatói által az elmúlt hónapban Chicagóban bemutatott tanulmány szerint az elmúlt években a CT-angiográfia a szív- és érrendszeri betegségek közkedvelt non-invazív diagnosztikai eszközzé vált. A kutatók szerint a CT-vizsgálat kiváló eszköz a koszorús ér vizsgálata mellett a miokardiális perfúzió, a kardiológiai funkciók és miokardiális iszkémia vizsgálatára. A kutatócsoport vezetője dr. Akira Kurata szerint a 256-szeletes CT ígéretes eszköz a következő generációs kardiológiai képalkotáshoz.

Forrás: www.auntminnie.com

A KÉPALKOTÁS ROVAT TÁMOGATÓJA:





hogy nem működhet tovább. Tudatos félvezetés történt, mert egyesek ilyen látszatot próbáltak kelteni. A RET-ekben személyesen fogok küzdeni, hogy mondjuk a mátészalkai kórházban a CT-től a baleseti sebészetig, minden működjön. Mindössze azt nem szeretjük volna megengedni, hogy az erősebb vagy jobban felszerelt intézmény jogán olyan védtelen területektől vegyenek el ágyakat, ahol a morbiditási-mortalitási adatok sokkal rosszabbak. Ugyanezért maradt a körben Ózd, pedig jelenlegi fejlettsége miatt nem lenne indokolt. Az egyetemek vagy a nagy megyei kórházak érdekérvényesítő képessége jóval nagyobb, mint egy kiskórházé. A helyi igényeket nyomatékkel kívántuk figyelembe venni, ezért a területi felosztás nem homogén, vonalzóval szabott zsinórmérték alapján alakul ki. A helyi lobbierdekek miatt tovább alakult a lista, de a lobbierdekek ebben esetben kizárólag szakmai érvekkel érhetett cél. És azt se felejtjük el, hogy huszonegy kistérség milliárdos nagyságrendű beruházásra kap kiemelt támogatást, amelyből az alapellátási ügyeletet, a laboratóriumot és a diagnosztikát hozhatják létre, mentőáthelyezést hajthatnak végre, hogy ne kelljen minden szolgáltatásért a megyei kórházig utazni.

H Lesz-e kórházbezárás?

– Az országos intézeteket mindenképpen át kell szabni. A Kormány a saját hatáskörében lévő intézmények esetében jelentős ágyszám csökkentést hajt végre. Ugyanis megváltozott a világ, a százéves intézmények a jelen kor elvárásainak már nem felelnek meg. Azonban léteznek olyan kórházban is sziget-szerűen fellelhető szakmai értékek, ahol az intézményre mint aktív kórházra már nincs szükség. Egy-egy csapat, klinikum, iskola, kiváló osztály, nagy egyéniség olyan értéket képvisel, amelyet meg kell menteni. Ennek technikáján is dolgozunk.

H A hasonló problémákkal küszködő környező országok – nem csak a volt szocialisták, hanem Ausztria és Németország is – a szomszédos intézmények összevonását kezdeményezték; ez által talán szervezettebb átalakulást hajtottak végre.

– Nem titok, mi is javasoltuk ezt a lehetőséget, emellett ez irányú spontán folyamatok is zajlanak. Hatvan-Gyöngös-Eger ragyogóan megegyeznek, hogy az egyes osztályokat melyik intéz-

mény vigye tovább. Ugyanerre bízatom Kerepestarcsát és a Szent Rókus Kórházat is. Hozzanak létre konzorciális szerződést, hiszen a törvényben is szerepel: előnyben részesülnek a több önkormányzati tulajdonos, netán orvosok – sajnálom, hogy ez utóbbira kevesen figyeltek fel –, bevonásával alapított társaságok. Éppen ez a törvény egyik kiemelt célja, hogy az egészségügyi szolgáltatók ne egymástól elszigetelve működjenek.

H A német kórház törvény a súlyponti kórházak mellett megkülönböztet még „maximális ellátást nyújtó”, továbbá „alap- és szakkórházi” szolgáltatót nyújtó intézményeket.

– Az általunk alaposan ismert és tanulmányozott német kórház törvény számos elemét alkalmazzuk, például a három, illetve a hat órán belül mozgósítható katasztrófa ügyeletet. Hiszen nincs új a nap alatt. Természetesen ugyanazt a struktúrát teljes mértékben nem lehet leképezni, a területi és gazdasági fejlettségi különbségeink miatt.

H Akkor ez egyben a katasztrófa-ellátás bázisát képező sürgősségi ellátó rendszer fejlesztését is jelenti.

– Eddig a sürgősségi ellátás fejlesztésére kormányonként – vagy akár évenként – változó címezett támogatási rendszerek szolgáltak, szinte véletlenszerű területi elosztás szerint. Ezen a területen tényleg lobbizás folyt: ha az egyik kormány az utolsó évében be akart zárni egy kórházat, a másik mindjárt a ciklus elején adott három milliárd forintot rekonstrukcióra. A jelenlegi támogatási rendszer az Új Magyarország Fejlesztési Tervvel teljes összhangban van.

H A megvalósítás menedzsmentje sokat ronthat vagy javíthat az eltervezett átalakításon. Milyen szervezetekkel, és mekkora forrásból fog ez megtörténni?

– A minisztérium megbízásából szakértői csapatok működnek majd közre, továbbá az OEP adatbázisából nyert adatok a helyi MEP-ekből szervezett csoport rendelkezésére állnak. Örömmel látjuk, hogy a törvényt még el sem fogadták, máris megindult a munka minden régióban – néhol inspirációra, más-
hol külső támogatás nélkül, számos helyen tanácsadó cégek bevonásával. A tulajdonos önkormányzatokat tartom a fő felelősöknek, hiszen – az ágykihasználástól a case-mix indexig – minden

információval helyben rendelkeznek. Szervezett, támogató segítséget fogunk nyújtani, szakértőink mediátorként jelen lesznek a vertikális és horizontális – területi és szakmai – egyeztetéseken és adatokkal, mediálással segítik a konszenzus kialakítását. Minden régióba magam is legalább egyszer személyesen is el kívánok menni.

H Milyen jövőképet vázolna fel az egészségügyben dolgozó szakemberek számára?

– Ebben az évben alapvetően megteremtjük a korszerű szabályozást, amely minden szereplőre megváltozott magatartást kényszerít: a betegre, a szakmákra, a kórházakra, az ÁNTSZ-re, az OEP-re, a patika tulajdonosokra, a gyógyszergyártókra és a -fogyasztókra, de az államra is. A jövő esztendő a tanulási és az adaptációé – ez lesz a legfájdalmasabb. Aki a régi szabályok szerint mozog, az állandóan koppanni fog, és persze kiabálni is, mert ott, ahol eddig ajtó volt, most ablak van, de ahol nem volt ajtó, ott most ajtót nyitunk. Minden szereplőnek el kell sajátítania az új rendszert, márpedig a magatartás változás a legnehezebb. Biztos vagyok benne, ha ezen túljutunk, 2008-tól az új szabályhoz alkalmazkodók kifejezetten jobban kell érezzék magukat. Finom balanszírozások a későbbiekben is várhatók, mert a kisebb alrendszeren még igazítunk. Egyetlen nagyobb feladat marad, a finanszírozás biztosításának új modelljét kell megalkotni. A fejlesztés viszont ebben az évben véglegesen eldőlt. Az Új Magyarország Nemzeti Fejlesztési Terv – az egészségügy vonatkozásában – beépült a kórház törvénybe, a források eldőlnének, mert Brüsszel az év végén jóváhagyja. Az eddig elvégzett munka nehéz volt mindenkinek, és hasonló lesz a jövő esztendei is. Köszönet illeti a szereplők döntő többségét. Természetes, hogy időnként érzékenyen reagálunk a gyors változásra. Ahol gondok merültek fel, hárman segítettek azt megoldani. Az ünnepekre és azután is, kevesebb indulatot és több együttműködést kérek az olvasóktól, és ezt vállalom a magam részéről is.

DR. SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő

A TÖBB PÉNZ ÖNMAGÁBAN NEM ELÉG

Jön a reform neheze

- A jövőben is 1050 milliárd forint áll a gyógyító-megelőző ellátások rendelkezésére. Ezt az összeget viszont már egy átalakított, némileg szűkebb és más összetételű ellátórendszer használja fel - nyilatkozta lapunknak dr. Draskovics Tibor kormánybiztos, az Államreform Bizottság alelnöke, akivel a kormányzat egészségügygel kapcsolatos céljairól beszélgettünk.

H Kormánybiztos úr, milyen céllal hozták létre az Államreform Bizottságot?

- Amikor a miniszterelnök és a mögötte álló politikai erők elszánták magukat arra, hogy az ország 16 év után komoly reformokat kezdjen a közszolgáltatásokban, az is megfogalmazódott, hogy ez a cél akkor érhető el, ha létezik a kormányon belül egy olyan szervezet, amely e reformfolyamat céljainak kitűzésében és szervezésében érdekelt. Olyan szervezetre van szükség, amelynek ez a fő feladata, nem terhelik napi ügyek, vagy más, a reformmal részben ellentmondásban lévő feladatok. Ebből az is következik, hogy az Államreform Bizottság, illetve annak titkársága nem a tárcák helyett dolgozik, hiszen a tudás és végrehajtási kapacitás elsősorban a minisztériumoknál található meg.

Az Államreform Bizottság és az egészségügy

H Akkor Önök mivel foglalkoznak?

- Kezdeményezéseket teszünk és projektmenedzsmentet végzünk. A miniszterelnök tudatosan állított elő egyfajta versengést az Államreform Bizottság és a minisztériumok között,

hogy így összességében nagyobb teljesítményre legyen képes az államapparátus. Az élet azt igazolta, hogy az illetékes miniszter és az Államreform Bizottság egyaránt törekszik az egyes ügyek megoldására. A hivatali egység létszáma nagyon kicsi, ám számos külső szakértővel dolgozunk, akik elsősorban az akadémiai világból és az üzleti életből érkeznek, de együttműködünk a minisztériumi szakértőkkel is.

H Milyen az együttműködés a tárcákkal?

- Természetesen sokat vitázunk a tárcákkal, és ők is sokat vitáznak velünk. Az viszont kifejezetten használ a reform-

folyamatnak, ha a kormány nem csak egy nézőpontból származó elemzéseket, javaslatokat kap. Ha vita van, akkor elsősorban arról van szó, hogy ugyanazt a problémát más oldalról közelítik meg a különböző szakértők.

H Milyen alapkérdésekkel szembesülnek az egészségügygel kapcsolatban?

- Több kérdés is azzal függ össze, hogy mennyi pénz van, mennyi pénz lesz az egészségügyre, és mindez hogyan függ össze a reformokkal. A reformokkal kapcsolatban létezik az egészségügyben egy közkeletű félreértés, mely szerint a reform arról szólna, hogy a gyógyításból a kormányzat pénzt szeretne kivonni. Ilyen szándék nem létezik. Az igaz, hogy a gyógyszerártamogatásból szeretnénk pénzt kivenni, de a gyógyításból egyáltalán nem. A magyar egészségügygel kapcsolatban az a célunk, hogy az ország lehetőségeihez mérten óriási pénzeket jobban tudjuk felhasználni, hogy több eredmény, több gyógyulás, több egészségnyereség legyen belőle. Mindenféle átalakítás azt a célt szolgálja, hogy ehhez jobb feltételeket teremtsünk.

Jobb feltételek?

H Milyen célok mozgatják Önöket?

- Ezeket a lépéseket azért kell megtenni, mert ma joggal elégedetlen a beteg, az orvos, a nővér, és a politikus is azzal, amilyen szolgáltatásokat az egészségügy összességében nyújtani képes. Ebben a kritikában benne foglaltatik a legmagasabb szakmai színvonal, a kiváló komfort és a legnagyobb empátiával végzett ápolás, de a sokszor



Dr. Draskovics Tibor



nem kielégítő színvonal, a differenciált, igazságtalan hozzáférés és a hiányzó komfort is. Összességében az elégedetlenség kerekedik felül. Tudomásul kell venni ugyanakkor, hogy nem lesz több pénzünk az egészségügyre.

H *Miért nem szánnak többet rá?*

– Az elmúlt időszak azt bizonyította, hogy több pénzzel önmagában nem tudjuk javítani az ellátás színvonalát, hiszen az elmúlt években jelentős többletpénz áramlott az egészségügybe, de nem következett be igazi változás. Ezért most a meglévő pénzt szeretnénk jobban, hatékonyabban felhasználni úgy, hogy közben az egészségügy fejlesztési területén a korábbihoz képest lényegesen több pénz áll rendelkezésre.

H *Milyen fejlesztési célokat fogalmaznak meg?*

– Régebben a mindenkori költségvetési lehetőségektől és politikai szándékoktól függően hol több, hol kevesebb fejlesztési pénz állt rendelkezésre. Ezeket különböző csatornákon, vitatható összehangoltsággal és szakmai célok mentén, sokszor szakmailag indokolatlanul költöttük fejlesztésre. A címzett támogatási rendszerben sok esetben helyes fejlesztéseket végeztek, de volt olyan is, amelyeket más szempontok motiváltak.

H *Mi az elképzelésük az uniós forrásokkal kapcsolatban?*

– Az uniós fejlesztési pénzek a következő hét évben kiszámíthatóan érkeznek, és világos kritériumrendszer alapján, átlátható mechanizmusok segítségével kerülnek elosztásra.

Átalakítás a fejlesztések érdekében

H *Hogyan függ össze az uniós fejlesztési pénz az egészségügy átalakításával?*

– Vétek lenne a következő hét évben az egészségügy fejlesztésére fordítható mintegy 400 milliárd forintot egy kedvezőtlen, vagy nem kellően hatékony struktúrába ölni. Óriási hiba lenne szűkésztelen, a megnyitást követően csak jelentős költségekkel működtethető intézményeket létrehozni, mielőtt meghatározzuk, hogy valójában mire és milyen mértékben van szükség. Tehát az egészségügyben kettős nyomás érvényesül: egyrészt javítani szeretnénk a színvonalat, de nincs rá több pénzünk, másrészt

hirtelen sok pénzünk lesz az egészségügy fejlesztésére.

H *Alakítsuk át a rendszert hatékonyabbá, hogy fogadni tudja a fejlesztéseket?*

– Pontosan. Mindkét cél egy irányba mutat. Önmagában forrásbővülés attól, hogy ezeket a határozott lépéseket végrehajjtuk, nem lesz, hiszen a jövőben is 1050 milliárd forint lesz a gyógyító-megelőző ellátások finanszírozására. Ezt az összeget viszont már egy átalakított, némileg szűkebb és más összetételű ellátórendszer használja fel. Ennek az lesz az eredménye, hogy növekedni fog az egy beavatkozásra jutó ráfordítás összege és az egy kórház által felhasználható összeg is.

H *Mikortól?*

– Félreértés ne essék, nem 2007 márciusától. Legalább egy esztendő kell ahhoz, hogy a finanszírozás megszabaduljon az érintettek által feleslegesnek ítélt, vagy átalakításra szánt kórházak fix költségeitől, hiszen később ezeket tudjuk a meglévő intézmények finanszírozására felhasználni. Makroszinten tehát nem lesz több pénz, ám az egyes intézmények számára nőhet a finanszírozás. Természetesen ez azon is múlik, hogy az intézmények a maguk háza táján elkezdik-e a mikroszintű ésszerűsítést, az üzemgazdasági követelmények bevezetését, amely mellett a meglévő forrásokból több és jobb ellátást tudnak biztosítani a betegeknek.

Változások

H *Milyen alapvető változásokra számíthat a magyar kórházügy?*

– A reformnak vannak látványos elemei, például a vizitdíj bevezetése, és a betegek által teljesítendő más fizetési kötelezettségek. De nagyon fontosak a kevésbé látványos elképzelések, amelyek az intézmények működését akarják átalakítani. Ezeknek fő célja, hogy lényegében gazdasági társaság módjára működjenek az intézmények. Olyan számvitelt kell folytatniuk, mint a gazdasági társaságoknak. Transzparens módon kell kimutatni a bevételeiket, a kiadásait, és az intézményen belül olyan kontrolling rendszereket kell használniuk, amelyek a költségeket azok felmerülése helyén mutatja be és hozzákötethetővé teszi a szolgáltatáshoz.

H *Cégszerűen működő kórházakat szeretnénk?*

– Azt szeretnénk, hogy a gazdasági társaságokhoz hasonló irányítás működjön a kórházakban, azaz teljes anyagi felelősséget viselő igazgatóság álljon az intézmények élén, és az orvosi, az egészségügyi, a menedzseri és a gazdálkodási szakértelem egészséges összetételben legyen jelen. Ebbe a körbe tartozik az a cél is, hogy minden kórháznak könyvvizsgálót kell választani, a meggyőző és hiteles adatok megeremtése érdekében. Ezzel függ össze az a szabály is, ami egy számlához hasonló dokumentum előállítását teszi szükségesé. A nyújtott szolgáltatás – idézőjelben említett – árát fel kell tüntetni a páciensnek adott dokumentumon, hogy világosan lehessen látni, mit és milyen költséggel nyújtott az intézmény. Ezekre a lépésekre azért is szükség van, hogy végre tiszta vizet tudjunk önteni a pohárba: valóban van-e, és ha van, milyen mértékű az OEP-nek nyújtott statisztikákban a manipuláció, amellyel ugyan tele van a sajtó, de valóságos képe erről senkinek sincs.

H *Nem kellene előbb létrehozni a valódi társadalombiztosítási rendszert?*

– Ha valódi biztosítási rendszert szeretnénk, az egészségügyi változtatások mellett az ellátó biztosítási rendszer megerősítése megköveteli, hogy egyrészt az állam, amely részese a kötelező biztosításnak, tegyen eleget kötelezettségeinek, másrészt viszont a biztosítottak nevében szolgáltatást vásárló pénztár is naprakészen tisztában lehessen azzal, hogy mennyi és pontosan milyen szolgáltatást kapnak a betegek.

OEP és biztosítás

H *Jól értjük a Világ gazdaság Konferenciáján elhangzott előadását alapján, hogy ön a kötelező társadalombiztosítás mellett áll?*

– A kötelező társadalombiztosítás, és az ebből finanszírozott egészségügy nem kérdéses, úgy gondolom, hogy a koalíciós pártok között sem az. Ettől függetlenül az kérdés, hogy ezt egyetlen OEP-en vagy több biztosítón keresztül végezzük-e. A kormányoldalon nem látok olyan szereplőt, aki ne ezekből a premisszákból indulna ki. Inkább azon folyik a vita, hogy a közfinanszírozást hány intézményen, milyen intézményeken keresztül oldjuk meg. 2007 egyik legnagyobb feladata az OEP-ből biztosítót faragni. Még akkor is, ha saját kategóriájában nem

lesz konkurensa. Ráadásul csak akkor van értelme, hogy legyen versenytársa, ha ez vagy a betegeknek, vagy az adófizetőknek, előnyös esetben mindkét csoportnak jobb. Akkor bevezetjük a több biztosítós rendszert, egyébként nem.

H *Hogyan változhat a költségvetés és a társadalombiztosítási kassza kapcsolata?*

– A biztosítás és biztosító szempontjából az a kulcskérdés, hogy milyen erős szálak fűzik, illetve milyen vastag és magas falak zárják el a költségvetés többi részétől. Ha biztosításról van szó, akkor a szolgáltatás és a befizetések között szigorú logika és egyensúly érvényesül. Ebbe beletartozik az is, hogy bizonyos jogosultak után a költségvetés fizet, bizonyos szolgáltatásokat a költségvetés finanszíroz. Egyébként nincs átjárás a költségvetés és a biztosítási kassza között, és az az intézmény, amely a kassza működtetésével foglalkozik, nem a költségvetésből szív el forrásokat, hanem úgy alakítja működési költségeit, hogy az a kassza egésze szempontjából optimális legyen.

Protokollok és hozadékok

H *Milyen állami kötelezettségeket tart fontosnak?*

– Az állam igazi kötelezettsége az egészségügyben is, hogy garantált, jól definiált szolgáltatási szintet produkáljon azoknak, akik erre jogosultak. A szabályozásnak arra kellene irányulnia, hogy a beteg megkapja, ami jár neki, sőt, egyáltalán tudjuk, mi jár neki. Protokollokat, nem is csak szakmai, hanem szakmai és finanszírozási protokollokat kell megvalósítani, hiszen ezzel hozzuk létre azokat az iránymutatásokat, összehasonlítási alapot, ami alapján meg lehet ítélni, hogy a nyújtott szolgáltatás a szakmai követelményeknek megfelel, és költséghatékonye. Persze, nem a gazdasági szakembereknek kell megmondania, hogyan kell gyógyítani. Ám mivel véges erőforrások felhasználásával tudunk gyógyítani, óriási közérdek fűződik annak költséghatékonyaságához. Megfelelő protokollok hiányában ez nem ítélni meg. Az is nyilvánvaló, hogy az élet nagyon sok helyzetben követel majd meg a protokolloktól való eltérést, ám ha ez az eltérés dokumentálhatóan történik, azt a biztosító bizonyosan el fogja ismerni.



PÁLYAKÉP

Draskovics Tibor 1979-ben végaz az ELTE Jogtudományi Karán. A diploma megszerzése után a Pénzügyminisztériumban dolgozik, 1988-tól jogi főosztályvezetőként, majd 1990–1991-ben helyettes államtitkárként. 1991-től az Arthur Andersen könyvvizsgáló cég adó-tanácsadási igazgatója, majd a Concordia Biztosítási Bróker Kft. vezérigazgatója. 1994 és 1998 között a Pénzügyminisztérium közigazgatási államtitkára. 1999-től az ABN-AMRO Bank Rt. vezérigazgató-helyettese, illetve vezérigazgatója, majd a Kereskedelmi és Hitelbank Rt. igazgatóságának tagja, 2001-ig vezérigazgató-helyettese. 2002 nyaratól Medgyessy Péter miniszterelnök kabinetfőnöke, majd 2004-2005-ben pénzügyminiszter. Jelenleg a Magyar Villamos Művek Zrt. Igazgatóságának elnöke és az Államreform Bizottság alelnöke. Nős, három gyermeke van.

H *Hogyan illeszkednek ebbe a vízióba az új orvosi technológiák és az innovatív gyógyszerek?*

– Úgy érzem, és inkább érzem, mint tudom: mintha a technológiai fejlődés hatása – legyen szó az orvosi technológiáról vagy a gyógyszerekről – nem látszódnék. A költségekben persze látszódnak, ám az eredményekben nem. Ettől van az a félelme a finanszírozással foglalkozóknak, hogy ha bejön egy új technológia, az keresletet támaszt, de nem vált ki más ráfordítást, hanem hozzáadódik a meglévőhöz, és újabb, nehezen kezelhető finanszírozási feszültséget okoz. Ha alkalmazok egy drága diagnosztikai módszert vagy beavatkozást, akkor pozitív végeredménynek kellene jönnie, ám az nem látszik a rendszer egészében. Figyelembe véve az egészségügy sajátosságait, azt, hogy a haszon egy része nem a rendszeren belül keletkezik, új technológiák esetében is gazdaságossági számításra kell végezni, ugyanúgy, mint minden más befektetés előtt. Ha a ráfordítás megtérül és pozitív hozadék van, akkor működtetni kell a technológiát.

Megvalósítás

H *Hogyan fogják ezeket a változásokat megvalósítani?*

– Meggyőződésem, hogy most jön a reform neheze. Nem könnyű a változtatásokat részletesen kidolgozni és tör-

vénybe foglalni, de azért időben és intellektuálisan is megragadható és elvégezhető méretű feladat. Ám egy ekkora méretű, bonyolult rendszert működése közben átalakítani nehéz. Ebben a munkában az Államreform Bizottság jobban háttérbe vonul, mint korábban. A változtatások végrehajtása alapvetően az Egészségügyi Minisztérium, az OEP és a fenntartó önkormányzatok feladata lesz. Mi a végrehajtási szabályok kimunkálásában veszünk részt. Ám, ami ennél fontosabb, az az érintettek részvétele a végrehajtási szabályok kialakításában és a végrehajtás folyamatában is.

H *Ennek elérése nem tartozik a legkönnyebb feladatok közé.*

– Tudom, hogy ez nehéz lesz, mert az érintettek a változások sok elemét vitatják. Tudom, hogy nincsenek általában véve kórházak és orvosok. Különböző intézmények, különböző érdekű orvosok és egészségügyi dolgozók léteznek. Ám több szakmai konferencián részt véve mostanában az a benyomásom, hogy a többség a változások irányával egyetért, de ez nem jelenti azt, hogy minden részlettel egyetértenek. A végrehajtásba azokat is meg kell próbálni bevonni, akik nem igazán értenek egyet, mert a változásnak ők is részesei kell, hogy legyenek.

H *Hibás működés esetén hajlandóak lesznek önkritikát gyakorolni?*

– A folyamatnak nyitottnak és korrekcióra is késznek kell lennie, ha kiderülne, hogy valami nem működőképes. De az esetleges korrekció, az érintettek részvétele a végrehajtásban, nem vezethet az átalakítás elhúzódsához, mert az azt jelenti, hogy tovább kell fenntartani azokat a nyilvánvalóan adminisztratív és kevésbé hatásos megoldásokat, mint a teljesítményvolumenkorlát. Egy ennél természetesebb, az intézményi működéshez jobban illeszkedő mechanizmust kell kialakítani. Rövid távon pedig a kapacitások szűkítése és a kereslet – vizitdíjon keresztül történő – korlátozása teheti lehetővé, hogy a költségvetési intézmények el tudják látni feladataikat.

DR. SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



Legyen 2007 az oldódás éve

Két héttel Karácsony előtt, december 7-én beszélgetünk dr. Fésüs László akadémikus, egyetemi tanárral, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának (DEOEC) elnökével. Emelkedett pillanatokot követő délután beszélgetünk, ma volt Sántha Kálmán akadémikus, a modern idegsebészet egyik megalapítójának szoboravatása és az ahhoz kapcsolódó tudományos rendezvény.

H Elnök Úr, mit üzen Sántha Kálmán a ma élő orvosoknak és tudósoknak?

– A karriert, címeket, rangokat és a kitüntetéseket ma sokan életük fő céljának tekintik. Sántha Kálmán élete az önzetlen orvosi munka, a betegekért való áldozatvállalás és a komplex, modern orvostudományi megközelítés egysége, harmóniája. Az ezen a meggyőződésen alapuló hitvallásnak az értékteremtő ereje talán a legmaradandóbb, amelyet Sántha Kálmán akadémikus a következő orvosgenerációknak üzen.

H Beszélgetésünk másik aktualitása, hogy Elnök Úr néhány napja vehette át Bécsben a EUROPE'S 500 elismerő oklevelét. Magyarországról elsőként kerültek fel erre az előkelő listára, egyenesen a közepére. Milyen erőfeszítések és eredmények rejlenek az elismerés mögött?

– Az Európa 500 program idén tízéves. Az értékeléskor három évet hasonlítani össze, tehát a pályázatban a 2002 és 2005 közötti időszakot bírálták el. Egészségügyi intézményként vagy vállalkozásként értendő, hogy elsőek voltunk, hiszen más magyar vállalat is felkerült az ötszáz listára. A legfontosabb tényezőként a növekedést – angol kifejezéssel élve „growth entrepreneurs” –, emeli ki a díj, és általa azon cégvezetőket, menedzsmenteket, cégeket ismerik el, akik és amelyek a vizsgált időszakban minél intenzívebben növekedtek. Mindezt közgazdasági mutatók alapján, objektív mércével számítják ki, és miután benünk a KPMG folyamatosan, minden évben auditál, így – annak ellenére, hogy nem vagyunk magáncég – mi is kvalifikálhattunk erre a pályázatra. A legfontosabb paraméter természetesen a pénz-

ügyi növekedés. Ezen belül például megkétszereztük a hallgatói létszámot – elsősorban annak köszönhetően, hogy nem csak orvos, hanem fogorvos, gyógyszerész, népegészségügyi karon is oktattunk magyar és külföldi hallgatókat egyaránt. A pályázatban értékelt másik terület a K+F bevételek, ahol a jelzett három esztendő alatt szintén igen intenzív, hatvanhét százalékos növekedést értünk el. Az elismerésben az egészségügyi-orvosi ellátási rendszerünk dinamikus fejlődésének értékelése is benne van.

H Amennyiben újabb három évre pályáznak, mi lenne az esélyük, hiszen második hónapja a teljesítményvolumenkorlát (TVK) 95 százalékos befagyasztása miatt az egyetemet valószínűleg jelentős mértékű veszteség éri. Mekkora ez pillanatnyilag?

– A 2006. év vesztesége várhatóan el fogja érni a nyolcszáz millió forint bevételkiesést. Ha nem változnak a finanszírozási feltételek, illetve az ezzel kapcsolatos szabályozók, és ezt kivetítjük a 2007. évre, bevétel kiesésünk a három milliárd forintot is meghaladhatja. Ez igen nagymértékű negatív financiai változás lenne tömeges elbocsájtásokkal; bízunk benne, hogy nem történik meg, hanem olyan szabályozók lépnek életbe, amelyek a teljesítményt elismerik. A DEOEC-nek – lassan ez a mozaikszó bevonul az egészségügyi ellátórendszer fogalmi körébe – mielőtt a TVK belépett, 113 százalék körüli volt a teljesítménye, egyszerűen azért, mert – éppen most számoltuk ki pontosan – a betegek harminchárom százaléka nem Debrecenből és nem is Hajdú-Bihar megyéből érkezik, mert olyan mértékű a specialitások hányada. Regionális és országos kötelezettségeink miatt fogadnunk kell a távolabbról érkező betegeket is. Az említett kör néhány területen az adott klinika forgalmának a 60 százalékot is meghaladja.

H Az egészségügyben elindult az átalakítási folyamat előkészítése. Ismertté vált a kiemelt kórházak listája, amely többször is változott, és ismert a csökkentendő kapacitások mértéke is. Amire az imént Elnök Úr utalt, az új rendszer méltányolja-e az egyetemnek a progresszív ellátásban betöltött szerepét?

– Az Egyetemi Klinikák Szövetsége úgy látja – annak elnökeként is mondhatom –, hogy az Országgyűlés elé kerülő jogszabály ezt a szerepet nem vette figyelembe a négy nagy egyetemi egészségügyi szolgáltatónál. A benyújtott törvénytervezet javaslata például 25 százalékkal, azaz 456 ágyval csökkenti az ágyszám kapacitást a DEOEC esetében; ezzel hosszú évtizedek alatt létrejött klinikai iskolákat veszélyeztet, a progresszív ellátást pedig egyértelműen nem veszi figyelembe – az előbb említett szám önmagáért beszél. Azon súlyponti kórházak, amelyeket a törvénytervezet megnevez, természetesen nem egyformák; számos olyan található közöttük – legalább hat-hét –, amely jelentősen nagyobb feladatot vállal, mint az adott 50 kilométer sugarú körzet: országos profilokat, a hemodinamikától a szívsebészetig vagy az idegsebészetig az onkológiai ellátásig bármit említhetnénk. Érthetetlen számomra, hogy a tervezet ezt miért nem vette figyelembe. A parlamenti módosító indítványok sorsától függ, mi történhet még ez ügyben. Az egyetemek ezt a problémát már a Kormány felé is jelezték, mondván hogy ha ez így marad, nem tudnak felelősséget vállalni a magyar orvos- és szakorvosképzés, a progresszív ellátás jövőjéért. Kritikus helyzet alakulhat ki, ha a tervezet törvényerőre kerül hiszen a régiókban, ahol még lehetne mód a korrekcióra, sokkal nehezebb érvelni az országos feladatokhoz szükséges ágyszámokkal, illetve az ahhoz szükséges kapacitásokkal. Az emberben mindig van egyfajta óvatos optimizmus, de most személy szerint nem látom jónak a helyzetet. Az országnak az aktuális politikai helyzetből és viszonyrendszertől függetlenül el kellene döntenie, szükség van-e erős, a nemzetközileg is igen elismert magyar orvoslás elitjét kiemelendő és foglalkoztató egyetemi-klinikai rendszerre, annak kiemelésére. Ez eddig nem történt meg, és személy szerint sem értem, hogy miért alakult ez így.

H Elindult egy szakmai és szervezési szempontból egyaránt jónak tekinthető integráció a pécsi megyei, illetve a szegedi városi kórház és a helyi egyetemek között. A debreceni egyetem környezetében

is van egy hatalmas megyei kórház, ráadásul történelmileg talán kicsit előbbre is jár az egyetem és a kórház kapcsolata, hiszen tan-székek működnek a kórházban. Hogy áll ez az integrációs kérdés?

– Örülünk annak, hogy Szegeden és Pécsen ezek a folyamatok felgyorsultak és egyértelmű irányt mutatnak. A DEOEC és a megyei kórház viszonyrendszerében az előzmény országos nyilvánosságot kapott, idén a tavasszal az egyetem felajánlotta, hogy működtetésre átveszi a megyei kórházat. Az akkori megyei vezetés mereven elzárkózott, így ez a racionális lehetőség már múlté; ma egészen mások lettek a körülmények és a feltételek. Az önkormányzati választások utáni új megyei vezetés októberben megkeresett bennünket, és elkezdtünk tárgyalni. Ez alapján úgy gondolom,

az integráció Debrecenben is el fog indulni, de nem feltétlenül azon az úton, mint az említett két városban. Itt inkább olyan együttműködést tartok most reálisnak, amelyben az első lépés hogy kórház először konszolidálja megrendült pénzügyi helyzetét. A Kenézy Kórház korábban jó gazdasági körülmények között működő intézmény volt, pozitív országos példaként, az új megyei vezetés azonban már egy krízishelyzetbe került kórházat vett át. A konszolidációval egy időben megindulhat a szakmai egyeztetés: kialakíthatjuk a korábban már elkezdett, de két-három éve már nem folytatott értelmes feladatmegosztásokat – beleértve az új ágyszámstruktúrát. Középtávon képzelhető el, hogy döntések szülessenek a szervezeti kérdésekről. Ennek két útja lehetséges, az egyik a szegedi-pécsi modell, a működési átvétel. Úgy gondolom azonban, hogy most már inkább a gazdasági társasággá alakulást követően – amennyiben így dönt a DEOEC, illetve a Kenézy Kórház tulajdonosa – képzelhető el, hogy a két gazdasági társaságot működ-



Dr. Fésüs László

tető rendszer között szorosabb együttműködés alakulhat ki, bevonva a Debrecen város járóbeteg ellátását végző már létező gazdasági társaságot. De ezek a lehetőségek nagymértékben függenek a következő időszak változásaitól, a finanszírozási változásoktól és más egyéb körülménytől. Számos nyitott kérdésre kell még választ találni, mielőtt a döntés közelébe eljutunk.

H *Hogyan halad a lapunk által is követett Augusztá-program?*

– Az Augusztá-program rendkívül jelentős eleme az NFT I-nek, annak legnagyobb egészségügyi beruházása. Legfontosabb részei tavaszra elkészülnek – ideértve a régi épület felújítását is –, az ötszáz ágyas kardiiovaszkuláris klinikai tömb minden szempontból működőképes lesz, tehát a kitűzött időtől el tudja látni azt a funkciót, amelyet a régió számára vállaltunk. Az onkológiai ellátását bővítést szolgáló beruházások is befejeződnek. Az említett két fő szakmai területen jelentős mértékben kívánunk változtatni az Észak-

Alföldön, Észak-Magyarországon kirívóan kedvezőtlen mortalitási és morbiditás statisztikákon.

H *Olvasóink számára jelezniük, hogy a Kórház szaklap jövő évben négy tematikus különszámot jelentet meg, amelyekben egy-egy meghatározó egészségügyi intézményre fókuszálunk. Tavasszi kiadványunkat az Augusztá-program lezárása alkalmából a Debreceni Egyetemi Centrum bemutatásának kívánjuk szentelni. Elnök Úr, milyen üzenettel zárná az ünnepek előtti beszélgetésünket?*

– Karácsonyi üzenetben az ember legszívesebben barátságáról és együttműködésről szeret beszélni. Sajnos az elmúlt években kitapinthatóan jelen van egyfajta ellenérzés a klinikákkal szemben az önkormányzati kórházak vezetői, tulajdonosai között, amelynek okai, motivációi számomra nem egészen világosak. Hiszen minden kolléga

valamilyen szállal kapcsolódik a klinikai rendszerekhez: ott járt az orvosgyetemre, ott nevelődött-képződött, tart nagyon intenzív szakmai kapcsolatot vagy ápol személyes barátságokat. Ráadásul a klinika-ellenesség a jelenlegi ágyszám-kapacitás körüli vitákban még jobban kiéleződött, néha egészen meglepő kijelentéseket, minősítéseket lehet hallani. Nem hiszem hogy az egyetemi klinikáknak bármilyen ellenszenvé vagy szembenállása lenne az önkormányzati egészségügyi rendszerrel, annak tulajdonosaival. Ezen a helyzeten valamiképpen változtatni kellene, először talán azzal, hogy beszélünk róla. Biztos vagyok benne, hogy a klinikai vezetők készen állnak erre. Kívánom, 2007 ne az ellentétek fokozódásának, hanem éppen azok oldódásának éve legyen.

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő



AZ ÉRINTETTEK ÉRTÉKELÉSE

A célok vonzóak

A Magyar Kórházzövetség elnöki funkciója az előző ciklusokban két évre szólt. A jelenlegi elnök, dr. Golub Iván már hároméves mandátumot kapott. Utolsó teljes évében, 2006 folyamán különösen súlyossá váltak az elnökre nehezedő terhek. Benyomásairól faggattuk.

H Elnök úr, mit gondol az elmúlt év ágazatbeli változásairól?

– A tavalyi évértékeléskor a huszonegy lépés, a száz lépés, a reform indítása, ezen belül is a népegészségügyi program és a legfőbb morbiditási mutatók javítására irányuló kormányzati célkitűzések, valamint a Kórházzövetség és az ágazat szerepe kerültek szóba. Megállapítottuk, hogy ezek a feladatok megfontolt hozzáállást és komoly munkát követelnek a Kórházzövetségtől és az egészségügyi ágazat egészétől. Akkoriban még nem is álmodtam arról, hogy ilyen mértékű problémákkal kell majd szembe néznünk, ilyen súlyos, részben válságjeleket mutató, részben a reformok beindítása helyett egyfajta reformkényszert hozó időszak elé nézünk. Azt sem sejtettem, hogy a politikai élet ilyen mélységekig áthatja majd a szakma sorsát.

H A változtatás szükségességével egyetértenek?

– A Magyar Kórházzövetség sosem volt elene a reális, szükséges és racionális változtatásoknak. Sem tavaly, sem az előző időszakban nem volt olyan évértékelés, ahol a reform vagy változtatás igényű lépések létjogosultságát megkérdőjeleztük volna, de a mostanra kialakult állapotokra nem számítottunk.

H Mit tart elfogadhatatlannak?

– Egy nagyon dinamikus és erőszakos ütemű változtatásra kényszerülünk, amelyet úgy érzünk, hogy presszió alatt kell elszenvednünk, ahelyett, hogy érdemben közreműködhetnénk benne. Az év első negyede után, a választásokat követően szembesültünk a ránk vonatkozó napirendi pontokkal. Megpróbáltunk ráhangolódni az adott célkitűzésekre, de az a fajta felgyorsulás és megközelítésmód, amely mellett végül is a kormány döntött, egy számunkra borzasztóan nehezen kezelhető reformkényszert

hozott. Hangsúlyozom, hogy a márciusi kongresszusunkon személyesen biztosítottam a résztvevőket, miszerint elköteleztünk vagyunk a kormányprogram mellett, és csaknem minden pontjával egyetértünk. A fő célkitűzésekkel maig meg vagyunk elégedve, de a módszerrel, a megvalósításra választott eszközökkel, a tempóval és a kommunikáció stílusával kapcsolatban súlyos aggályaink vannak.

A reform alapja a forrásbővítés

H Vegyük sorra a nézetkülönbségeket.

– Meglátásunk szerint nem lehet az egyes elemek különválasztása és elemzése nélkül, sok irányból, sok elemet együttesen megváltoztató reformot sikerre vinni. Azt az elképzelést támogattuk, amelyről Kornai professzor is beszélt a nyár folyamán, hogy szükség van egy, a reform municióját meghatározó forrásbővítésre a változtatások gyakorlati megvalósításának kezdetén. Ezért nem tudtuk elfogadni a konvergencia programnak időközben ránk háruló megszorításait, amely júliustól az egészségügyben forráskivonást jelentett. Bizonyítható, hogy júliustól a finanszírozási megszorítások 20-25 százalékos forrásvesztést hoztak az ágazat számára, melyet az októberi TVK meghatározások tovább súlyosbítottak. Nem vettek ki tudatosan pénzt az intézetek kasszáiból, ezt nem vitatom. De a finanszírozással korlátozták a bevételeinket, és az ismert költségnövekedési tényezők is tovább súlyosbították helyzetünket. Számos nyilatkozatban kifogásoltunk ezt az eljárást.

H Mely nyilatkozatokra gondol?

– Öt olyan állásfoglalást adtunk ki évközben, melyben a Kórházzövetség elnöksége és vezetősége az adott időpontot értékelve közzé tette a reformmal, vagy a helyzettel kapcsolatos értékelését. A változtatás igényét minden esetben kifejeztük, bemutattuk a reformok megvalósításában vállalni kívánt szerepünket, és megfogalmaztuk kritikáinkat a végrehajtással kapcsolatban.

H Milyen szempontokat tartana szükségesnek a sikeres reform érdekében?

– A megfontolt, céltudatos, a szakma bevonásával és a szakma állandó konzultációján alapuló reformot tartjuk kivitelezhetőnek.



Dr. Golub Iván

A kezdeti forrásbővítés mindenképpen szükséges ahhoz, hogy később megvalósulhasson a forrás-megtakarítás is. Költséghatékony helyzetet kell teremteni, ahol valóban igazságosabb az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés. Ám a hozzáférés bővítése, illetve az esélyegyenlőség nem feltétlenül jelenti az egészségügyi szolgáltató részéről a kínálat növekedését, a kapacitás bővítését. Egyébként a kapacitás bővült, és ezt nyomatékosan kell hangsúlyozni.

H Mit mond erre a kormány és az OEP?

– Arra hivatkoznak, hogy az első kilenc hónapban a felhasználás, és így a finanszírozott tevékenység is jelentős mértékben megnőtt, vagyis az OEP kiadásai meghaladták a várt mértéket. A Kórházzövetség nem is tudta nyomon követni, hogy milyen új kapacitásokat vont be a finanszírozó. A mi közreműködésünk nélkül történt mindez. Magunk részéről ellene voltunk, hogy a struktúrát és a szerkezetet a kínálati oldal növelésével oldják meg, függetlenül attól, hogy magánszolgáltatók hajtják végre, vagy sem. Azzal egyetértettünk, hogy növelni kell a kínálati oldalnak az ellátást biztosító színvonalát. Nem kértük, hogy az orvoshoz fordulás, az igénybevétel, a felesleges vizsgálatok, az innováció és a technika természetes növekedésével járó kereslet mértékét ésszerűtlenül növeljék. Amióta a TVK-t bevezették és amióta a degressziót megszüntették, vissza kell utasítani azt a vádat, hogy jellemzően a kórházak gerjesztik a teljesítményt és ők a felelősek a kassza túllépéséért. Valótlan állítás, hogy a kórházak hajszolják a teljesítményt a finanszírozás mostani verziójában, amelyben egyoldalúan, központilag csökkentett TVK és visszanyomlás van, és nincs degresszió. Erről szó sincs.

Reformhibák

H *A reform céljait hitelesnek tartják?*

– Akkor tartanánk annak, ha egy nagyon korrekt, tényleges adatokon és hiteles mutatókon, illetve indikátorokon alapuló szükségletelemzés valósulna meg, melynek alapján pontosan meg lehetne mondani, hogy mennyi a lakosság valós szüksége. Az üres ágyak száma, a sebészeti jellegű szakmákban az egynapos ambuláns módon elvégezhető ellátási részesedés, vagy a szociális esetek gyakorisága alapján nem lehet hiteles szükségletelemzést végezni, mert súlyos tévedésekhez vezet. Ahogyan az is, ha például a száz, ezer vagy tízezer lakosra jutó ágyak számát tekintik olyan mutatónak, amely kizárólagos vagy reprezentatív módon mutatja a szolgáltatás szükségességének és a hozzáférés igazságosságának és esélyegyenlőségének mértékét. A szükséges ellátási kapacitásnak a felsoroltak fontos, ám nem kizárólagos mutatói. A lakosságra vetített orvosok száma szintén durva adat, amely nem tükrözi ténylegesen az adott ágazat adott részén dolgozó valós szakmai lefedettséget és különösen nem az ellátás szakmai színvonalát. Elemzésével arra sem lehet pontos választ kapni, hogy vajon ez a lefedettség a munkaidő direktívával összhangban van-e, vagy hogy jogszerű-e egyáltalán az alkalmazás. Az üres ágyak számának egy adott kapacitáshoz százalékban való viszonyulása szintén olyan félrevezető mutató, amely alapján nem lehet dönten. Az akut ellátó ágazatnak egyszerűen elképzelhetetlen a sikeres működése jelentős mértékű üres ágyszám nélkül. Egy olyan ügyeleti rendszerben működő például traumatológiai osztály, ahol nincs huszonöt-harminc százaléknyi tartalék, nem képes egy augusztus 20-án tapasztalathoz hasonló drámát ellátni.

H *Az orvos-beteg találkozásának előfordulási száma szolgálhat mutatóként?*

– Azt sem lehet kiragadni, és azt mondani, hogy Magyarországon hatszorosa a skandinávnak, figyelmen kívül hagyva, hogy hazánkban más a betegkövetési szakmai gyakorlat, mások a receptfelírási szokások és az egészséghez való viszonyulás. Az egészségkultúra mai magyar színvonala alapján nem lehet megítélni a kérdést úgy, ahogy nálunk sokkal fejlettebb országban. Mi mindig azt mondtuk, hogy az egy napos sebeszetet támogatni kell, de addig, amíg a lakosságban nincs meg az eljárás iránti bizalom, addig nem lehet erőltetni.

H *Soroljon fel néhány, a Kórházzövetség által kívánatosnak tartott lépést!*

– Infrastruktúrát kell teremteni, mentalitást kell változtatni, személyzetet és technikai hozzáférést kell biztosítani. Ha mindez megvalósult volna, akkor nem következnek be az a kudarc, hogy a bevezetett egynapos sebészeti ellátásra szánt teljesítés volumennek csupán kis része került felhasználásra. Olyan reformot tudnánk elképzelni, melyben az alapvető ellátási szükségleteket az igazsághoz hűen számolják ki. A biztonságos működtetést és az ellátás megszervezését nagyon fontosnak tartjuk. Álláspontunk szerint mindent a jól működő hagyományok tiszteletben tartásával, megfontoltan, folyamatos ellenőrzés és önkontroll mellett lépésről lépésre kéne megvalósítani. Magyarországon ugyanis van egy központi régió, amely évtizedeken keresztül nem is rosszul működő ellátási szervezetet biztosított. Nem lehet úgy hozzányúlni, hogy nem mérleljük a keresleti oldal jellemzőit és a körülötte lévő területfejlesztést, vagy a területi ellátási hagyományokat, a munkakerő ellátottságot, és az infrastrukturális helyzetet.

Hogyan tovább?

H *Milyen lépéseket tart lehetségesnek?*

– A kialakult helyzetben kizárólag olyan szakmai tervezés fogadható el, ahol az ágazat vezetése a Regionális Egészségügyi Tanácsokat alkotó közfinanszírozott intézmények működéséért felelős tulajdonosok a szakmai szervezeteket és az intézetek menedzsmentjeit is bevonják a munkálatok megvalósításába. Így egy konstruktív, szakmai alapokon történő ellátást és kapacitás-tervezést dolgozhatnánk ki.

H *Mi a véleménye a BM, a MÁV és a Honvédség külön egészségügyi ellátórendszeréről?*

– Számunkra is nehezen értelmezhető volt, hogy egy olyan egészségügyi ellátórendszerben, ahol döntő módon közfinanszírozás van, és ahol nemzeti kockázat viselésen alapuló, szolidaritás elvű egybiztosító rendszer működik döntően területi ellátási kötelezettség elvén, ott különböző lakossági, illetve foglalkoztatási csoportok különböző kettős jogcímenek férjenek hozzá a közfinanszírozott szolgáltatáshoz, mindenfajta külön díjazás nélkül. Úgy gondolom, hogy ez a gyakorlat kapacitásfelesleget eredményez. A jogosultságot, az esélyegyenlőséget ebben is betartva kellene meghatározni.

H *Ön szerint a lakosság támogatni fogja a megvalósuló reformokat?*

– Nem hiszek abban, hogy sokkhatászerű reformmal meg lehet nyerni a lakosság támogatását. A lakosoknak is el kell magyarázni a reform céljait, sőt, bizonyos döntéseket rá kell bízni, vagy azokat el kell fogadtatni. Aztán jól ütemezett rendszerben, folyamatosan ellenőrizve a bevezetett lépések hatásait, végre lehet hajtani a szükséges változtatásokat. Ha valami nem a terv szerint működik, akkor másik megoldást kell keresni. Ez nem feltétlenül jelenti azt, hogy időben elcsúszik a megvalósítás.

H *Hogyan értékeli a médiától az orvosi várókiig visszhangzó orvosellenes közhangulatot?*

– Mi, orvosok, arra esküdtünk fel, hogy ellátjuk a betegeket és a potenciális betegeket. Az egészségügyi ágazat szereplőinek döntő többsége komolyan veszi ezt a fogadalmat. Itt most minden a paraszolvenciától és az orvos-beteg kapcsolat helytelen érvényesítésétől hangos. Az egészségügyi ágazatot le akarják járatni, ellentéteket, feszültségeket szítanak az ágazaton belül és osztársadalmi szinten egyaránt. Nem feltétlenül tudatosan, csak meggondolatlan minősítésekkel. Az a fajta, gyakran politikai demagógiával tarkított kommunikáció, ahol mindent a hibákra, a pazarlásra és az igazságtalanságra élezznek ki, kételyeket szül a gyógyításra felesküdt emberekkel szemben. A társadalom és a gyógyítók közötti viszony rombolásának közvetlen és közvetett hatása is van. Keresleti oldalon bizalomvesztés, melynek következtében nem érdekli a beteget a pozitív, gyógyulásra vonatkozó tanács, vagy az erre irányuló szándék. A szolgáltató oldalról megpróbálják szakmaiatlanná és személytelenné tenni az orvos-beteg közti sajátos kapcsolatot. Az ágazat társadalmi megítélése minden képzeletet felülmúlóan sötét, hibás, negatív és diszkriminatív attitűddel operál, amelyre nem lenne szükség ahhoz, hogy a szükséges megszorításokat véghezvigye a politika. Már csak az augusztus 20-án történt tragédiákhoz hasonló esetek során tudjuk bizonyítani, hogy a presztízsvesztésünkre irányuló magatartások mennyire megalapozatlanok. Nekünk az a hivatásunk, hogy a társadalmat egészségesebb vagy egészségében kevésbé károsodott személyek alkossák.

DR. SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

RADNAI ANNA

újságíró



BÚCSÚINTERJÚ?

Koncepció van, de a jövőkép hiányzik

Négy cikkből álló sorozatunkban a képkalkotó diagnosztika meghatározó szereplőivel saját feladatukat, az általuk vezetett szervezet funkciót és az egymás közötti együttműködést próbáljuk elemezni. Prof. dr. Repa Imrét, az OEP Képkalkotó Bizottság elnökét az együttműködés szükségességéről kérdeztük.

H *Professzor úr, mi a feladata az OEP Képkalkotó Bizottságának?*

Valószínűleg, ez a beszélgetés az utolsó interjú, amit az OEP Képkalkotó Bizottság vezetőjeként adok. A Bizottság tagjai tulajdonképpen a főigazgató tanácsadói voltak. A jelenlegi megváltozott körülmények között nem tartom valószínűnek, hogy az OEP új főigazgatója tevékenységünkre igényt fog tartani. Ezért decemberben felajánlom, hogy 2007 elejétől ezt a tevékenységet nem folytatom tovább.

H *Miért nem?*

Október végén a Radiológiai Szakmai Kollégium soros ülését tartotta Szegeden. A probléma megértéséhez muszáj idéznem egy ottani hozzászólást, meghatározó véleményt. Vadon Gábor professzor szembesítette a Kollégiumot azzal a kérdéssel, hogy tudja-e egyáltalán a szakma, hogy ki milyen szerepet, funkciót, tevékenységet, feladatokat szán a magyar radiológiának? Tisztában vannak-e a legmagasabb szintű radiológiai grémiumok azzal, hogy mi történik ma Magyarországon, és van-e elképzelésük arról, hogy mit kellene tenni? Én úgy érzem, hogy először talán ezen alapkérdéseket kellene világosan megválaszolni.

Alapkérdések

H *Mi az Ön válasza?*

A különböző szakmai fórumokon elhangzott, szaklapokban megjelent nyilatkozatokban nyomon követhető, hogy mi történt a múltban. Az is világos, hogy a résztvevők keresik a szakma helyét az elkövetkezendő évekre, évtizedekre. Azonban nem létezik kidolgozott, világos jövőkép. Az elmúlt

években óriási lépés volt a súlyponti rendszer kialakítása, a teleradiológia elterjesztése, tehát koncepcióban nincs hiány. Csak a jövőkép hiányzik. Megnyugtató egyben, sajnos további nehézséget okoz, hogy nemzetközi viszonylatban is a képkalkotó diagnosztikai szakma ugyanezekkel a problémákkal küszködik, keresi a helyét, szerepét, funkcióját a jövőképről nem is beszélve.

H *Ön milyen problémákat lát?*

A jelenlegi felállásban a régi értelemben vett radiológia fogalma megszűnt. Az amerikai színvonalú radiológia művelésére sem a tárgyi feltételrendszer, sem a környezet nem adott. Óriási veszély a kiüresedés és a szakma megszűnése. Jelentős felülvizsgálatra szorul az oktatási rendszer. Hiányoznak a pozitív értelemben vett egyéniségeknek, jelentős mértékben csökkent a vezető szakemberek száma, és súlyos probléma a szakma elöregedése.

H *Az Ön távozásával megszűnik az OEP Képkalkotó Bizottság szerepe?*

Amikor létrehoztuk ezt a grémiumot, határozott célunk volt. A szakmát érintő, elsősorban finanszírozási kérdésekben álltunk a mindenkori OEP-főigazgató rendelkezésére. Tekintettel arra, hogy a finanszírozás rendbetétele és a finanszírozási rendszer változása teljes átalakulást igényel, úgy látom, hogy a szakértői tevékenység más szinten és más dimenzióban fog tovább folytatódni. Amennyiben az egészségügyért felelős személyek ezt igénylik. Az OEP Képkalkotó Bizottság tevékenységének nagyjából háromnegyedét a CT- és MR-finanszírozás kérdései kötötték le. Ennek elsősorban az a oka, hogy az elmúlt 16 év történéseit a CT és az MR uralta. Ám a képkalkotó diagnosztika, elsősorban a technológiai fejlődés eredményeként, ennél sokkal többről szól.

H *Milyen feladatokat fogalmaz meg a többi radiológiai szakmai szervezet felé?*

A három évvel ezelőtti állapothoz képest jelentős fejlődés tapasztalható. Léteznek minőségi háttéranyagok, szám-

talán tanulmányt készítettünk. Most már csak a fő kérdést kell megválaszolni: mi a jövőképünk? A szakmai szervezetekben a mainál sokkal modernebb szemléletet kellene megvalósítani. El kellene már feledkezni az elefántcsonttornyokról. Például ma Magyarországon neuroradiológiához összesen vagy tucatnyian értünk. Ezt nem egészségügyi ellátásnak, hanem szakmai sovínizmusnak nevezik. Emellett nagy hiánynak érzem a tudatos képzések, az alaptanfolyamok hiányát, és szerencsétlennek tartom, hogy nem léteznek igazi műhelyek. Míg a nyolcvanas években léteztek olyan műhelyek, mint a



Prof. dr. Repa Imre

HIETE, az egyetemek vagy Zalaegerszeg, Szombathely, ahonnan a különböző szinten lévő kollégák mindig segítséget kérhettek. Ezzel szemben ma, ha egy fiatalnak szakmai problémája van, és szakértő kollégához szeretne fordulni, tisztelet és dicséret a kivételnek, nem sok segítséget kap.

Igazodás az új struktúrához

H *Hogyan látja radiológusként és intézményvezetőként az egészségügyben tapasztalt strukturális változásokat?*

A súlyponti kórházi rendszer és a teleradiológia bevezetésével sok intézményben a radiológusok az intézményvezetéssel szemben egyedül maradnak.

Ennek eredményeként vesztesként hagyják el a csatamezőt. Nem léteznek súlyponti szakmai helyek, az ellátás különböző szintjei nem tudnak odafordulni, hogy segítsenek. Pontosan ezt a célt szolgálja egy, a diagnosztikán belüli teljes körű horizontális és vertikális rendszer, ami országos szinten széles körű kapcsolódási pontot és ezzel lényegesen szélesebb spektrumot tudna biztosítani.

H Miben kellene Önöknek változtatnia?
Például sokszor elmondták, hogy nincs a szakmán belül szakmai életpályakép. Ezen is változtatni kellene. Nagyon gyenge a szakma tehetségmegtartó képessége. Sajnálatos módon változatlanul nagyon sok a képalakító diagnosztikai rendezvény, és ott ugyanaz a kör fordul elő. Nincsenek új arcvonások, és ez fájdalmas probléma. Egyébként ha ennyi a rendezvény, akkor mégis ki dolgozik a boltban, ki vezeti a munkát?

Érdekképviselő

H Ön szerint kinek a feladata lenne a radiológusok érdekképviselése?

Ez egy jó kérdés. Léteznek és működnek szervezeteink. Van Radiológiai Szakmai Kollégiumunk, Magyar Radiológus Társaságunk, mindkettő törvényes keretek között működik. Szerintem, szakítva a hagyományokkal, nekik kellene ellátni az érdekképviselést. Elsősorban azért e két szervezetre gondolok, mert nincs más. A közeljövőben úgyis kiderül, hogy a Magyar Orvosi Kamara, miután már nem lesz kötelező, milyen szerepet vállal a szakmai érdekvédelemben.

H Milyen közös célokat fogalmaz meg a következő évekre?

Ha a szakma kialakította saját jövőképét, és képes megtalálni saját vezéralakjait, ráadásul nem csak az ötvenévesek, hanem a fiatalok között is, akkor kemény munkával helyre lehet állítani a

szakma renoméját, becsületét, de akkor még mindig hiányzik a műhelymunka, a kutatás és a tudomány.

H Milyen lehetőségeket lát a szakma fejlődésére 2007-ben?

Első lépésként tegyük magunkat a magyar radiológiát megillető helyre. Találjuk ki, hogy mit akarunk öt-tíz év múlva, összekapcsolódva a nemzetközi radiológiai közösséggel, kihasználva ennek összes adottságait, értelmesen alkalmazva a teleradiológiai leletezés előnyeit. Az is jó lenne, ha lennének e programnak bajnokai. Nem ötven-hatvanéves bajnokokra, a vének tanácsára gondolok, jobb lenne sok-sok fiatal bajnokkal együtt dolgozni. És a legfontosabb feladatunk 2007-re, hogy szakítsunk a dogmatikus rendszerekkel. Lépjünk a szakdolgozók önálló útra és becsüljük meg őket ennek megfelelően. Ráadásul a telemedicina is itt van a spájzban, használjunk és dolgozzunk vele.

TÜLTERHELT ORVOSOK, ÚJRA AKTÍV REZIDENSEK

Radiológia a jövő egészségügyében

A radiológus szakma számos kihívással szembesült az elmúlt években. A technikai fejlődés folyamatosan új lehetőségeket hozott, a napi munkavégzés mégsem lett könnyebb, sőt újabb, nehezen leküzdhető nehézségek léptek föl. Ilyen körülmények között is meg kell próbálni azonban meghatározni azokat az irányvonalakat, melyek a szakma szempontjából jelentőséggel bírnak. A helyzet értékelésére prof. dr. Lombay Bélát, a Magyar Radiológus Társaság elnökét kértük fel.

H Milyen feladatokkal szembesült a Magyar Radiológus Társaság az elmúlt időszakban?

– A radiológus szakmának napjainkban leginkább érdekvédelemre volna szüksége, hogy túlélje az átalakítással együtt járó viharokat. Egy szakmai társaság feladat körébe azonban ez a tevékenység kevésbé fér bele; mivel szakmai kérdésekkel kell foglalkoznunk. Pillanatnyilag azonban még erre is kevés a lehetőség, mivel a mindennapos problémákkal, ne-

hézségekkel kell megküzdeni. Beszélhetünk szép feladatokról, jövőképről, amikor az orvosok és az asszisztensek anyagi bizonytalanságban élnek, és folyamatosan túlmunkát vállalnak. Ilyen körü-

mények között nehéz a szakma fejlődésével kapcsolatos újabb terheket: mint például oktatás, előadás, tanulmányírás rakni a vállukra. A kutatómunkához, egy tanulmány megírásához időre és energiára



Dr. Lombay Béla



van szükség. Jelen helyzetünkben az MRT egyet tehet: próbálja megőrizni a már elért eredményeket, és átmenteni értékeinket ezen a nehéz időszakon. Ez annál is inkább fontos, mert napjainkban ütőképes, jó minőségű szakmai csapatok kerülnek veszélybe, sőt úgy tűnik esetenként szét is esnek.

Széthulló csapatok

H *Hogyan hullhatnak szét a kiemelkedő színvonalú szakmai csapatok?*

– Az okok többnyire összetettek és egyenként is változóak. Az is előfordul, hogy a központi intézkedés nyomán vagy éppen az adott kórház menedzsmentjének hibájából szűnnek meg a műhelyek, de arra is van példa, hogy a megélhetésért folytatott küzdelem, illetve a méltatlan nehézségek elleni szélmalomharc során kiegészített kollégákat már nem lehet a szakmai célok irányába orientálni. Ez persze nem csak Magyarországra jellemző, és nem kizárólag az említett okoknál fogva következhet be.

H *Milyen eszközökkel tudják újjászervezni a tevékenységet?*

– Mindig az adott helyzet és az adott személyek ismeretében kell megválasztanunk az újjáépítés irányvonalait. Ennek része a fiatalok tanítása és motiválása is, és ezen a téren vannak eredményeink. Régebben évek teltek el úgy, hogy alig sikerült rezidentet kapni a radiológus szakma számára. Nem jöttek, vagy nagyon hamar más terület felé fordultak, esetleg a szakvizsga megszerzése után a külföldi munkavállalás mellett döntöttek. Tudjuk, hogy mindannyian anyagi megfontolásból választják ezt a megoldást, hiszen kutatni és tudományos munkát végezni Magyarországon is lehet, csak nem fizetik meg. A tendencia az utóbbi időben kedvezően változott. Most már ki tudjuk tölteni az egyetemekhez tartozó radiológiai rezidenskeretet, sőt esetenként túljelentkezés is előfordult. Miskolcon például, ahol a menedzsment nagy gondot fordít az oktatásra és rezidensképzésre, valamint ennek érdekében anyagi áldozatokat is vállal, jelenleg hat rezidens dolgozik. A leendő radiológus kollégák forgó rendszerben dolgoznak a különböző osztályokon, és amikor egy adott területről továbblépnek, szakmai beszámolót kell tartaniuk a végzett munkáról.

Szakmai kapcsolatok

H *Milyen intenzitással vesznek részt a fiatalok a szakmai életben?*

– Igyekszünk erre motiválni a fiatal orvosokat. Például tavaly januárban rendeztük meg az első Országos Radiológus Rezi-dens Találkozót. A tudományos ülésből és kötetlen beszélgetésből álló kezdeményezésnek nagy sikere volt. Az eseményt szándékosan úgy szerveztük, hogy a meghívottak regionális elhatárolódását megszüntessük. A pestiek a pécsiekkel, a szegediek a debreceniekkel cseréltek tapasztalatokat. Erre a rendezvényre idén januárban is sor kerül. Fontosnak tartom, hogy az MRT megpróbáljon irányvonalat adni a fiataloknak. Az ilyen fórumok szervezésével talán a tudomány iránti érdeklődésüket is jobban felkelthetjük.

H *Együttműködik az MRT más szakmai társaságokkal is?*

– Igen sőt, nagyon fontosnak tartjuk ezeket az együttműködéseket, hiszen a radiológia, és általában a klinikai szakmák, nem működhetnek egymástól függetlenül. Ebben segítséget jelent a MOTESZ, amely az interdiszciplináris tudományt segítve az egyes szakmai társaságok között találkozókat szervez. Többek között ennek a kezdeményezésnek köszönhető, hogy az MRT nagyon jó kapcsolatot ápol a belgyógyász, a gasztroenterológiai, a hepatológiai, és a gyermekorvos szakmai társaságokkal. Például az onkológia vagy gyermekgyógyászat területén ezek a találkozók sokat számítanak.

Stratégia

H *Milyen stratégiát fogalmaz meg az MRT 2007-re?*

– Jövőképpünket nagyban befolyásolja, hogy milyen változások következnek majd be a környezetünkben. A súlyponti intézmények megjelenése a radiológus szakmától kettős orientációt követel meg. Magasan képzett, színvonalas munkát végző, és az oktatással is foglalkozó személyek kellenek a súlyponti területekre. A radiológiában a kutatómunka is elengedhetetlen, és a szakma arra alkalmas képviselőinek a posztgraduális képzésben is részt kell venniük. A radiológusok másik része továbbra is kisebb intézetekben fog dolgozni, nekik a napi munkát magas színvonalon kell elvégezniük. Mindkét oldalt menedzselni kell a Társaságnak, mindenkinek meg kell adni a képzéshez, továbbképzéshez valamint az előrelépéshez való lehetőséget.

H *Milyen stratégiai súlypontokat határoznak meg?*

– Ahogyan már eddig is, a továbbiakban is mindent el fogunk követni, hogy a radiológusokat Magyarországon tartsuk. Ezt kizárólag úgy tudjuk megvalósítani, ha számukra elérhető, pozitív jövőképet tudunk felmutatni. Biztosítani kell a lehetőséget a belföldi és külföldi továbbképzésekre. Előadásokkal, dolgozatokkal informálni kell őket a tudományág fejlődéséről. Fontos az is, hogy érezzék: a minőségi műszerek hozzátartozhatnak a napi munkájukhoz. A minőségi munkavégzéshez szükséges feltételrendszer biztosítása persze nem csak a mi feladatunk, nekünk elsősorban az említett szakmai irányvonalakat tisztünk meghatározni. Ebben a munkánkban a Szakmai Kollégium is részt vesz, hiszen a két szervezet nagyon szoros együttműködést valósít meg a magyar radiológia fejlesztése érdekében.

A fejlődés hatásai

H *Milyen hatással van a radiológia helyzetére a technikai fejlődés?*

– Szakmánk jelenét és a jövőjét nagymértékben befolyásolja a fejlődés. A digitális radiológia és a távradiológia némileg lecsökkenti a radiológus szakorvosok iránti igényt. A HEFOP 4.4. projektek pontosan ilyen tendenciát vetítenek előre. Vigyázni kell azonban a csapdákra, a távleletezésben rejlő hibákra is. A digitális felvételekről is kiválóan lehet leletezni, de anélkül kell leírni a véleményemet, hogy a radiológus orvos látta volna a beteget és nincs ott a klinikus kolléga sem a szakmai konzultációs lehetőségével. Ami a felvételen látható, az nem mindig fedti pontosan a valós helyzetet és tévesztésekhez is vezethet.

H *Hogyan lehet megtalálni az ideális arányt a fejlett technika kihasználtsága és az orvos-beteg kapcsolat megőrzése között?*

– A távradiológia ésszerű használata az orvosok segítségére lehet. Viszont elengethetetlen, hogy minden radiológiai diagnosztikát végző intézetben jelen legyen a radiológiai szakma képviselője. Optimális esetben a helyszínen elvégzett munka része a leletezés. A távradiológia azonban fejlesztheti a konzultációs lehetőségeket akár az intézetek közötti betegmegbeszéléseknél, akár a nemzetközi-intézetek közötti segítségkérésben, segítségadásban. Én is gyakran élek ezzel a lehetőséggel. Viszont ha a vizsgált beteget nem látta szakember annak súlyos jogi, szakmai és etikai következményei is adódhatnak. Az a nagy kérdés, hogy ki a felelős egy ilyen esetben.

Pénzt elszórni másképp is lehet

Egy országban korszerű diagnosztikus be-
rendezésekre, megfelelően képzett szakem-
berekre és nem utolsósorban optimális terü-
leti lefedettségre van szükség a minőségi ra-
diológia megvalósításához. Prof. dr. Palkó
András, a Szakmai Kollégium elnöke mindezt
bővebben is kifejtette.

**H Elnök úr, milyen feladatokkal szembe-
szült a Szakmai Kollégium az elmúlt idő-
szakban?**

– Változott a helyzetünk. Az egészségügyi reformfolyamattal kapcsolatban rengeteg szakmai kérdést kellett volna megbeszelnünk, de a jelenleg legfontosabbnak számító érdemi feladatokkal kapcsolatos kommunikáció az Egészségügyi Minisztériummal elmaradt. Ritkán keresnek bennünket a szakmai kérdésekkel, inkább csak a tájékoztatott körben fordultunk elő, ott is csak szórványosan. Munkánk azért így is akad, tettük a dolgunkat. Készüléktelepítéseket és befogadásokat intéztünk, főorvosi kinevezésekkel foglalkoztunk, betegségekkel kapcsolatos diagnosztikus protokollok és műveleti leírások kialakításán dolgoztunk, és elkezdtük a minimum követelményeknek az átformálását.

H Milyen találkozási pontok adódnak a Szakmai Kollégium és a Magyar Radiológus Társaság munkája során?

– Az együttműködés aktív és jól működik, hiszen a Magyar Radiológus Társaság vezetősége és a Szakmai Kollégium tagjai között átfedés van: 60-70 százalékban ugyanabból a csapatból építkezünk és közösen dolgozunk. A két szervezetnek ugyanakkor más a funkciója. A Társaság a szakma tudományos életét vezeti, folyóiratot ad ki és kongresszusokat szervez, a mi működésünk inkább a hatósági tevékenységet fedi le, a Szakmai Kollégium feladatkörének megfelelően. Az együttműködés a képzések és a továbbképzések területén konkrét és állandó. Itt is a Társaság a tudományos motor, ők adják a szakmai hátteret. A Szakmai Kollégium a szervezéssel, illetve a formába öntéssel, ellenőrzéssel foglalkozik. Az oktatás fejlesztése és megvalósítása mellett hozzájuk fordulunk a munkánk során adódó egyéb szakmai kérdésekkel is.



Prof. dr. Palkó András

H Hogyan értékeli a jelenlegi egészségpolitikai helyzetet?

– A magyarországi helyzet nagyon érdekes. Egyelőre csupán hallani lehet az átalakítási tervekről. A radiológiai szakma szempontjából mindenképpen jelentős változásokat hoz az esetleges megvalósulás, hiszen a kevesebb helyre koncentráldó ellátás kevesebb intézetet érint, viszont sokkal ütőképesebb diagnosztikát igényel. A radiológus munkaerő szempontjából a koncentráció hasznos is lehet, hiszen sokat panaszkodtunk már amiatt, hogy elegendő lennénk, csak állásaink szétszórva, szerte az országban találhatóak. Ha a szakmát művelő gárda kevesebb centrumba koncentráldódik, megoldódnak az orvos-ellátottsági gondok. Ám az nem biztos, hogy az ellátó centrumok pont ott alakulnak ki, ahol jelenleg a legmagasabb szintű technológiát használják. Bármelyik régiót nézzük, találunk olyan kórházakat, amelyek nem kerülnek be a súlyponti ellátó szervezetbe, ugyanakkor nagyon jó minőségű felszerelésük van. Nem tudjuk, hogy mi lesz velük. Ha valóban elveszítik a korszerű működtetés finanszírozását, kérdés, hogy miből lesz erejük a betegek által megszokott minőséget fenntartani, a működő ellátás áttelepítése pedig költségigényes feladat.

H Mit tehet ebben a helyzetben a Szakmai Kollégium?

– Öntevékenyen elkészítettünk egy olyan strukturális tervet, amelyben megfogalmazzuk, hogy a különböző ellátási szinteken milyen legyen a minimálisan elvárható képződiagnosztika. Meghatároztuk a súlyponti kórházakban kiegészítő tevékenységeket nyújtó, valamint az alapot képező járóbeteg ellátás szintjén nyújtandó szolgáltatásokat. A jelenlegi helyzethez képest létszámban és felszereltségben a megvalósítás nem igényel különösebb fejlesztést. Bizonyos területeken van még mit pótolni, más területeken ez kevésbé szükséges. Azt azonban hangsúlyoznom kell, hogy földrajzilag a tervezett állapot biztosan nem felel meg a jelenlegi helyzetnek. Nem tudom, merre fogunk elmozdulni. Amennyiben a mostani helyzet egy organikus fejlődés kezdeti stádiuma, úgy idővel majd kiszélesedik a korszerű ellátás köre, ám pillanatnyilag inkább úgy tűnik, hogy konfliktusok várnak ránk.

H Milyen alapvető célokat fogalmaz meg a radiológusok számára 2007-re?

– Tanulni, tanulni, tanulni. A mostani helyzet rengeteg szakember számára hoz munkakörváltást, helyzetváltozást. Remélhetőleg sokaknak lesz esélyük egy magasabb ellátási szintre, koncentráltabb, több modalitással körülvett szakmai térbe kerülni. A lehetőség azonban – ha megvalósul – sokunktól erőfeszítéseket követel majd. Úgy látom, hogy ismét mindenkinek be kell ülnie a virtuális iskolapadba, és tanulnia. Egyébként nem csak a magyar helyzet kívánja meg tőlünk az állandó önképzést. A mi szakmánkban egészen kiélezett mértékben zajlanak a változások. Ha nem csak presztízs beruházásként szeretnénk sokszeteles CT-készüléket, nagyobb térejerű MR-diagnosztikát és mindenféle extrával felszerelt ultrahangos be-
rendezést, ha nem úgy akarjuk használni a legkorszerűbb orvosi műszereket, mint a mobiltelefonjainkat, melyekben a meglévő hatszáz funkcióból jó, ha hármát használunk, akkor nagyon sokunknak sokat kell tanulni az elkövetkezendő időszakban. Meg kell, hogy mondjam, annál pazarlóbb dolgot, minthogy magas technológiát alacsony hozzáértéssel használjunk, el sem tudok képzelni.



A szükség majd kényszerít

Az általános szakember a radiológia területén ma már nem elegendő, a digitalizálás pedig elősegítheti az egészségügyi reform pozitív megvalósulását a képalkotó diagnosztika vonatkozásában. Prof. dr. Fornet Béla szakfelügyelő főorvos gondolatai.

H Milyen felelőssége van a radiológiai szakfelügyelőnek napjainkban?

– Feladatkörünk eddig csak megyei szinten volt meghatározva. A szakfelügyelők olyankor jutottak döntő szerephez, amikor gondok merültek fel a radiológiát és a képalkotást érintő kérdésekben, vagy feladataink adódtak az akut ügyeletek megszervezésével és az engedélyezési folyamatokkal kapcsolatban. Mostanra megváltozott a helyzet. A megyei szervezethez hozzácsatolták a regionális és országos szakfelügyeletet, új feladatunk pedig a szakma minőségbiztosításának lebonyolítása lett. A mi esetünkben ez nem csak az ISO-nak megfelelő tevékenységet jelenti. A radiológia szakmai munkavégzésének minőségirányítását és minőségbiztosítását vállaltuk magunkra. A szakmai felügyelet súlyát tovább növeli, hogy már nem kizárólag tanácsadóként szerepelünk a területileg illetékes ÁNTSZ mellett, hiszen az egész minőségbiztosítási munkát a szakfelügyelők hangolják össze. Ezáltal hatóságszerűbb funkciót látunk el, hiszen álláspontjaink az illetékes hatóságként működő ÁNTSZ-en keresztül érvényesülnek.

Az újjáépítés

H Milyen kihívásokat tartogat a jövő?

– Hosszas munka lesz jól kiépíteni a szakmai minőségbiztosítás folyamatát. Az első feltétel, hogy megfelelő mennyiségű adat álljon rendelkezésünkre. A szakma egységes minisztérium előtti képviselőt az Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet (ORSI) megszűnése óta senki nem látta el. Vissza kell állítanunk azt a fegyelmet, amelyet Csákány György professzor alapozott meg húsz évvel ezelőtt az ORSI-ban. A professzor munkássága során korszerűsítette a szakma adminisztrációját, ezáltal létre-

hozva egy soha nem látott előremutató szervezetet. Most újra szeretnénk felépíteni az ő eredményeit, és munkánk szervezését tekintve továbblépni. A megfelelő adatbázis birtokában már lesznek következtetéseink a gazdaságos működtetés kritériumaival kapcsolatban és meghatározhatjuk a szakma minőségi mutatóit.

H Mióta tart az új szakfelügyeleti feladatok szervezése?

– Egy éve állt össze a rendszer jelenlegi formája. Elsőként a szakmai tevékenységek követelményrendszerét dolgoztuk ki, mely alapján a különböző intézetekben jelenleg zajló ellenőrzéseket végezzük. A Szakmai Kollégium által kijelölt minimumfeltételeket érvényesítjük. Amennyiben hiányosságot észlelünk, meghatározzuk, hogy milyen szempontok alapján lehet pótolni ezeket, vagy adott esetben beszüntetjük az ellátást.

A kritériumok

H Milyen irányokból közelítik meg a radiológus szakma minőségbiztosítását?

– Nem csak azt szükséges meghatározni, hogy mit kell tudnia egy gépnek, hány négyzetméter legyen a kiszolgáló helyiség, és hogy hány orvos dolgozzon egy adott területen. Azt is meg kell vizsgálnunk, hogy milyen az alkalmazott gépek minősége, hiszen nem minden műszer új a hazai ellátásban. A szakfelügyelők ellenőrzik továbbá, hogy megfelelően képzettek-e a kollégák, megvannak-e az írásos engedélyek az elvégzett munkafolyamatokra, és a szakmai protokoll szerint látják-e el feladataikat. A diagnosztika végtermékeit is megvizsgáljuk, hiszen a minőséghez a röntgenképek alapja is hozzátartozik.

H Milyen egyéb funkciókat látnak még el a 2007-es évben?

– Az egészségpolitikai helyzet képlékenysége miatt nem lehet még tudni, mennyiben bővül feladatkörünk. Az eddigi kórházi rendszer megváltozik. Lesznek kiemelt intézetek, amelyek üzemeltetéséhez kiemelt, huszonnégy órán keresztül üzemelő diagnosztika szükséges. A rendszer átalakítása nem a mi feladatunk, azokat a

lépéseket azonban előírhatjuk, amelyek feltétlenül szükségesek a különböző szakterületek radiológiai ellátásához, továbbá ellenőrizzük majd, hogy az előírt feltéte-



Prof. dr. Fornet Béla

lek valóban megvalósulnak-e. December közepére elkészül a minőségi ellenőrzések alapjául szolgáló, szakfelügyelők számára összeállított anyag. A 2005-ös statisztikai eredményeket szintén a napokban kapjuk meg, ezek előreláthatólag az összesített eredmények további kérdéseket és feladatokat vetnek fel.

H Mennyiben segítik a szakmai szervezetek az önök munkáját?

– A Radiológus Társaságnak és a Szakmai Kollégiumnak egyaránt jelentős számú szakfelügyelő tagja van. A Szakmai Kollégium munkájára és véleményére maximálisan szükségünk van. Az általunk kidolgozott intézkedések és ellenőrző feladatok a Szakmai Kollégium jóváhagyása után akkreditálhatóak véglegesen, de ezen túl is számos tevékenységgel egészítik ki a munkánkat. Hitelességet és a javuló minőség garanciáját eredményezi ez az együttműködés. A Magyar Radiológus Társasággal kevésbé szervezett munkakapcsolatunk van, de például a továbbképzés megszervezésében és ellenőrzésében állandó az együtt-

működés. Az akkreditációs pontot hozó szakmai jellegű képzések a Társaságon keresztül valósulnak meg. A feladatok célzott megfogalmazására véleményem szerint továbbra sincs szükség, hiszen a közös munka így is előrevisz.

Akár pozitív jövőkép

Hogyan látja a jelenlegi szakorvos képzés jövőjét?

– A centralizáció jót tesz a képzésnek, a jelenlegi oktatási folyamatban ugyanis vannak gyenge pontok. A rezidensi állás betöltése központilag valósulhat meg. A kijelölt oktatóintézetekben dolgozó rezidensek munkáját a minisztérium finanszírozza. Ezekben az intézetekben többé-kevésbé megfelelő az elméleti és a gyakorlati oktatás. A képzés második felében azonban a fiatalok már szakorvos jelöltként tevékenykednek, és általában szerződéssel helyezkednek el a kórházakban. A nagy munkaigény miatt itt már ritkábban járják be a számukra előírt szakmai lépéscsúfokokat. A kiemelt kórházi státusz segíteni fog ezen a gondon, hiszen egy nem kiemelt intézet valószínűleg oktatást sem

végezhet. A minősített szakemberek viszont a súlyponti intézményekbe centralizálódnak majd, amelyekben ráadásul meglesz az összes képzési folyamathoz elengedhetetlen modalitás.

H A radiológus szakma szempontjából milyen hatásai lesznek az egészségügyi reformoknak?

– A reformnak több előnye is van. Bár nem egészen így képzeltük el a megvalósulást, de a képpalkotó diagnosztikának a centralizálás hasznát is hozhat. Nagy értékű műszereket gazdaságosan és megfelelő mennyiségű, illetve szaktudású személyzettel működtetni, kizárólag nagy területű ellátó helyeken lehet. Egy kisebb városi kórházban nem lehet érsebészetet, angiográfiát és CT-diagnosztikát végezni, mert ezekben az intézetekben általános szakemberek vannak, és általános szakembernek lenni a mi szakmánkban ma már nem elegendő. Erre a területre specialisták kellene: neuroradiológusok, intervenciós radiológusok, vagy gasztroenterológiához értő radiológusok. Ugyanakkor a kórházak felszereltsége is sokkal céltudatosabbá válhat. Jobb körülménye-

ket lehet teremteni a gépek, az infrastruktúra, és a humán erőforrás tekintetében. Hogy a várt fejlődés valóban bekövetkezik-e, az más kérdés. A szakfelügyeletnek éppen az a dolga, hogy ellenőrizze és segítse a kijelölt intézmények megfelelő teljesítését.

Mit tehetnek önök a sikeres átalakítás érdekében?

– A szakmának is követnie kell a változásokat. Az átalakítások pozitív mérlegéhez mi is hozzájárulhatnánk. Osztom azt a véleményt, hogy amit lehet, digitalizálni kell, a digitális diagnosztika ugyanis korlátlan lehetőségeket hordoz. A digitális munkavégzésre történő áttérés az egyik legfontosabb lépés a szakmai fejlődés érdekében. Az egyetemekkel és a kiemelt kórházakkal együtt biztosíthatjuk, hogy később a digitalizálás a többi intézmény számára is gyakorlattá váljon. Ha más nem, a szükség fog erre mindenkit kényszeríteni.

Az összeállítást készítette:

RADNAI ANNA ÉS ZÖLDI PÉTER

ÁGAZATI ÖSSZEFÜGGÉSEK ÉS HATÁSMECHANIZMUSOK

Közös kilátások

Azon kívül, hogy Rózsa András a Teva Magyarország Zrt. vezérigazgatója, a magyar egészségügy kikerülhetetlen egyénisége. Évértékelést kértünk tőle. Nem csak az általa vezetett cég érdekeiről beszélt.

H Vezérigazgató úr, melyek voltak az idei év főbb irányvonalai a Teva-nál?

– A magyar kórházak legnagyobb beszállítója továbbra is a Teva Magyarország Zrt. A kórházak 2006-ban is kiemelt partnereink voltak. Sok esetben mi voltunk a legnagyobb hitelezőik is, ez manapság összefügg a beszállítói státusszal. Ami a következő időszakban a kórházakkal történik, közvetlenül érinti az üzleti eredményeinket és lehetőségeinket. Egy csónakban evezünk. A hazai intézmények sorsát nem lehet elválasztani a Teva életétől, hiszen szoros kapcsolatban állunk egymással.

H Milyen prioritásai vannak?

– Elsősorban egy generikus gyógyszer-gyár vagyunk, nekünk a házi orvosok, a kórházak, és a szakorvosok a legfontosabbak. A kórházakkal további kapcsolódási pontjaink is vannak. A Teva a legnagyobb magyar infúziógyártó cég, emellett több kórházi készítményben, például az onkológiai termékekben is nagyon erős a piaci helyzete. A Humantrade-del nagykereskedőként is jelen vagyunk az üzletágban, mi vagyunk a harmadik helyen, fontosak tehát a gyógyszerészek, és a patikák is. Nem tudom még például, mennyiben fog érinteni bennünket, hogy a patikákon kívül is el lehet adni a nem vényköteles gyógyszereket. A magam részéről nem látok ebben üzletet. Azt a döntést azonban már meghoztuk, hogy korrekt feltételeket fogunk biztosítani a patikák számára. Nem vagyunk hajlandók abba belelenni, hogy hipermarket láncok vagy

bárki más olcsóbban vásároljon tőlünk OTC-gyógyszereket, mint a patikák.

Reálisan nagy-e, vagy nagyobb, mint reális?

Hogyan látja a közös jövőt?

– Az üzleti partnerségből sokkal nagyon értékes emberi kapcsolatot építünk ki az évek során, mégsem jött létre egy olyan alkotóműhely, ahol a hasonló problémákkal küzdő cégek és intézmények közös megoldásokat találhatnak. Ezt egy kicsit a saját hibámnak is érzem, hiszen én sem erőltettem eléggé. A helyzet mindenesetre az, hogy a mai napig nem tudjuk, hogy mi lesz, mire kell felkészülnünk. A magyar költségvetés helyzetéből adódóan egy elkerülhetetlen megszorító csomagot kell az egészségügynek elviselnie a jövő évben. Hogy milyen mértékű megszorítást, még nem

látom. Reálisan nagy-e, vagy nagyobb, mint reális: ez itt a nagy kérdés.

H Mekkora az egészségügy hiánya?

– Minden évben akkora, amekkora a tényleges felhasználás és a tervezett felhasználás között marad. Ha a terv irreálisan alacsony, akkor az egészségügy hiánya elviselhetetlenül magas lesz. Gyógyszerügyben egyértelműen ez a helyzet, de meggyőződésem, hogy ez nem csak a gyógyszerpiacon van így. Véleményem szerint pontosan ez az egyik fő problémája az egészségügynek. Az a természetes, ha a megtermelt nemzeti jövedelem szétosztása elvek alapján történik. A gyakorlatban ezek az elvek szépek és kevésbé szépek szoktak lenni, a társadalmi érdekektől a lobbierdekekig terjednek, és a két pólus eltolódásának eredménye fejlődik ki az egészségügyi költségvetésben.

H Ki veszít és ki nyer ezen?

– Ha a gazdaság néhány ágazata az átlagnál nagyobb érdekérvényesítő képességgel rendelkezik, az nyilván a többi rovására tud az átlagnál nagyobb erőforrásokhoz jutni. Aki pedig az egészségüghöz hasonlóan egyáltalán nem folytat érdekérvényesítő tevékenységet, kevesebbet fog kapni. Sok, az egészségügyben vezető szerepet játszó személyiséggel, általam nagyra tartott szakemberekkel van kapcsolat, és már korábban is észrevettük mekkora hiba, hogy az egészségügynek a mai napig nincs önálló lobbija. Az ágazat szereplőinek így esélyük sincsen arra, hogy közös érdekeiket védhessék. Többek között ez a mulasztás vezetett a jelenlegi állapotokhoz.

Az út idáig

H Milyen egyéb hibákat követtek el?

– Állítólag Magyarország a nemzeti jövedelemnek mintegy nyolc százalékát költi az egészségügyre. Azt tartják, hogy ez egy átlagos, elfogadható szám. Ám kiderült, hogy ebből a nyolc százalékából több mint ötöt a lakosság a saját pénzéből finanszíroz, az állami támogatás pedig három százalék alatt van. Ez azt jelenti, hogy egy rendkívül alacsony nemzeti jövedelem rendkívül alacsony százalékát költjük az egészségügyre Magyarországon. Szidtuk az orvosokat, a betegeket, a túlzott felhasználást. Bűnbakokat gyártottunk, és a valós problémák soha nem kerültek szóba. Ha ez egy tudatos kommunikációs stratégia volt valakiknek a részéről, akkor gratulálok hozzá, mert nagyon sikeresnek bizonyult. Hiszen

csak egy kérdést nem feszegetett senki, hogy vajon eleget költünk-e az egészségügyre. Azt mondtuk, azt állították, hogy rosszul költjük el a pénzt. De a kevés pénzt nem lehet jól elkölteni. Egy átlagos GDP nyolc százalékából fel lehet építeni egy európai, közepes színvonalú egészségügyet. Borzasztóan alacsony GDP nevésegesen alacsony százalékából már kevésbé.

H A gyógyszeripar sajátos problémái is a múltban gyökereznek?

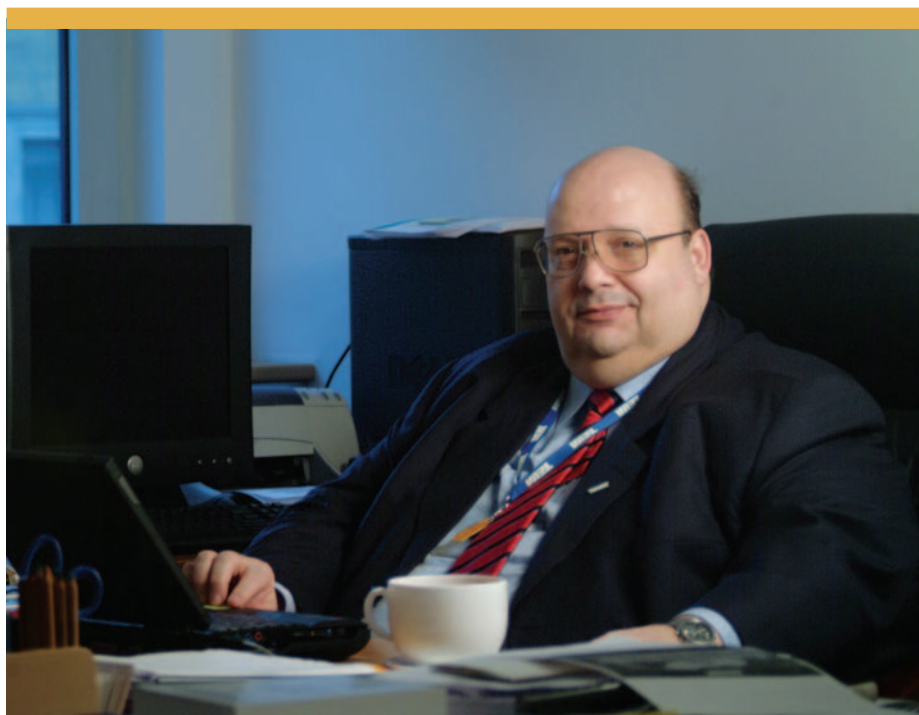
– A kilencvenes évek eleje óta tudtuk, beszéltünk róla, inkább suttozva, mint hangosan, hogy ketyeg a gyógyszerbomba. A kilencvenes évek elejéig a magyar gyógyszerpiac fogyasztásának több mint 90 százalékát azon öt magyar gyógyszergyár adta, melyek akkoriban állami tulajdonban voltak. Ha kellett,

átlagára nagyjából a hetven százaléka az európai árszintnek. Tehát az a tétel sem igaz, hogy túl drága a gyógyszer Magyarországon. Nem azért tűnik soknak a magyar gyógyszerfogyasztás, mert tényleg sok, hanem azért, mert az összes egészségügyi kereten belül sokkal nagyobb a részesedése, mint amennyi logikus lenne abban az esetben, ha az összes egészségügyi költség európai árszinten kerülne forgalomba.

A valós finanszírozó

H Mi tartja mégis életben a rendszert?

– Nézzük meg az egészségügy legnagyobb költség-összetevőit. A munkabér áll az első helyen. A magyar egészségügyben kifizetett munkabérek a nemzetközi egészségügyi munkabéreknek maximum 20 százalékát érik el. Ma a ma-



Rózsa András

veszteséges áron látták el a betegeket gyógyszerrel, hiszen ilyen volt a tulajdonosi eljárás. Aztán tönkrementek a gyárak, és az állam eladta őket. Abban a pillanatban, mikor ezek a vállalatok magántulajdonba kerültek, már nem lehetett elvárni tőlük, hogy ne piaci áron hozzák forgalomba a készítményeiket. Viszont a magyar gyógyszergyárak árszínvonala sokáig nagymértékben elmaradt a nemzetközitől, és a mai napig nem nemzetközi árszínvonalon áruljuk a készítményeink nagy részét. Egyes számítások szerint ma a Magyarországon levő magyar és import gyógyszerek

gyógyászati egészségügy tényleges finanszírozója elsősorban saját munkavállalói köre. Második sorban az egészségügyi beszállítók, akiket különböző úton-módon sarcol meg a kormány. Aztán, miután minden pénzüket elvette, közlik, hogy szemét emberek vagyunk, mert elherdáljuk az állam vagyonát, mert minden három forintból egy a gazdag gyógyszergyárak zsebébe megy.

H Ön szerint a külföldi tőke hosszútávon kiségheti a magyar egészségügyet?

– A kormányzat bízik abban, hogy majd a külföldről idejövő tőkével rendbe lehet



hozni az egészségügyet, hogy talpra lehet állítani jelenlegi nagyon romos állapotából. Kérdezem, hol láttak már olyan üzletembert, aki a tőke szempontjából egy nagyon barátságosan piacra viszi a pénzét, méghozzá úgy, hogy ott nincs garancia a befektetés megtérülése, viszont az ellenszenv az garantált. Biztonsága esetleges, hogy támadni fogják, abban biztos lehet. Miért is jönének ide?

H *Am mégis jönnek...*

– Példákat is sorolhatnánk, hiszen az egészségügy egy-egy területére bejött már a nemzetközi tőke. A dialízis állomások és fogorvosi rendelők épültek, valamint a gyógyszeriparban is sok a külföldi befektetés. Lássuk, mi történt. A dialízis állomások szinte élet-halál harcot vívtak az utolsó öt-tíz évben, hogy az állam garantálja a megfelelő betegszámot, a HBCS pont értékeket. A fogorvosok pedig magánpraxist nyitottak.

H *Mire számíthatnak a kevésbé stabil helyzetben lévő kórházak?*

– A magyar egészségügyben egy olyan folyamat megy végbe, melynek során drasztikusan be fogják szűkíteni az ágazat kapacitását. Csökkenteni fogják az ágyak számát. Olyan intézményeket hoznak így létre, amelyekre nincs szükség. Nem hiszem, hogy ez vonzaná a külföldi tőkét. A létező legrizikósabb befektetés egy olyan intézmény, amelynek a befogadó képessége sem garantált. Szemben azzal, amit most mondanak, véleményem szerint ezek az intézetek rövid úton le fognak épülni.

Teva

H *Hogyan éli meg a Teva ezt az időszakot?*

– A Magyarországon befektetett gyógyszeripari vállalkozásokban rengeteg pénz van, a Teva Magyarország Zrt. esetében ez több mint egymilliárd dollár éves forgalmat jelent. Ennek ellenére a magyarországi üzletágunk profitabilitása sokkal rosszabb, mint bárhol máshol a világon. A jövő évre beígért feltételekkel pedig tovább romlik a helyzet. Nyereségesek leszünk, de a profitot nem a magyarországi üzletben fogjuk megtermelni. Az abból származik majd, hogy a Magyarországon gyártott termékeknek piacot hozunk. A Teva egyébként nagyon érdekes döntés előtt áll. A következő egy-két évben fog bele vágni

egy 100 millió dollár körüli gyógyszer-gyártó üzem építésébe. A megvalósítás helyszínéül három ország jöhet szóba, az Egyesült Államok, Izrael és Magyarország.

H *Melyiket választják?*

– Az elmúlt három hétig bezárólag Magyarországnak volt a legjobb pozíciója, a cég magyar menedzsmentjének, eddigi üzleti eredményeinknek, kormányzati kapcsolatainknak, és egyéb sajátosságainknak köszönhetően. Attól tartunk, hogy ez a beruházás végül mégis máshol fog megvalósulni. Még az a veszély is fennáll, hogy Csehországban. Akkor pedig az eddig kivívott státuszunk is veszélybe kerül, mely szerint Magyarország a Teva termelési és kutatási központja Európában. Hosszú távon az összes befektető inkább Csehországot választja majd, mert ott nem kell elszemvedni a magyar piacra jellemző atrocitásokat. A Teva egy új kutatóintézet felépítését is tervbe vette. Jelenleg Magyarország a Teva harmadik legnagyobb kutatási központja, Európában pedig az első. Az országon belül döntően Kelet-Magyarországon, főként Debrecenben, de Gödöllőn is komoly kutatások zajlanak. Az itt létrejött kutatási kapacitást szándékozik bővíteni az anyacég. De nem mindenáron Magyarországon.

H *A tőkeáramlás szempontjából tehát sötétben látja a jövő évet.*

– Nem csak a Teva szembesül ilyen jellegű problémákkal, hanem minden olyan nagyvállalat, amely már jelentős mértékű befektetéseket hajtott végre Magyarországon. Ezek a beruházások nem mobilizálhatóak. Igaza volt annak a politikusnak, aki azt mondta, hogy „Ha nem tetszik, tessék elvinni!” Kicsit cinikusan hangzott, de igaza van, nem tudjuk elvinni. Azt viszont megtehetjük, hogy ide még egyszer nem hozunk. Nekem, a magyar menedzsment vezetőjének ez szörnyű lenne, hiszen a mi érdekünk, hogy minél nagyobb mértékben idehozzuk anyaházunkat. Én azt szeretném, hogy ide jöjjön a működőtőke, és itt generáljuk a sok százmillió dollár éves exportot, Magyarországon adhassunk munkát kutatóknak, orvosoknak.

H *Milyen kilátásokkal vág neki a Teva a jövő évek?*

– Kilátásainkat nagymértékben befolyásolja, hogy milyen politikát folytat a kor-

mány a helyi ipar és a külföldről származó ipar érdekében. Azt látjuk, hogy Európában sehol nem olyan elenyésző a védettsége a helyi iparnak, mint nálunk. Másutt sokkal jobban megbecsülik, értékelik, igyekeznek helyzetbe hozni, természetesen a megfelelő játékszabályok mellett.

Társadalmi szerepvállalás

H *Az önök által támogatott vízilabda-csapat neve TEVA VasasPlaket. Mit jelöl a harmadik név?*

– A csapatot eredetileg Vasasnak hívták. Aztán levált a vízilabda szakosztály, és fő támogatójuk egy Plaket nevű cég lett. Rendszám-tábla-gyártással foglalkoznak. Ma már mi vagyunk a csapat fő támogatója, de ők is megmaradtak, és a Teva ragaszkodott hozzá, hogy ez a névben is tükröződjön.

H *Miért pont a vízilabda?*

– Mert azon kevés sportok közé tartozik, amelyekben az élvonalban vagyunk. De támogatjuk a labdarúgást is. Szponzoráljuk a DVSC Teva nevű csapatot is, immár egy éve. Szerettük volna valami gesztus értékű tettel kifejezni Debrecen városának, hogy milyen sokat jelent a Teva életében, hiszen a hazai beruházás anyavárosaként értékeljük. A DVSC egy „debrecenikum”. Ami nekik fontos, abban mi is segítünk.

H *Sajátos támogatáspolitikát, vagy az adott esetek személyre szabott megítélésére döntenek az ilyen célokra elkülönített pénzről?*

– A sport és a kultúra támogatása egyfajta szerepvállalás részünkről. Vannak ügyek, amikre sokat költünk, de nem mind tartozik a nyilvánosságra, mert nem mindig marketing megfontolás vezet bennünket. Sokszor kizárólag azért adunk, mert akarunk és tudunk segíteni. A legrosszabb piaci viszonyok között is megtartjuk effajta tevékenységünket. A szegény gyerekek karácsonyi ünnepeire és nyaraltatására, vagy a roma egyetemi hallgatók ösztöndíjára rosszabb piaci viszonyok között is félre fogunk tenni.

DR. SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

RADNAI ANNA

újságíró

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

Dr. Fésüs László
elnök
a Debreceni Egyetem Orvos és
Egészségtudományi Centrum, valamint
Egyetemi Klinikák
Szövetsége nevében

Dr. Antal Gabriella
igazgató főorvos
Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet
Kórháza

Fenyves Ernő
mb. főigazgató
Dr. Bugyi István Kórház, Szentes

Dr. László Imre
főigazgató
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház

Bobál István
főigazgató
Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet

Dr. Mazur Sándor
főigazgató főorvos
Kemenesaljai Egyesített Kórház Celldömölk

Dr. Bóta László
főigazgató főorvos

Nagyatád, Városi Önkormányzat
Kórház-Rendelőintézet

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

Dr. Harmat György
főigazgató
Fővárosi Önkormányzat Heim Pál
Gyermeckórház

Dr. Bors Katalin
főigazgató
Fővárosi Önkormányzat Visegrádi Rehabilitációs
Szakkórház

Dr. Csiba Gábor
főigazgató főorvos
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei kórház és
Egyetemi Oktató Kórház

Dr. Kerekes László
ügyvezető igazgató
Dombóvári Szent Lukács Egészségügyi Kht.

Dr. Bálint Beatrix Ph.D.
főigazgató főorvos
Csongrád Megyei Önkormányzat Mellkasi
Betegségek Szakkórháza

Dr. Sziegl Zsuzsanna
főigazgató-főorvos
Bajai Kórház

Dr. Kiss József
főigazgató
Kiskunhalasi Semmelweis Kórház Kht.

Dr. Fülöp Rudolf főigazgató
Tudógyógyintézet Törökbálint

Dr. Erős András
főigazgató
Pro Urbe Vacienti
Jávorszky Ödön Városi Kórház

Dr.Ladányi Erzsébet
orvosigazgató
Fresenius Miskolci Nefrológiai Központ

Prof. Dr. Préda István mb. főigazgató
Országos Gyógyintézeti Központ

Dr. Kárteszi Márta
főigazgató
Jászberény „Erzsébet” Kórház

Dr. Ferenczy Valéria, igazgató főorvos
Szegedi Mária, gazdasági igazgató
Móricz Józsefné, ápolási igazgató
Vas Megyei Rehabilitációs Kórház
és Gyógyfürdő

Dr. Máté-Kasza László
ügyvezető főigazgató-főorvos
Szent Pantaleon Kórház
Közhasznú Társaság

Dr. Eszenyi Géza, főigazgató
Dr. Hermann Károlyné, ápolási igazgató
Németh Imréné, gazdasági igazgató
Dr. Székely Ágnes, orvos-igazgató
Almás Balogh Pál Kórház Ózd

Dr. Szatmári György
főigazgató főorvos
Állami Szanatórium Sopron

Dr. Badacsonyi Szabolcs
ügyvezető igazgató
Budai Gyermeckórház
és Rendelőintézet Kht.

Prof. Dr. Pajor László
Főigazgató
Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat
Kórháza

Dr. Szakács Ferenc
főigazgató
Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet

Szilvássy István
főigazgató főorvos
Központi Kórház és Intézményei

Dr.Garamvölgyi György
ügyvezető igazgató
Schöpf-Merei Ágost Kórház
és Anyavédelmi
Központ Kht.

Dr. Radnai Zoltán
főigazgató
Fővárosi Szent László Kórház

Dr. Radnai Zoltán
főigazgató
Fővárosi Szent István Kórház

Dr. Bedros J. Róbert
főigazgató főorvos, főtanácsos
a Pest Megyei Flór Ferenc
Kórház munkatársai nevében

Dr. Négyesi Zsolt
főigazgató
Mátrai Gyógyintézet

Dr. Ledniczki István
főigazgató főorvos
Marcali Városi Önkormányzat
Kórház-Rendelőintézete

„Pax et Bonum, Hit, Remény,
Szeretet Mindnyájunknak.”
Dr. Tahy Ádám
igazgató főorvos
Budapesti Szent Ferenc Kórház

Dr. Küttel Péter
főigazgató
Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor
Kórház és Rendelőintézet

Dr. Vincze Árpád
igazgató főorvos
Békés Megyei Tüdőkórház - Gyula

Dr. Dénes László
főigazgató, címzetes docens
Mohács Város Kórháza

Prof. Dr. Baranyai Tibor
főigazgató
Sopron Megyei Jogú Város
Erzsébet Kórház, a Debreceni Egyetem
Orvos- és Egészségtudományi Centrum
Oktató Kórháza

Prof. Dr. Repa Imre
főigazgató
Kaposi Mór Oktató Kórház

Köszönet

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

Adányi Balázs, informatikai igazgató, Vasútegészségügyi Kht.
dr. Ajkay Zoltán, előző elnök, Magyar Kórházszövetség
dr. Antal Gabriella, főigazgató, Sátoraljaújhegyi Erzsébet Kórház
Antal Judit, ügyintéző, Baranya Megyei Kórház
Aszódi Gábor, ISH Kft.
dr. Babinszky Eleonóra, főorvos, Budapesti XVI. kerületi Szakorvosi Rendelőintézet
Bakallár Sándor, ügyvezető igazgató, BSOFT Kft.
dr. Baksai István, főigazgató, Hetényi Géza Kórház
Balai Ildikó, BT Limited
Balogh László, értékesítési igazgató, Greiner Kft.
dr. Bánsági Zoltán, osztályvezető főorvos, Péterfy Sándor Utcai Kórház
Bárany Zsolt, értékesítési vezető, Johnson&Johnson Kft.
prof. dr. Baranyai Tibor, főigazgató, Soproni Erzsébet Oktató Kórház
dr. Baráth Lajos, főigazgató, Diósszilágyi Sámuel Kórház
Bartis Eszter, egyetemi tanársegéd, Budapesti Corvinus Egyetem
Bauerné Gajdácsi Edina, élelmészvezető, Eurest Kft.
Baur Eszter Budapesti Corvinus Egyetem
dr. Belicza Éva Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Benedikt Laux, igazgató, Philips Magyarország Kft.
dr. Blaskó Gábor, kutatási igazgató, EGIS Nyrt.
dr. Blatniczky Sára, radiológus szakorvos, Baranya Megyei Kórház
Bobál István, főigazgató, Toldy Ferenc Kórház
dr. Bobek Ilona, osztályvezető főorvos, Országos Gyógyintézeti Központ
Bódis Nikolett Mária, okleveles ápoló hallgató
dr. Bogner Péter, igazgató-helyettes, Kaposvári Egyetem Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet
dr. Bohaty Ilona, főorvos, OVSZ Debreceni Regionális Vérellátó Központ
dr. Boncz Imre, rovatvezető
dr. Bonyhády Elemér, sebész-traumatológus
dr. Borgulya Gábor, osztályvezető főorvos, Réthy Pál Kórház
dr. Boros Erzsébet Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet
dr. Bors Katalin, főigazgató, Visegrádi Rehabilitációs Szakkórház
dr. Borsi József, igazgató, Hungarotransplant Kht.
Borsos Kinga, egészségügyi közgazdász, sanofi-aventis
Bozóki Zoltán, üzletágvezető, Johnson&Johnson Kft.
Bucsy Katalin, üzletágvezető, Johnson&Johnson Kft.
Budafoki Róbert, ügyvezető igazgató, Cisco Systems Magyarország Kft.
Csákó Torsten, ügyvezető igazgató, P. Dussmann Kft.
Csató András, gazdasági igazgató, B. Braun Magyarország
Csedő Zoltán, rovatvezető
Cserép Csaba, fejlesztési igazgató, GlobeNet Zrt.
Cserkész Sándorné, diplomás ápoló
dr. Csiba Gábor, főigazgató főorvos, B.A.Z. Megyei Kórház
dr. Csinei Irén, főigazgató, Zala Megyei Kórház
Csiszár Judit, igazgató, Project HOPE
dr. Czárán Erzsébet
Dankó Dávid, Budapesti Corvinus Egyetem
Deák Rita, logisztikai igazgató, Dräger Medical Kft.
dr. Dénes Zoltán Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
dr. Dévai Tünde, regionális szerviz-értékesítési szakértő, GE Healthcare
dr. Devecseri Szusanna, termékmenedzser, sanofi-aventis
Dévényi Dömötör, kiemelt ügyfélkapcsolati vezető, ISH Kft.
Dona Paloma Gómez de la Vega, PR-igazgató, Ruber Internacional Kórház, Madrid
Dózsa Csaba, államtitkár, Egészségügyi Minisztérium
dr. Pettyán Ilona, Magyar Honvédség Hévízi Mozgásszervi Rehabilitációs Intézet
dr. Draskovics Tibor, kormánybiztos, Államreform Bizottság
dr. Erős András, főigazgató, Jávorszky Ödön Kórház
dr. Erős László, orvosigazgató, sanofi-aventis
dr. Eröss György, üzletágigazgató, Philips Magyarország Kft.
Fábián Kálmán, kereskedelmi igazgató, ISH Kft.

Falusiné Kiss Marian, egységvezető, Eurest Kft.
prof. dr. Farsang Csaba, igazgató, Semmelweis Egyetem I. Belgyógyászati Klinika
Fehér András, tanácsadási igazgató, Humansoft Kft.
Fekete Tibor, ügyvezető igazgató, KF&T Kft.
prof. dr. Fésüs László, centrumelnök, DEOEC
Fodor József, projektvezető, Siemens Zrt.
Fodorné Kovács Erzsébet, ápolási igazgató, Zala Megyei Kórház
dr. Fornet Béla, radiológus szakfelügyelő főorvos
Frédéric Ollier, vezérigazgató, sanofi-aventis
Friedrich Karl Schaller, ügyvezető igazgató, Greiner Kft.
dr. Fuxreiter Margit, tanácsos, DEOEC
prof. dr. Fülesdy Béla, intézetvezető egyetemi tanár, DEOEC Intenzív Terápiás Intézet
dr. Gál János, osztályvezető docens, Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika
dr. Garamvölgyi György, ügyvezető igazgató, Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ
Gérard Le Fur, alelnök, sanofi-aventis
dr. Gerard Vincent, elnök, Nemzetközi Kórházszövetség
dr. med habil Gervain Mihály, igazgató főorvos, Orosházi Kórház
Geszlér József, kiemelt projekt igazgató, Siemens Zrt.
dr. Gilly Gyula, ügyvezető igazgató, PET-CT Orvosi Diagnosztikai Kft.
dr. Golub Iván, elnök, Magyar Kórházszövetség
Göggö Péter, operatív igazgató, ISH Kft.
Gyöngy István, osztályvezető, ÉMI-TÜV Bayern Kft.
Győri András, ügyvezető igazgató, Mölnlycke Health Care Kft.
dr. Hagymási Miklós, üzletágvezető, Humantrade Rt.
dr. Halmos Tamás, elnök, Health Promoting Hospital Project
Hanák Ildikó, termékmenedzser, Teva Magyarország Zrt.
dr. Harmat György, főigazgató, Heim Pál Gyermekórház
dr. Harsányi Zsolt, főigazgató, Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház
Harsányiné Séllyei Ágnes, gazdasági főigazgató, Debreceni Egyetem
dr. Hetényi László, gyógyszerellátási igazgató, Humantrade Rt.
dr. Hodosi György, ügyvezető igazgató, AGFA Hungária Kft.
Horn Péter, kereskedelmi és marketing igazgató, B. Braun Magyarország
dr. Horváth Gyula, osztályvezető főorvos, Kaposi Mór Oktató Kórház
dr. Horváth Iván, osztályvezető adjunktus, PTE Szívgyógyászati Klinika Intervenciók
Kardiológiai Osztály
Horváth Judit, újságíró, Weborvos
dr. Illés Béla, marketing igazgató, Teva Magyarország Zrt.
dr. med habil Janecskó Mária, elnök, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium
Jean-Francois Dehecq, elnök, sanofi-aventis
Kamil Száz, tanácsadó, Sanigest International
dr. Karai Gábor, ügyvezető igazgató, Advance Medical Hungary Kft.
prof. dr. Kásler Miklós, főigazgató, Országos Onkológiai Intézet
dr. Kassai Zoltán, üzletágvezető, Johnson&Johnson Kft.
Katona Zoltán, ügyvezető igazgató, Euromedic Diagnostics Kft.
dr. Kautzky László, koordinátor, Health Promoting Hospital Project
dr. Kelényi Zoltán, titok- és adatvédelmi szakértő
dr. Kercza Imre, újságíró
Kerényi Erika, gazdasági főigazgató-helyettes, Mátrai Gyógyintézet
Király Gyula, informatikai főigazgató-helyettes, Országos Egészségbiztosítási Pénztár
dr. Kiss István, osztályvezető főorvos, Kaposi Mór Oktató Kórház
dr. Kiss József, főigazgató, Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Kiss Norbert Budapesti Corvinus Egyetem
Koppány Tamás, informatikai vezető, Kaposi Mór Oktató Kórház
Koroknay Katalin, üzletágvezető, Olympus Hungary Kft.
dr. Kosiczky Ferenc, üzletágvezető, sanofi-aventis
Kovács Géza, kereskedelmi vezető, GlobeNet Zrt.
dr. Kőszegfalvi Edit, jogtanácsos, biztosítási szakjogász, jogi osztályvezető, Bács-Kiskun Megyei Kórház
Kóvágyó Károly, kereskedelmi igazgató, GlobeNet Zrt.
dr. Kullmann Lajos, rovatvezető

Kuntner Alíz, üzletágvezető, ECOLAB Hygiene Kft.
Kustos Edit, key account menedzser, ECOLAB Hygiene Kft.
prof. dr. Lakatos Péter, társelnök, Országos Osteoporosis Központ
dr. Lakner László, főigazgató főorvos, Markusovszky Kórház
Léder László Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet
Leitner György, ügyvezető igazgató, GSK Pharmaceuticals
dr. Lelkes Ildikó, megbízott főosztályvezető, Egészségügyi Minisztérium
dr. Lenkefi Ida Ágota, kereskedelmi igazgató, EGIS Nyrt.
dr. Lenkovics Barnabás, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa
dr. Lombay Béla, elnök, Magyar Radiológusok Társasága
prof. dr. Lonovics János, elnök, Szegedi Tudományegyetem
Orvosi és Egészségtudományi Centrum
Lóránth Ida, egészségügyi szakújságíró
Lucz Zoltán, értékesítési igazgató, Béker-Soft International Kft.
dr. Lukácsi Katalin, osztályvezető főorvos, Szent Pantaleon Kórház Kht.
Major László, orvos-igazgató, CVI Kht.
dr. Markus Körner, professzor, Ludwig-Maximilians-Universität, München
prof. dr. Maródi László, tanszékvezető egyetemi tanár, DEOEC
Martín Zeman, informatikai igazgató, Masaryk Kórház, Ústí nad Labem
dr. Martos János, osztályvezető főorvos, Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet
dr. Máté-Kasza László, ügyvezető főigazgató főorvos, Szent Pantaleon Kórház Kht.
Mattiasich Norbert, osztályvezető, Soproni Erzsébet Oktató Kórház
Mérei Zsuzsanna, termékmenedzser, Humantrade Rt.
dr. Merkely Béla, szakmai vezető, Semmelweis Egyetem Cardiovascularis Centrum
Mészáros Mariann, újságíró
dr. Mohos Tibor, tanácsadó
Molnár András, üzletágigazgató, GSK Pharmaceuticals
dr. Molnár Lajos, miniszter, Egészségügyi Minisztérium
Molnár Mariann, termékmenedzser, Teva Magyarország Zrt.
dr. Molnár Márk Budapesti Corvinus Egyetem
dr. Nádai Tamás, orvos-igazgató, Nagykúta Szakorvosi Rendelőintézet
Nagy Antal, ügyvezető igazgató, NAGÉV Kötszer Kft.
Nagy Barnabás, divízióvezető, Hewlett-Packard Magyarország Kft.
dr. Nagy Gyöngyi, osztályvezető főorvos, Zala Megyei Kórház
prof. dr. Naszlady Attila, főigazgató, Budai Irgalmasrendi Kórház
dr. Németh László, vaszkuláris modalitási vezető, GE Healthcare
prof. dr. Nyárády József, igazgató, PTE OEC Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika
Nyerkes János, ügyvezető igazgató, Eurest Kft.
Ónodi-Szűcs Zoltán, ügyvezető igazgató, Debreceni Városi Egészségügyi Szolgálat
dr. Pákozty János, főigazgató, Cholnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet
dr. Palkó András, egyetemi tanár, SZTE ÁOK Radiológiai Klinika
dr. Papik Kornél, igazgató, Budai Egészségközpont Kft.
dr. Papp László, főigazgató, Bajcsy-Zsilinszky Kórház
Perényi László, közigazdász, ügyvezető igazgató, MÜVEK Kft.
dr. Pintérmé dr. Gönczi Ágnes, főigazgató, Jósa András Kórház
dr. Polák László, hatósági kapcsolatok vezető, Johnson & Johnson Kft.
ifj. Pólya Endre, ügyvezető igazgató, Mediplan Kft.
prof. dr. Poór Gyula, főigazgató, Országos Rehabilitációs és Fizioterápiás Intézet
Póthné Varjas Csilla, asszisztens, Szent Pantaleon Kórház Kht.
Puskás Péter, fejlesztési és üzemeltetési csoportvezető, GlobeNet Zrt.
dr. Rác Jenő, miniszter, Egészségügyi Minisztérium
Radnai Anna, újságíró
dr. Rapi Katalin, szakállamtitkár, Egészségügyi Minisztérium
Regóci István, ügyvezető igazgató, ISH Kft.
prof. dr. Repa Imre, főigazgató, Kaposi Mór Oktató Kórház
Révész Éva Budapesti Corvinus Egyetem
Rickard Branemark, főorvos, Sahlgren Egyetemi Kórház, Göteborg
Rimely Károly, vezető, RIZALIT Építész Stúdió
dr. Róka Attila, gyakornok, Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika
Rózsa András, vezérigazgató, Teva Magyarország Zrt.
dr. Rudas Gábor, igazgató, Szentágotthai János Tudatóközpont MR Kutatóközpontja
dr. Ruzsa Csaba, főigazgató, Baranya Megyei Kórház

Simon Béla, informatikai vezető, Balassa János Kórház
dr. Simon Tamás, ügyvéd, biztosítási szakjogász
Skultéty László, ügyvezető igazgató, GKI-EKI Egészségügy-kutató Intézet
dr. Somló Miklós Budai Irgalmasrendi Kórház
dr. Soós Gyöngyvér, kórházi gyógyszerész
dr. Stubnya Gusztáv, stratégiai főigazgató, Semmelweis Egyetem
Styaszni Gyula, ügyvezető igazgató, dr. Diag Kft.
dr. Szabó Csaba, főigazgató, Nagykanizsa Megyei Jogú Város Kórháza
dr. Szabó Csongor, kórházi gyógyszerész
dr. Szabó Géza, főigazgató, Kenessey Albert Kórház
dr. Szabó Terézia, főigazgató főorvos, Réthy Pál Kórház
Szabó Tünde, tanácsadó, Sanigest International
Szadai Attila, műszaki igazgató, Meditcom Kft.
Szaszko Dóra Országos Egészségbiztosítási Pénztár
dr. Szatmári Ferenc, osztályvezető főorvos, Cholnoky Ferenc Kórház-Rendelőintézet
Széles József, ügyvezető igazgató, Hitachi Medical Systems Kft.
Szentesi Lajos, könyvtáros, Jósa András Kórház
dr. Szentkereszt Zoltán, osztályvezető főorvos, Kenézy Gyula Kórház
Szilágyi Marianna, projektigazgató, GlobeNet Zrt.
Szilvássy Péter, centrumigazgató, CVI Neurodiagnosztikai és Invazív Centrum
dr. Szilvássy István, főigazgató, BM Központi Kórház
dr. Szita János, megbízott igazgató, Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet
dr. Szokodi Csaba, ügyvezető igazgató, Johnson & Johnson Kft.
Szőke N. István, ügyvezető igazgató, Béker-Soft International Kft.
dr. Szubotics Margit, szakrendelészvezető főorvos, Pécsi Egyesület Egészségügyi Intézmények
dr. Szűcs Miklós, központvezető főorvos, Keeskeméti Onkoradiológiai Központ
Szverle Viktória, programkoordinátor, Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet
Takács Erika Országos Egészségbiztosítási Pénztár
Tamás Viktor, értékesítési igazgató, GE Healthcare
Temesfői Zsolt, vezérigazgató, GlobeNet Zrt.
Toldi József, főorvos, OVSZ Szegedi Regionális Vérellátó Központ
Tombor Bálint, igazgató, Pozitron Diagnosztikai Kft.
dr. Tomcsányi János, osztályvezető főorvos, Budai Irgalmasrendi Kórház
Topor Gábor, nemzetközi vevőszolgálati vezető, ISH Kft.
dr. Tornósy Gyöngyi, osztályvezető főorvos, Kenessey Albert Kórház
Tóth Béla, ügyvezető igazgató, Humansoft Kft.
dr. Tóth József, orvos-igazgató, Mezőkövesdi Rendelőintézet
dr. Tóth Zoltán, szakértő, Orvostechikai Szövetség
dr. Tóth Zoltán, vezető, Elektronikus Kormányzati Módszertani Központ
prof. dr. Tulassay Tivadar, rektor, Semmelweis Egyetem
Vancsura Miklós, főigazgató, Szent András Állami Reumatológiai és Rehabilitációs Kórház
dr. Varga Ferenc, következő elnök, Magyar Kórházszövetség
dr. Varga Péter Pál, igazgató főorvos, Gerincgyógyászati Központ
dr. Várkonyi Ákos, igazgató, Budapesti XVI. kerületi Szakorvosi Rendelőintézet
dr. Vásárhelyi Barna, főmunkatárs, Semmelweis Egyetem I. sz. Gyermekklinika
Vati István, műszaki igazgató, Kaposvári Egyetem Egészségtudományi Centrum
dr. Vekerdy Zsuzsa, főorvos, Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
Vera Mensikova, projektkoordinátor, HOSPI Medica, BVV, Brno
prof. dr. Veress Gábor, főigazgató, Balatonfüredi Állami Szívkórház
dr. Vezendi Klára SZTE ÁOK Transzfuziológiai Tanszék
prof. dr. Vimpláti László, elnök, Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság
Vő Attila, termékmenedzser, Teva Magyarország Zrt.
Wochna Tibor, ügyvezető igazgató, Wochna Medical Kft.
Yalcinkaya Veronika, marketing és kommunikációs igazgató, Winterthur Biztosító Zrt.
dr. Zátrok Zsolt, ügyvezető igazgató, Dräger Medical Kft.
Závoda Ferenc, kontrolling vezető, Kaposvári Egyetem Diagnosztikai és Onkoradiológiai Intézet
dr. Zalkó Romána, igazgató, Semmelweis Egyetem GYTK Egyetemi Gyógyszertár Gyógyszerügyi Szervezési Intézete
dr. Zrínyi Miklós, üzletágvezető, Teva Magyarország Zrt.
dr. Zsolnai Gábor, ügyvezető igazgató, Meditcom Kft.
Zsombok Erzsébet, rendszergazda, Pécsi Egyesület Egészségügyi Intézmények

Kellemes Ünnepeket és még sikeresebb, párbeszédben gazdag 2007-et kívánunk!

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



Szélesebb szolgáltatási kör

A kórházakkal való együttműködésünkben inkább előre nézünk, mint a jelenlegi helyzeten siránkozunk – jelzi Temesfői Zsolt, a Globenet Zrt. vezérigazgatója, akivel az ideai eredményekről és problémákról beszélgettünk.

H Vezérigazgató úr, hogyan zárják az idei évet?

– Az idei évet is megfelelően pozitív, eredményes mérleggel sikerül zárunk. Cégünk dinamikusan fejlődik a magyar piacon, és nagyon jó kilátásaink vannak a fejlődésre a környező országokban is. A minél jobb szolgáltatási minőség továbbfejlesztése és a még gördülékenyebb terméktámogatás elérése érdekében növeltük munkatársaink számát is, lassan elérjük a negyven főt. Szakembereinknek jelentős tapasztalta van az egészségügy területén, és mind projektmenedzsmentben, mind támogatási, mind fejlesztői vonalon, külön kiemelve az oktatási tevékenységet, szép sikereket értünk el. Hatékony működésünknek és kiváló szakmai gárdánknak köszönhetően az új intézményekben zajló bevezetéseket és meglévő partnereink támogatási tevékenységet eredményesen tudjuk ellátni. Az idén több intézményben is sikerült a MedWorkS rendszert bevezetnünk, a visszajelzések alapján ezek is cégünk jó hírnevét öregbítik.

Sikerek

H Mely intézményekben érték el a legjelentősebb sikereket?

– Idei legjelentősebb rendszerbevezetésünk a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórházában zajló projekt, melynek során a gazdasági, pénzügyi és főkönyvi rendszer mellett teljesen integrált kórházi informatikai rendszerünk is bevezetésre került. Megtiszteltetés számunkra, hogy a teljes körű informatikai rendszerünkkel mi is hozzá tudunk járulni az intézmény minél jobb stratégiai pozíciójának megszerzéséhez. Emellett érdemes kiemelni az ÁNTSZ Megyei Labor diagnosztikai Központjainak fejlesztését: veszprémi, miskolci, pécsi és szegedi telephelyeken helyeztük üzembe integrált

rendszerünk bakteriológiai rendszermodulját, amely az Országos Epidemiológiai Központtal, mint központi adatbázissal köti össze az ÁNTSZ Megyei Labor diagnosztikai Központjait.

H Ezek voltak a legfontosabb projektek?

– Az említettek mellett az év folyamán természetesen több, sikeres, számunkra nem kevésbé fontos rendszerbevezetést hajtottunk végre, például Magyar Honvédség Központi Honvédkórháza mellett újabb négy honvédkórház kezdte meg rendszerünk használatát ez évben. Emellett érdemes megemlíteni a Budai Egészségközpontot, ami azért fontos számunkra, mert visszaigazolása annak, hogy egy magánbefektető cég által elvárt magas színvonalon tudjuk biztosítani szolgáltatásunkat. Hasonló jelentőségűek a ceglédi Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézetben, a Komló Városi Önkormányzat Kórházában, illetve az abonyi Sanamed Kht-nál végzett rendszerbevezetések, ami mellett több egyedi igény és megrendelés szerinti fejlesztést is végeztünk. 2006 végén összesen 45 intézményben vagyunk jelen, az egészségügyi informatikában meghatározó szerepben.

H Ezek szerint jelenleg nagyjából az egészségügyi informatikai piac negyede kapcsolódik Önökhöz.

– Szám szerint sok kórházban, egészségügyi intézményben vagyunk jelen, ami jelentős felelősséget ró ránk, különösen azért mert számos olyan intézmény tartozik ügyfélkörünkbe, amelyeknek a jövőben súlyponti szerepet szánnak. Ily módon felértékelődik a professzionális informatikai szolgáltatás, a hatékonyság és a korrekt partnerkapcsolat.

Technológiai újdonságok

H Milyen technológiai fejlesztéseken dolgoznak?

– A Globenet Zrt. eddig is vezető szerepet töltött be technológiai területen, csakúgy, mint a rendszerek funkcionalitásában és szolgáltatásaiban. Szeretnénk ezt a piac többi szereplőjével szemben felépített stratégiai előnyt megtartani és a közeljövőben megerősíteni. Ezért jelenleg is gőzerővel folyik külső és belső szakértőinkkel

az új generációs rendszereinknek tervezése és fejlesztése, melynek bemutatóját 2007-re ütemztük, és amellyel, úgy gondoljuk, hogy a jelenlegi helyzethez hasonlóan, öt év múlva is ugyanúgy piacvezető termékként tudunk majd megjelenni. Ennek a felhasználók szempontjából az az igazi előnye, hogy informatikai rendszerük nem tud előregedni, hanem mindig egy naprakész, a kor követelményeinek maximálisan megfelelő egészségügyi informatikai megoldás áll rendelkezésükre. Ez azt jelenti, hogy informatikai beruházásaik értéke folyamatosan növekszik az újabb technológiákkal, lehetőségekkel, illetve továbbfejlesztett rendszerekkel. Ez egyben beruházás-védelmet is jelent számukra.

H Mit jelent az Önök beruházás-védelmi koncepciója?

– Beruházás védelmi koncepciónk jelentős előnyöket jelent az intézmények számára. Általában egy normális életciklusú informatikai termék az idő függvényében csökkenő értéket mutat. A mi esetünkben az évek múlásával a kórházaink által használt informatikai megoldások a biztosított új funkciókkal és szolgáltatásokkal, a folyamatos és nemcsak jogszabályi változások miatt történő rendszerfrissítésekkel lineárisan emelkedő értéket mutatnak a rendszerek. Ezért bármikor vizsgáljuk őket, azok értékesebbek, mint amit az együttműködés elején vásároltak.

Partneri kapcsolat

H Hogyan értékeli a magyar kórházak jelenlegi helyzetét?

– Talán a kórházak helyzete okozza a legnagyobb gondot nekünk. Bizonytalan a kórházak jövője, nagyon rossz a finanszírozás, és az intézmények adósságállománya ebben az évben nagymértékben megnőtt. A jelenlegi finanszírozási rendszer az intézményeket lehetetlen helyzetbe hozza, amelybe önhibájukon kívül kerülnek. Az egészségügy beszállítóinak óriási kintlévősége halmozódott fel, amelyet finanszírozni kell, közben mi az állam felé folyamatosan, határidőre teljesítjük az előírt fizetési kötelezettségünket. Egyre nehezebbé válik az intézmények finanszí-

rozása, és egyre jelentősebb finanszírozási terhet kell elviselnünk. Számomra az a kérdés, hogy ez meddig mehet így tovább. Ha az egészségügyi piacon körbenézünk, tulajdonképpen az egészségügyi beszállítók finanszírozzák az egészségügyi intézményeket, amelyek kötelezettségeiknek csak jelentős csúszással tudnak eleget tenni. Tetszik, nem tetszik, valójában a beszállítói csoportok tartják életben az intézményeket. Egyébként már bennünket is megkerestek olyan beszállítói körök, amelyek a helyzet konszolidációja érdekében egységes fellépést szorgalmaznak.

H Megjelenik ez az intézményekkel való együttműködésben?

– A kórházakkal való együttműködésünkben inkább előre nézünk, mint a jelenlegi helyzeten siránkozunk. Összes partnerünkkel hosszú távú kapcsolat kialakítására törekszünk, több olyan intézmény van, amellyel stratégiai együttműködést építettünk ki a jövő informatikai terveinek kifejlesztésében, a szolgáltatások bővítésében és hatékonyságnövelésben, például az Országos Onkológiai Intézettel, a Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórházával, a Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórházával, illetve a Magyar Honvédség Központi Honvédkórházával. Fontosnak tartjuk, hogy partnerintézményeink is megfelelő szerepet vállaljanak az egészségügy átalakításában, és közösen tudjunk a hatékonyabb egészségügyi szolgáltatások területén az egészségügyi informatikában együtt gondolkodni.

Átalakítás és reform

H Hogyan értékeli a magyar egészségügy átalakításáról eddig napvilágra került elképzeléseket?

– Ha az egészségügyet átalakítják és ennek egy hatékonyabb, jobb betegellátás lesz az eredménye, ahol a betegek minőségi ellátása javul, a várakozási idő csökken, a beteg jobb szolgáltatást kap, és mindez hatékony egészségügyi ellátásszervezés keretében történik, akkor mi az átalakításokat minden eszközünkkel támogatjuk. Amit mi – és ezalatt nyugodtan lehet a teljes magyar egészség-

ügyi informatikai ipart említeni –, informatikai szakértők és kollégáink döntő többségben problémának érzünk, az az, hogy rengeteg olyan tapasztalatunk van, mind magyarországi, mind nemzetközi viszonylatban, amelyet nagyon szívesen megosztanánk, ha erre felkérnének ben-



Temesfői Zoltán

nünket. Ám ez nem történt meg, pedig a magyar informatikai szakembergárda jelentős segítséget tudott volna nyújtani, például egy informatikailag kezelhető, a felesleges adminisztrációs terhet mellőző vizitdíj kidolgozásában is.

H Hogyan viszonyulnak Önök és partnerintézményeik a vizitdíj bevezetésének problémájához?

– Jelen pillanatban nekünk több alternatív megoldási javaslatunk van, de még intézményeink sem tudják, hogy mi lenne a megoldás, és mi az, amit a kormányzat szeretne velük végrehajtani. Egy biztos, erre a kérdésre bármilyen válasz születik, mi elköteleztük vagyunk, hogy a lehető leghatékonyabb szolgáltatást biztosítsuk partnerkórházaink számára, amely a többlet adminisztrációs és ellenőrzési terhet a lehető legnagyobb mértékben leveszi a vállukról. Meggyőződésünk, hogy a vizitdíjjal kapcsolatos adminisztráció informatikai eszközökkel tökéletesen kezelhető, ám ehhez egy országos szintű központi adatnyilvántar-

tásra is szükség van, amelyben ellenőrizni lehet, hogy ki mit fizetett be, és elérte-e a meghatározott korlátot. Tudomásul kell venni, hogy egy ilyen országos központi adatbázis kiépítése több tíz vagy akár százmillióst tettelt jelent, amelyhez még hozzákapcsolódik az üzemeltetési költség (TCO), valamint további kiadásokat jelent az adatbázis biztonságos fenntartása és rendelkezésre állása is.

2007

H Milyen elképzeléseket fogalmaztak meg a jövő évre?

– Cégünk piaci növekedését 2007-ben is szeretné megtartani. Ehhez valószínűleg hozzájárul majd az észak-alföldi és északmagyarországi régióban zajló HEFOP 4.4. pályázat, melyből több új partnerre számítunk. Emellett szeretnénk a továbbiakban is biztosítani a lehetőséget a közeljövőben csatlakozni kívánó intézményeknek, hogy a jobb minőségű szolgáltatás, az intézmény hatékonyságának növelése és a jobb gazdálkodás támogatása érdekében megfelelő konstrukció keretében használhassák a teljes körű MedWorkS kórházi informatikai rendszert. Reméljük, hogy a külföldön végzett eddigi tevékenységünk is meghozza jövőre gyümölcsét, és a mindig a fókuszban maradó magyar piac mellett, partnerhálózatunkon, elkötelezett helyi egészségügyi informatikai cégeken keresztül közép-európai regionális szerepet is betölthetünk. Arra is számítunk, hogy a közeljövőben kórházaink támogatásunkkal ki tudják használni a régióban meglévő üzleti potenciált, és a kórházak közötti együttműködés szakmai szempontjait is figyelembe véve, összekötő kapocsként működhetünk a magyarországi és közép-európai intézmények között.

H Milyen üzenetet fogalmaz meg a magyar kórházak munkatársai felé?

– Szeretném ebben az interjúban, a KÓRHÁZ szaklapon keresztül is megköszönni a magyar kórházak vezetőinek és munkatársainak az egész éves együttműködést, a korrekt üzleti kapcsolatot és az értékes emberi kontaktusokat. Az intézményekkel való eredményes együttműködés nagyon sokat segített abban, hogy 2006 folyamán is helyt tudunk állni, és a folyamatosan változó igényeknek meg tudunk felelni.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



Fejlesztés és bizonytalanság

Egy európai színvonalon működő kórháznak nem csak korszerű műszerekre, hanem a munkafolyamatokat megfelelően összekötő, menedzselő és dokumentáló informatikai rendszerre is szüksége van. Szőke N. István, a Béker-Soft International ügyvezető igazgatója a tárgyi lehetőségekről és a magyarországi helyzet sajátosságairól beszélt.

H Milyen sikereket könyveltek el 2006-ban?

– Az idei év legjelentősebb eredménye, hogy PACS-üzletágunk megerősödött a piacon. Több intézményben is telepítettük rendszerünket, van, ahol alvállalkozóként, más esetekben fővállalkozóként. Sokat jelent számunkra az is, hogy számos diagnosztikai eszközt gyártó multinacionális vállalattal hoztunk létre üzleti partnerkapcsolatot. Az északmagyarországi régióban lévő HEFOP 4.4. pályázatok közül több intézmény tenderén is részt vettünk. Jelenleg úgy tűnik, hogy valamennyi általunk megpályázott esetben mi lettünk a kiírás nyertesei, bár a hivatalos eredményhirdetés és az azt követő szerződéskötés decemberben várható. Ezekben az intézetekben egyrészt az egészségügyi szoftvercsomagunkat, a FÖNIX-Pro-t, és DIVAS PACS-rendszerünket fogjuk telepíteni, de olyan intézmények is vannak, ahová csak hardvert fogunk szállítani, illetve az intézményközi információs rendszerhez (IKIR) való kapcsolódást fogjuk megvalósítani.

Kétesélyes beszerzések

H A fejlesztést igénylő cégek között sok a fekvőbeteg ellátó intézmény?

– Vannak szép számmal. Sajnos a jelenlegi helyzetben ez egy problémás terület. Több olyan kis intézménnyel kötünk szerződést ezekben az időkben, ahol a vezetők maguk sem tudják, hogy mi lesz a kórházukkal. Az is előfordulhat, hogy megszűnnek, illetve jobb esetben jelenlegi funkciójuk átalakul. Közben nagy értékű eszközbeszerzések zajlanak, hiszen a HEFOP keretét el kell költeni. A pályázatok elindultak,

az egészségügy átalakítása pedig teljesen más szempontokat követ. Egyik folyamat sem állítható meg. A reformnak lesznek vesztesei, adott esetben olyan intézmények, amelyek most nagyarányú beruházásokat hajtanak végre. Így pedig nem hasznosul az elköltött pénz.

H Melyek a kórházakban is értékesíthető, legújabb fejlesztésű szolgáltatásaik?

– Saját gyártású, integrált megoldásainkkal egyedülállóak vagyunk a hazai piacon. Olyan integrált egészségügyi rendszert forgalmazunk, melyhez igény szerint a PACS-rendszer telepítése is kapcsolódhat. Komplette szolgáltatásunkat főleg a kisebb intézetek vehetik igénybe, amelyeknek nincs szükségük hatalmas hardverekre és több szerverből álló farmra, hanem akár egy szerver képes ellátni a létesítmény teljes informatikai feladatkörét, amelyhez az orvosi ellátó egységek mellett az összes diagnosztikai egység is hozzátartozik.

H Népszerűvé vált az egészségügyi ellátás informatikai vonalán a képalkotó diagnosztika digitalizálása?

– A HEFOP 4.4. keretén belül már több intézményben megtették az első, bevezetésére irányuló lépést. Ezalatt azt értem, hogy üzembe helyeztek olyan leletező képességgel bíró radiológiai állomásokat, melyek a hozott képanyagokat is be tudják tölteni rendszerükbe. A HEFOP-program által nyújtott összeg nem tette lehetővé, hogy ezek az intézmények teljes PACS-telepítést szerezzenek be, de már kialakítottak egyfajta digitális képtárolási gyakorlatot. Ezek az intézmények olyan alapot kapnak, amely fejlesztéssel, vagy a megfelelő digitális eszköz hozzáadásával teljes rendszerré alakítható.

Informatikai szolgáltatások

H Milyen jelentősége van a Béker-Soft eszközgyártói partnerkörének a kórházak szempontjából?

– Érzik a szállítók is, hogy adott esetben egy informatikai szoftverszállító cégen keresztül könnyebben tudnak értékesíteni. A kórház igényeit tükröző munkafolyamat megszervezése mögött az in-

formatika áll, így nekünk sokszor átfogóbb képünk van arról, hogy milyen típusú eszköz lenne az ideális partnerkórházunk számára. Nem mindig a legnevesebb márkák csúcsmoellje a legelőnyösebb egy adott intézmény számára. Előfordul, hogy egyszerűbb és olcsóbb változatot javasolunk. Sok esetben esnek bele a kórházak abba a csapdába, hogy olyan eszközöket vásárolnak, amelyeket később nem tudnak informatikai szinten beolvasztani a munkafolyamataikba, vagy a beruházás után, további költségkiadással kénytelenek integrálni. A szerződés aláírása előtt kell végiggondolni a műszer informatikai vonatkozásait, mert akkor még „bármit” lehet kérni a szállítótól.

H A HEFOP pályázaton kívüli beszerzések teljes mértékben eltűntek?

– Jelenleg is több közbeszerzési eljárás keretében pályázunk, amelyek a mi szempontunkból sok esetben meghaladják a HEFOP projektek jelentőségét. A tenderek elsősorban az egészségügyi intézmények radiológiai osztályainak digitalizálására irányulnak. Cégünk kínálatához ezeknél a beszerzéseknél is hozzá tartozik a PACS-megoldások telepítése. Azt érzékeljük, hogy az utóbbi időben robbanásszerűen nőtt az igény az ilyen fejlesztésekre, és ez a tendencia várhatóan folytatódik.

Teleradiológia

H Milyennek látja a 2007-es évet?

– A radiológia területén erőteljes digitalizálás figyelhető meg. A teleradiológia térhódítása többek között annak köszönhető, hogy nagyon sok röntgenkészüléket üzemeltető intézmény nem akar, vagy nem tud radiológus szakorvost alkalmazni. Most is folyamatban van egy tenderünk, melyben egy rendelőintézet kívánja megteremteni a körülményeit annak, hogy egy másik intézet leletheze felvételeit. A hagyományos film gyártók is egymás után térnek át digitális technológiagyártásra. Informatikai megoldásaink felhasználói között több olyan intézmény van, amelyek a digitalizálás terén már az előkészítés fázisában jár-

nak. Nem tudom, hogy a 2007-től érkező európai pénzek mennyire teszik lehetővé a technológia elterjedését, de a hatékonyság szempontjából ez a követendő irány.

H *A Béker-Soft International számára mit hoz a jövő?*

– Sok minden múlik a HEFOP projekteken, különösen az IKIR fogadtatásán. Még nem lehet tudni, hogy mennyire lesz sikeres. Előfordultak olyan intézményközi rendszer-kezdemenyvezések, amelyekből végül semmi sem valósult meg. Cégünk az IKIR projekt előrehaladott fázisánál tart, a rendszerterveket már elkészítettük, viszont nincsenek információink arról, hogy a megvalósulás mikor és miként várható. Szükség lenne a szállítókat tájékoztató munkaértekezletekre, mert jelenleg nem kapjuk meg a szükséges információkat. További terveink közt szerepel, hogy a DIVAS PACS-megoldásunkat a nemzetközi piacra is bevezetjük. Az érdeklődés már megvan, a feladat az, hogy a rendszert különböző nyelvekre történő honosításhoz alkalmassá tegyünk.



Szóke N. István

– Az adminisztráció önmagában nem okozna problémát. Viszont a befizethető összeg felső korlátja miatt csak egy országosan összekötött rendszer tudná megfelelően menedzselni a beszedést. Ha feltételezzük, hogy az OEP rendelkezik a szükséges adatbázissal és biz-

ségekímélő megoldást például a szükséges hardver-telepítések támogatására, hogy idővel ők is átálljanak fejlettebb Főnix-Pro rendszerünkre. Természetesen, amíg valamennyi partnerünk át nem áll, addig mindkét rendszerünket fenntartjuk.

Vizitdíj

H *Hogyan viszonyulnak a vizitdíj bevezetéséhez?*

– Sajnos a vizitdíjjal kapcsolatban sincs elegendő információnk, pedig már több intézet megkeresett bennünket az ötleteikkel. Akadt, aki parkolóóra-szerű megoldást szeretne telepíteni intézetébe, mások a Főnix-Pro rendszerben levő számlázási modul segítségével oldanák meg a beszedést. Van, aki a bejáratnál fizettetne, egy másik partnerünk a rendelőn belül. Abban is különböző elképzeléseket tapasztaltunk, hogy a betegnek akkor is fizetnie kell, ha végül meggondolja magát, vagy pedig csak akkor, ha ténylegesen igénybe vette a szolgáltatást.

H *Vannak olyan megoldásaik, amelyekkel a vizitdíjat könnyen lehetne adminisztrálni?*

– A szükséges csatlakozási felületet, akkor is személyiségi jogi problémákba ütközünk. Meglátásom szerint a vizitdíj bevezetése – éppen az említett problémák miatt – elhúzódhat.

Kapcsolódási pontok

Intézményi partnereik követik a piacon megvalósuló informatikai fejlesztéseket?

– Olyan intézmények is vannak, amelyek még mindig a régi Főnix technológiánkat alkalmazzák. Ezek a kórházak dupla fejlesztési és fenntartási kapacitást jelentenek nekünk, mert a régi rendszerünket ugyanúgy kell fejleszteni, törvényeket, rendeleteket követni vele, mint az újat. Ezért azt tervezzük, hogy kidolgozunk számukra egy költ-

H *Hogyan kapcsolódhatnak Önök az egészségügy átalakításához?*

– Attól tartok, a reformmal járó nehézségek éppen fő partnereinket, a kisebb méretű kórházakat sújtják leginkább. Az informatikai rendszerek szempontjából nem csak a teljes megszüntetés, hanem egy komolyabb átalakítás is negatív következményekkel járhat. Az egészségügyi üzletág szereplői jogosan tartanak attól, hogy a piac beszűkül, és kisebb lesz az igény a korszerű eszközökre, az informatikai megoldásokra, a beszállítókra, vagy akár a takarító szolgáltatásra. Az egészségügy kiszolgálóinak nem szabad karba tett kézzel ülniük, mert aki nem gondolkodik stratégiai szemlélettel, és nem próbál valami újat és sajátosat nyújtani megfelelő minőségben, az előbb-utóbb eltűnik a piacról.



Értékén kezelni a beszállítókat

Tamás Viktor, a GE Healthcare magyarországi értékesítési igazgatója a cégnél töltött első teljes évének eredményeiről és a GE Healthcare magyarországi fejlődéséről beszélt olvasóinknak.

Hogyan értékeli a GE Healthcare az idei évet?

– Úgy hiszem, sikeres, meglehetősen sikeres évet zárunk 2006-ban. Szép eredményeket értünk el a nagyobb modalitásokat átfogó és az önálló projektekben egyaránt. Sikeres telepítéseket végeztünk a Honvédkórházban és a Bajcsy Kórházban, és eredményesek voltunk többek között a SOTE Érsebészeti Klinikáján és Zalaegerszezen is, ahol hemodinamikai berendezést telepítettünk. Természetesen érdemes lenne minden egyes gépet megemlíteni, mert idén van mire büszkének lennünk. Legfontosabb előrelépésünknek mégis a szív- és érrendszeri betegek vizsgálatával foglalkozó készülékek terén elért sikereket tartom. Az idén öt ilyen színvonalas berendezést telepítettünk, ami az elmúlt évekhez képest jelentős előrelépést jelent.

Köszönhető ez annak, hogy több pályázatot írtak ki 2006-ban, vagy a GE Healthcare berendezései lettek kapósabbak?

– Mindkét állítás igaz. A piaci pozíciónk erősítésében nagy szerepet játszott belső struktúránk átalakítása, illetve az a tény, hogy a magyar piacra nagyobb hangsúlyt helyez a cég. Ez köszönhető annak is, hogy dedikált vezetés alá került az itthoni értékesítés, létrejött a magyarországi értékesítési igazgatói pozíció. A korábbinál valamivel több pályázati kiírás jelent meg igényes, magasabb szakmai követelményekkel, fair verseny keretében a magyar piacon. Ilyen körülmények között sikeresen vettük fel a versenyt a piac többi szereplőjével. Beérni látszik tehát az új, bizonyos kiemelt területekre fókuszáló stratégiánk.

Milyen elképzelésekkel vágnak neki a jövő évek?

– Úgy látom, a jövő év, elsősorban az egészségügy átalakítása miatt, némi bizonytalanságot hordoz minden egészségügyi szereplő számára. Mindenesetre mi bízunk ab-

ban, hogy az egészségügyi reform keretén belül a hatékonyabb diagnosztika, illetve a megelőzéshez tartozó szűrő- és diagnosztikai programok nagyobb odafigyelést kapnak. Számítunk további fejlesztésekre, beruházásokra is, hiszen a kiemelt súlyponti intézetek csak korszerű technológiával, modern diagnosztikai eszközökkel tudják ellátni megnövekedett feladataikat. Reményeink szerint már jövőre is jelentős uniós fejlesztési pénzek áramolnak a magyar egészségügybe, és ebből a struktúraváltás mellett jelentős rész jut a technológiai fejlesztésre is.

Milyen kiemelt fejlesztési területekkel számolnak?

– A hagyományos röntgenpark rendkívüli mértékben elöregedett. Szükség lenne a generációváltásra, ami a direkt digitális technológia felé történő elmozdulást jelent. Ám a jelenleg népszerű foszforlemez megoldásokkal csak a felvételek készítését lehet digitalizálni, a munkafolyamatok nem válnak sokkal hatékonyabbá. Tudomásul kell venni, hogy a jövő a direkt digitális megoldásoké. A korszerű, flat-detektoros, direkt digitális rendszerek megújíthatják a munkafolyamatokat, és hatékonyabbá tehetik az ellátást. Bizom abban, hogy a felelősségteljes intézmények nem a meglévő, öreg technikát toldozzák-foldozzák majd, hanem ahol megnő a diagnosztikai igény, ott ennek megfelelő, érdemi technológiai váltás is bekövetkezik.

Hogyan kapcsolódhat az egészségügy átalakításához a GE Healthcare?

– Az egészségügy átalakítása részben strukturális, részben infrastrukturális kérdés. Mi az utóbbiba tudunk bekapcsolódni, és ezen a területen szeretnénk tudásunkat és tapasztalatunkat rendelkezésre bocsátani. A beszállító cégeknek óriási szerepe van a magyar egészségügy működtetésében, hiszen finanszíroznak, raktárkészleteket bocsátanak rendelkezésre, és cash-flow szempontból jelentős terhet vesznek le az egészségügyi intézmények válláról. Jó lenne, ha a rendszer átalakításánál is figyelembe vennék ezt, hiszen ha ezeket a támogatásokat kivonnánk, az jelentős problémákat okozna.



Tamás Viktor és a Központi Honvédkórház új, flat-detektoros GE digitális átvilágítója

Milyen támogatást tudnak Önök az egészségügy átalakításához nyújtani?

– Úgy vélem, fontos, hogy a beszállítói oldal hozzáadott értékét is megfelelően, a helyén kezelje a magyar egészségügy. Érdekképviselői szervezeteinken, például az Orvostechnikai Szövetségen, vagy az AmCham-en keresztül nyugodtan lehetne bennünket akár konzultációs partnernek is tekinteni. Ez különösen az új technológiák kidolgozásánál fontos, hiszen rengeteg olyan tudás és tapasztalat van a birtokunkban, ami sokat segíthet a magyar egészségügy átalakításában. A novemberi chicagói RSNA kongresszuson a GE Healthcare fő mottója az „Early Health”, azaz a korai egészség volt. Cégünk alapvető filozófiája a prevencióra és a korai diagnózisra koncentrálni. Egy betegséget elkerülni vagy korai stádiumában felismerve gyógyítani sokkal olcsóbb, mint később drága pénzen kezelni. Valószínűleg a beteg túlélési esélyei is sokkal jobbak, tehát az egészségügy társadalmi hasznossága is nagyobb. Ezért rendkívül fontosnak tartjuk a diagnosztikai vizsgálatok prevenció irányába történő kiterjesztését. Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban már kellő tapasztalat jött létre a CT- és MR-vizsgálatok szűrő funkcióival kapcsolatban. Érdemes lenne megszívlelni e vizsgálatok, gazdaságossági és költséghatékonysági tanulmányok eredményeit. Ha már egyszer tényleg radikálisan változtatunk a struktúrán, akkor most van lehetőség változtatni a szemléleten is.



A RACIONALITÁST A FELHASZNÁLÓKKAL EGYÜTT KELL KIDOLGOZNI

Biztonság szakmai protokollok mentén

A magyar egészségügyi ellátás leendő súlyponti kórházai mellett – a Mölnlycke Health Care Kft ügyvezető igazgatója, Győri András meglátása szerint – kiemelt szerepük lesz a regionális intézeteknek is, hiszen a lakosság ellátásában továbbra is jelentős szerep hárul rájuk. Az igazgató a kórházak jövője szempontjából a pozitív lehetőségekre koncentrálna.

H *Igazgató úr, milyen volt a 2006-os év a Mölnlycke Health Care Kft. életében?*

– Az országban rengeteg változás történt, melyek befolyásolták az egészségügyi ágazat szereplőinek eredményességét. Mi is felemlés időszakon vagyunk túl, a vállalat összképét tekintve mégis azt mondhatom, hogy sikeres volt az idei év. A Mölnlycke az egészségügyi ellátás két szegmensében érdekelt. Műteti egyszer használatos termékeink tekintetében nagyon szép fejlődést értünk el, a mai finanszírozási lehetőségek mellett kalkulálható eredményeket elértünk. Kötszer területen elindult egy átgondoltabb, protokoll szerinti ellátási rendszer kialakítása, de ez a folyamat inkább csak a következő évben érezheti konkrét hatását, mert a tenderek lefolytatása és rendszerbe állítása időigényes feladat. Az otthon ápolt betegek ellátása nagyon jól szervezeten alakult, az év utolsó hónapjában azonban gyökeres változások fognak ezen a területen bekövetkezni. Nagymértékben visszaszorították a felírási lehetőségeket. E területen igyekszünk megőrizni a szakmaiságot, amennyire az új rendszer enged, és mindent el fogunk követni annak érdekében, hogy a betegeket megfelelően ellássuk.

H *Idén jelentős arculatváltás is történt a cégnél.*

– Marketing tevékenységünk is sikeresnek mondható. Arculatváltásunk egy tulajdonoscserenek köszönhető, és komoly megmozdulást, változást jelentett a vállalat életében. Nem csak Magyarországon, hanem az egész világon megújult a cég arculata. Új filozófiával folytatjuk a munkánkat, és a megkezdett vonalon építjük tovább a piacot. Tervezzük, hogy itthon is bevezetjük a világon

mára elterjedt és jól bevált eljárásokat. Az Európai Unió által elfogadott rendszerek között számos, Magyarországon is használható termék található, például műteti textília, vagy a krónikus sebellátás területén. Adaptálásukat már ebben az évben elkezdjük, de a gyakorlatban inkább a jövő év tevékenységeit érintik.

Megalapozott együttműködés

H *Ezek a termékek harmonizálnak az említett újfajta kórházi protokollokkal?*

– Hogyne. Az új kórházi protokollok megvalósulása egy nagyon pozitív folya-

hető, minőségi és biztonságos termékeket használnak a betegellátás során. Úgy látom, hogy az orvostársadalomban már van erre igény. A régi rendszer használható volt, de az átalakításokkal a működtetés biztonságossága is új szempontokat vet fel.

H *Az idén megkezdett projektek beérésén túl mire számít a 2007-es évben?*

– Mindig azt mondjuk, ennél rosszabb ne legyen, de biztos, hogy 2007 nehéz év lesz. Az egészségügyben zajló változásokat nem tisztem kommentálni. Az új rendszer életbe lépése a mi részünkről is átszervezést igényel. Tudjuk, hogy



Győri András

mat. Többek között azzal támogatjuk, hogy bemutatjuk a külföldi tapasztalatokat. Itthon felméréseket végzünk a gazdaságosságra és a hatásmechanizmusokra vonatkozóan. Vizsgáltuk továbbá a betegelégedettséget, próbáltunk minél több véleményt gyűjteni. Az így megszerzett tudás birtokosaként hiteles képet kaphatunk arról, hogy a mostani finanszírozás és a jellemző szaktudások alapján melyek a reális fejlesztési irányok. A protokoll jellegű, megtervezett és kontrollálható rendszernek egy további előnye, hogy a szakemberek megfelelő védelmet kapnak az esetleges támadásokkal szemben azáltal, hogy a megfizet-

melyek azok a súlyponti kórházak, amelyekre oda kell figyelni, bár a struktúra még nem alakult ki teljesen. Esetükben felmérjük majd, hogy milyen ellátási szegmensekben aktívak, és hogy mely termékeinket tudjuk érdemben hozzáadni eszköztárukhoz sikeres működésük érdekében. Különböző szolgáltatásainkkal oly módon kívánunk segíteni, hogy a kórházaknak a velünk kötött üzlet során ne kelljen többet költeni, mint amennyit kényelmesen megengedhetnek maguknak. Így tesszük lehetővé, hogy egy átgondoltabb, követhetőbb és kontrollálhatóbb rendszert tudjanak használni.

Egyéni súlypontozás

H *Hogyan kapcsolódik a cég a súlyponti kórházakhoz?*

– A mi szempontunkból a súlyponti kórházaknak lesz a legmeghatározóbb szerepe, hiszen ezeken a helyeken fog lezajlani a beavatkozások 60-70 százaléka. Kiemelném azonban, hogy mind cégünk, mind pedig a magyarországi betegellátás szempontjából a regionális ellátó helyek is ebbe a kategóriába tartoznak. Mi személyesen mérjük fel a teljes piacot, mert csak így tudjuk felelősségteljesen eldönteni, hogy hol mire van szükség. A jövőt tekintve fontosnak tartom, hogy megfelelő tájékoztatást nyújtsunk ezeknek az intézményeknek, hiszen együtt dolgozni, gondolkodni és működtetni kizárólag úgy lehet, ha a kórházak ismerik szolgáltatásainkat, mi pedig tudomást szerezhetünk sajátos igényeikről. Rövid időn belül a kórházakkal együtt olyan alapot biztosíthatunk, amely az üzleti lehetőségek figyelembe vétele mellett szakmai szempontból is meghatározza mind a piac, mind pedig az ágazat helyzetét. Munkánkat több évtizede kezdtük el, és talán eljött az ideje, hogy tapasztalataink fokozottabban érvényesülhessenek. Nem hiszem, hogy 2007-ben drasztikus értékbe-

li változások következzenek, de azt gondolom, hogy 2008-tól jól kiépített kommunikációval és kellő türelemmel folyamatos fejlődést lehet produkálni.

H *Úgy látja, hogy a nyugat-európai trendet fogjuk követni, vagy sajátos igényei vannak az itthoni piacnak?*

– Magyarország dinamikusan halad előre. Bár már előtte is jelen voltunk, jellemzően a kilencvenes évek elején kezdődött az általunk forgalmazott termékek behozatala. Az utóbbi nyolc-tíz évben mindkét szegmensben dinamikus fejlődés tapasztalható. Az egészségügy átszervezésének elvileg az a célja, hogy tudatosan és kellően finanszírozva egy összpontosított költségvetésből megfelelő ellátást tudjanak biztosítani az illetékesek. Ehhez a rendszerhez racionalitás kell, de a racionalitást a felhasználókkal együtt kell kidolgozni. Az egyik lényeges elem például az olyan szolgáltatási egységek biztosítása, amellyel az intézetek kalkulálni képesek, hogy ha jelentkezik egy beteg, akkor a kórház azonnal kiszámolhassa, neki ez mibe fog kerülni. Miután az intézetek felmérték, hogy milyen költségvetésben gondolkodhatnak, és hogyan alakulhat az ellátási- és műtétszámból adódó bevételük, úgy tervezünk üzletet kötni ve-

lük, hogy az általunk biztosított termékekkel semmiféleképpen ne lépjük túl az egységre adható költséghányadokat.

Szakmai szerepvállalás

H *Kereskedelmi tevékenységükön kívül Önök mindig sokat tettek az intézeti menedzsmentek és a kórházi szakma fejlődésének érdekében. Mit terveznek a jövő évre?*

– Amint világhosszá válnak a kórházak struktúrái – ennek az első negyed évben meg kellene történnie –, egyenként le fogunk ülni a súlyponti és regionális ellátásban aktív intézetek vezetőivel, hogy megbeszéljük, a jövőben milyen vonalak mentén tudunk együttműködni. Szeretnénk a kórházakkal együtt feltérképezni az intézményen belül működő folyamatokat, hogy közösen találjunk megoldásokat a gazdaságosabb, megbízhatóbb és egyszerűbb struktúrák kialakítására. Az aktuális igények ismeretében majd ki tudjuk dolgozni az oktatás, a szakmai továbbképzés leghatékonyabb módszereit is, és valódi segítséget tudunk nyújtani, személyzeti és vezetőségi szinten egyaránt.

RADNAI ANNA

újságíró

NEHÉZ ÉVET ZÁRTUNK

Jövőre még nehezebb lesz

2007 a túlélés éve lesz. Látunk potenciálisan pozitív változásokat, de ezek nem a jövő évben fognak megvalósulni, hanem inkább 2008-2009-ben – véli dr. Szokodi Csaba, a Johnson&Johnson Kft. ügyvezető igazgatója.

H *Igazgató úr, hogyan értékeli 2006-ot?*

– Nagyon nehéz feladat az idei év értékelése, mert nagyon nehéz éven vagyunk túl, ráadásul úgy, hogy talán egy még nehezebb év előtt állunk. A Johnson&Johnson változatlanul kitart abbéli filozófiája mellett, hogy partnerként, innovatív társként kíván az egészségügyben dolgozni. Erről nem tettünk le 2006-ban sem, és a jövőben is ezen irányelv

mentén fogjuk folytatni tevékenységünket. A bizonytalan helyzet miatt nem szeretnénk a jövőben lemondani a cég társadalmi felelősségvállalási programjainak továbbviteléről sem.

Felelősségvállalás

H *Mely programokra gondol?*

– Társadalmi felelősségvállalási programjaink terén idén is sikerült jelentős eredményeket elérni. 2007-ben reményeink szerint elindul az a mobil ráksűrítő állomás, melyet a Janssen-Cilag gyógyszergyárral és a Rákligával együttműködve közösen valósítunk meg. Az évek óta zajló Project Hope program átalakításával pedig egy egészségügyi felsővezetői mentor kurzust indítottunk el, amely nem is

hagyományos oktatási, hanem egyfajta interaktív, konzultatív jelleggel segíti a legnagyobb számban magyar, de emellett szlovák, román, szerb egészségügyi felsővezetők, gazdasági igazgatók, főigazgatók, egészségpolitikusok, egészségbiztosítási szakemberek tudásának fejlesztését. A résztvevő szakembereknek a két és fél éves program végén lehetőségük van a Sheffield-i Egyetemen az egészségügyi menedzsment „Master” fokozatának megszerzésére.

H *Filozófiájuk lényege a partnerség és innováció. Milyen innovatív termékeket mutattak be idén?*

– A piaci nehézségek ellenére előrelépésnek tartom, hogy idén ismét új technológiákkal tudtunk megjelenni Magyarorszá-

gon. Például megjelent gyógyszerkibocsátó koszorúér tágtító implantátumunk, azaz sztentünk új generációja. Bemutattuk a speciálisan minimál- vagy mikroinvazív technológiára kifejlesztett csípőprotéziseket is, illetve a plazmasterilizáló berendezéscsalád kifejezetten műtőben és rendelőben használható, kicsinyített, ugyanolyan gyors és hatékony változatát. Az eddig működő szív elektro-anatómai rendszerek bővítéseként egy speciális ultrahangos technológia kombinációjával még pontosabb beavatkozást teszünk lehetővé. Arra is volt példa, hogy nem kifejezetten értékesítési konstrukciókban, hanem tudományos együttműködési partnerkapcsolat keretein belül jutott el a magyar egészségügybe egy nemzetközileg is forradalmian új, a szívizom regenerálódásának új lehetőségét megteremtő kardiológiai technológia.

Befogadási problémák

H *Hogyan jutnak el az újdonságok az intézményekbe?*

– Óriási problémát jelent, hogy a kórházakban használt orvosi technológiáknak nem létezik átlátható és jól működő befogadási rendszere. Ezért az új technológiák piaca kerülése nehézkes és esetleges. Ebből a szempontból még romlott is a helyzet az idén az előző évekhez képest, mert az előző időszakban legalább volt évente egyszeri befogadási lehetőség, amikor az intézmények pályázhattak kapacitás bővítésért. Idén az Egészségügyi Minisztérium önálló joga lett az, hogy megítélje, milyen új technológiát finanszíroz. Sem a kórházak, sem az új és hatékony technológiát ajánló cégek nem fordulhatnak elbírálás céljából egy transzparens befogadó rendszerhez.

H *Milyen lehetőség marad a befogadásra?*

– Ahogyan említettem, a kórházi oldalon jelenleg egyoldalú és kiszámíthatatlan befogadás működik. A gyógyászati segéd-eszközök területén kibontakoznak egy transzparens rendszer körvonalai, a közgyógyellátásban alkalmazott termékek esetében pedig elindítottak egy elektronikus rendszert, amelyben az olcsóbb új technológiákat befogadják. Ez azért meglehetősen cinikus hozzáállás a finanszírozó részéről, mert annak ellenére, hogy az összes ráfordítást figyelembe véve gazdaságosabb lehet az alkalmazásuk, az új, korszerűbb és hatékonyabb termékek általában drágábbak. A konzultációk során azt a kormányzat is belátja, hogy új tech-

nológiára, illetve azok befogadására szükség van és meg kell teremteni ennek transzparens lehetőségét, ám például humán erőforrásbeli hiányra hivatkozva, ez évek óta nem valósul meg. Mi többször több fórumon felajánlottuk, hogy amiben tudunk, segítünk.

H *Milyen eredményel?*

– A jelenleg zajló egészségügyi reform a kormányzati indokok szerint a sürgősség miatt mellőzte a konzultációt az egészségügyi iparral is, amit nem tartunk helyesnek. Ráadásul az egészségügyi döntéshozókkal, minisztériumi, egészségbiztosítási szakemberekkel kapcsolatban azt érzékeljük, hogy szinte félnek, veszélyesnek tartják azt, hogy az egészségügyi iparral szóba elegyedjenek, mintha ez bűnös és kerülendő magatartás lenne. A kormányzat időnként ugyan leül az Orvostechnikai Szövetséggel, vagy az AmCham (Amerikai Kereskedelmi Kamara) Egészségügyi Bizottságával tárgyalni, de mi ezeken a tárgyalásokon is azt érzékeljük, hogy nagyfokú a bizalmatlanság. Mi őket partnernek, ők viszont bennünket valami egészen másnak tekintenek.

H *Ez miben nyilvánul meg?*

– Azt érezzük, hogy a finanszírozók szerint, a piacon működő innovatív egészségügyi cégeknek semmi más céljuk nincs, mint az államkassza, az OEP-költségvetés megcsapolása. Észrevétlen marad, hogy e vállalatok – köztük a Johnson&Johnson – alapvető célja, hogy a betegek gyógyítását segítsék a folyamatosan fejlesztett és piacra bevezetett újabb és újabb technológiákkal. Bizalmi válság van a két fél között. Ez volt a véleménye az EUCOMED (Európai Orvostechnikai Szövetség) közelmúltban itt tárgyaló delegációjának is, ezért minden erőfeszítésünkkel azon kell dolgoznunk, hogy a bizalom helyreálljon. Ám ehhez

partnerségre van szükség, ami kétoldalú kapcsolatot jelent, és mindkét fél változását, szemléletváltását igényli. Mi nyitottak vagyunk az együttműködésre, szeretnénk is segíteni, ezzel is támogatni a reform előremutató változásait.



Dr. Szokodi Csaba

2007

H *Milyen lesz a jövő év?*

– Ahogyan már említettem, az idén nehéz évet zártunk, de a jövő év talán még keményebb lesz. Az egészségügyben nincs olyan ember, aki ne arról beszélne, hogy itt ülünk az egészségügyi reform kellős közepén. Azt senki sem vitatja, hogy az egészségügyi rendszer markáns átalakítására szükség van. Az is természetes, hogy mindenki, saját érdekei által vezérelve, azt firtatja, hogy az átalakítás milyen hatással lesz az ő tevékenységére. Sok még a bizonytalanság a részleteket illetően.

H *Mit várnak 2007-től?*

– Talán kissé túlzó a megfogalmazás, de szerintem 2007 a túlélés éve lesz. Látunk potenciálisan pozitív változásokat, de



ezek nem a jövő évben fognak eredményeket hozni, hanem inkább 2008-2009-ben. Helyi vállalati szinten fel kell készülnünk a változásokra, elemeznünk kell azokat a rizikótényezőket, amelyeknek a kezelése a további munka szempontjából meghatározó lesz. A legsúlyosabb kérdés az, hogy a reform, illetve a magyar egészségügyi piac remélhetően rövid távú visszanyesése, mennyire bizonytalanítja el az anyavállalatot, mennyire kell visszafognunk erőforrásainkat, mennyire torpan meg a hazai leányvállalat fejlődése. Kérdéses az is, hogy a reform mennyire lesz sikeres és azok a változások, amelyekről beszélünk, három év múlva valóban hoznak-e pozitív változásokat, vagy pedig a tönk szélére sodródik a magyar egészségügy és olyan folyamatok kerekednek felül, amelyeket egyikünk sem látna szívesen, sem üzleti partnerként, sem pedig betegként.

H Milyen hatása lesz Önökre a magyar egészségügy átalakításának?

– A Johnson&Johnson Orvostechonológiai Szektora azzal számol, hogy rövid távon biztosan szűkül a piac, hiszen megváltozik az intézmények profilja, az aktív ellátórendszer mérete csökken. A kormányzat nem tagadja, sőt egyértelműen hangsúlyozza, hogy keresleti piacot kíván felállítani, bizonyos „elektív” eljárásokra várólistákat fog kialakítani és fenntartani.

Kockázatok

H Milyen kockázatokat lát az egészségügy átalakításával kapcsolatban?

– Kockázatot jelent, hogy ha nem alakul ki korrekt párbeszéd és ész érveken alapuló együttműködés az ipar és az egészségügyet formálók és irányítók között, akkor nem kerülnek be új innovatív technológiák Magyarországra, azokat nem lesz módunk megismertetni a hazai orvosokkal, ez által nem tudunk megfelelni a saját hitvallásunknak, nem tudjuk elősegíteni a magyar betegek korszerű és hatékony gyógyulását. Nekünk elhivatott kötelességünk, hogy mindig a legmegfelelőbb, legkorszerűbb egészségügyi eljárásokat ajánljuk az orvos szakma számára, és ezen eljárások használatát meg is tanítsuk számukra. Ha ezt a csatornát elzárják, akkor ki fogja helyettünk elvégezni a feladatot?

H A finanszírozás kiszámíthatatlansága a már jelen lévő korszerű technikák megfelelő számú és indikációjú alkalmazását is visszaszoríthatja?

– Vállalatvezetőként az is kérdéses számomra, hogy a változtatások mikor hoznak érezhető javulást a látványosan növekvő kórházi adósságállomány csökkenésében. Ma már közhelynek számít, hogy a szállítók jelentős mértékben finanszírozzák az intézmények pénzforgalmi hiányát. Számomra kritikus kérdés, hogy hol van az a határ, amelynél nemet kell mondani, és a szállítás leállításával kell gátat szabni a kintlévőségek további növekedésének.

Optimizmus

H Optimistán vagy pesszimistán szemlélik a jövőt?

– Természetesen bizakodóak vagyunk. Elhisszük azt, ami a szakmai fórumokon, például a novemberi Világgazdaság Konferencián a kormányzat részéről elhangzott, mely szerint az egészségügyből nem kívánnak pénzt kivonni, hanem a kapacitásokat és ellátórendszert szeretnék racionalizálni. Ezért közép- és hosszú távon arra számítunk, hogy egy koncentráltabb és hatékonyabb ellátórendszerben, beszállító partnerként nekünk is egyszerűbb és hatékonyabb lesz az együttműködésünk az intézményekkel. Ehhez viszont valóban az kell, hogy ne legyen forráselvonás, és azok a finanszírozási tételek, amelyek ma esetleg elaprózva jelennek meg a magyar egészségügyben, a koncentrált, súlyponti és más regionális intézményekben megmaradjanak.

H Milyen eredményt várnak ettől?

– Optimisták vagyunk azért is, mert azt is elhisszük, hogy a csökkentett kapacitású, szűkített struktúrájú ellátórendszer valóban törekedni fog az ellátás színvonalának emelésére. Ez azt jelenti, hogy megszabadulunk azoktól a káros tendenciáktól, amelyeket az utóbbi években sajnos megéltünk, mely szerint a gazdasági nyomás miatt minden esetben arra törekedtek az intézményi vezetők, hogy a lehető legolcsóbb, a legkisebb napi költséggel járó eszközöket használják. Ez talán megváltozhat, és a minőség valamint a hosszú távú hatékonyság előtérbe kerülésével, a Johnson&Johnson, amely fejlett innovatív technológiákat hoz a piacra, nagyobb lehetőségeket kap.

Lehetőségek

H Miért lesz ettől több lehetőségük?

– Ha a ma uralkodó, rövid távú, fiskális szemlélet átalakul, és belátjuk azt, hogy kisebb kapacitáson, hatékonyan, szolgálati

versenyt teremtve kell a kórházaknak működniük, nem lesz mindegy, hogy milyen módszerekkel és technológiával, mennyi idő alatt, és nem utolsósorban milyen eredményekkel látják el a betegeiket. Ez remélhetően ahhoz is fog vezetni, hogy azok a megkérdőjelezhető eredetű és minőségű termékek, amelyek az utóbbi évek gazdasági nyomásának hatására elárasztották az országot, háttérbe szorulnak, és kizárólag klinikailag kipróbált, egyértelműen és igazoltan hatékonyan működő termékek kerülnek alkalmazásra.

H Eddig sem azért nem vásárolták olyan mértékben ezeket a termékeket, mert nem fogadták el elsődlegességüket, hanem mert nem volt rá anyagi erőforrásuk.

– Abban is bízom, hogy a kapacitás átalakításával, az egészségügyi reformmal az orvosi szakma és a szakmaiság értéke is a helyére kerül, mert az utóbbi évek tapasztalata szerint a kórházakban a gazdasági kényszer hatására megszülető szakmai döntéseket, új technológiák bevezetését, eszközök felhasználását, erősen befolyásolták a torz gazdasági lehetőségek. Tudjuk, hogy sok esetben az intézményünk finansziális helyzete által sarokba szorított gazdasági vezetők nem tudják az orvos szakma által elvárt dologi háttérrel biztosítani a betegellátás számára. A változások teremthetnek olyan szituációt, hogy ha ezek a finanszírozási keretek megmaradnak, koncentrálnak, egy-egy intézményben egyértelmű bővülést jelentenek, ezáltal megteremtődik annak a lehetősége, hogy az orvos szakma befolyása, azaz a szakmai munka minőségének fontossága a betegek érdekében teret nyerjen.

H Hogyan tudják támogatni ezeket a folyamatokat?

– A Johnson&Johnson igazi partnerként kíván részt venni a változásokban. A felelős szakmai szervezetekben (Orvostechonikai Szövetség, AmCham Egészségügyi Bizottság) ma is folyamatosan dolgozunk, és az említett Project HOPE program támogatásával is igyekszünk mindent megtenni annak érdekében, hogy az összes érintett fél folyamatos párbeszédének eredményeként hasznos és hatékony változások történjenek. Világszerte olyan információbázist és tudásanyagot halmoztunk fel, amivel megítélésünk szerint nagyon sokat tudunk segíteni, de természetesen csak akkor, ha kérdeznak bennünket.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



Több odafigyelés

Bakallár Sándort, a BSoft Informatikai Kft. ügyvezető igazgatóját az egészségügyi kontrolling népszerűségéről, ideai fejlődéséről és jövőbeli lehetőségeiről kérdeztük.

H Milyen sikereket könyveltek el 2006-ban?

– Talán sikernek nevezhetem, hogy a kontrolling, illetve a mi kontrolling megoldásunk jelentősége az előző évekhez képest nem csökkent ebben az évben. Már a tavalyi évben is stabil felhasználói kör jött létre, idén nem történt lényegesebb bővülés. Mára a kontrolling annyira általánossá vált, hogy nincs olyan kórház, ahol valamilyen szinten ne foglalkoznának vele. Az más kérdés, hogy mennyire szabványosan, automatizáltan és precízen igyekeznek ezt megtenni. Ahol nincs megoldva az üzemgazdasági számvitel vagy nincs tervezés és terv-tény elszámolás, ott azért nem beszélhetünk tényleges kontrollingról, jó esetben vezetői számvitelről.

H Megfelelően alkalmazzák a kórházak ezt az üzleti funkciót?

– Sajnos, a bevételek csúszása és a könyvelés év eleji elhúzódása miatt sok helyen követő jelleggel használják a kontrollingot. Akár több hónapos késésre is van példa, amelyen azért lenne



Bakallár Sándor

érdemes javítani, mert a tevékenység lényege, hogy kontrolling jellegű eredménykimutatás a tárgyhónapot követően, nagyon rövid időn belül, akár nem véglegesen, gyorsjelentés formájában az intézményvezetés rendelkezésére álljon.

H Miben látja az elmaradás okát?

– Objektív szempont, hogy sok intézményben a számviteli rendszerek március-április előtt nem tudnak adatot szolgáltatni a kontrolling rendszerek számára, mert az adminisztráció az elő-

ző év lezárásával és a tárgyév költségvetési tervezésével foglalkozik. Ezért, ha szükséges, akár a főkönyv kikerülésével, akár az analitikus alaprendszerek adatainak közvetlen átvételével érdemes kiküszöbölni ezt a hiányosságot. Egyenlőre kevés az a kórház, ahol a januári tényköltségek már február közepén rendelkezésre állnak, a számviteli feldolgozás naprakésztsége sok helyen hagy kívánni valót maga után. Másrészt még mindig sok helyen csak negyedévenként zár a főkönyv a havi ciklus helyett.

H Tapasztalható fejlődés is ezen a területen?

– Igen, a teljesítményadatok tekintetében egyre több helyen jelenik meg az igény, hogy ne csak a tárgyhónap lezárását követően lássa a vezetés az előbesorolt betegforgalmi teljesítményt és a várható bevételeket, hanem ez hónap közben, akár heti bontásban is rendelkezésre álljon. Ez persze megfelelő minőségű medikai rendszer működését követeli meg, és azt igényli, hogy az adminisztratív fegyelem érvényesüljön az osztályokon is, az eset adatokat távozáskor véglegesítsék. Sok helyen még most is az a gyakorlat, hogy az adott hónap végén az osztályos adminisztráción rohammun-kában pótolják a fekvő esetek adatlapjainak lezárását.



BSoft
informatika

MEGBÍZHATÓ MEGOLDÁS TÖBB MINT 50 INTÉZMÉNYBEN

KVIK – Kórházi Vezetői Információs és Kontrolling szoftver

- Egészségügy-specifikus KONTROLLING és VIR rendszer (mutatószámok, benchmarking)
- Betegellátási, finanszírozási információk: eset, orvos/OENO/BNO/HBCS, osztály
- Szabványos módszertan, kontrolling tervezési-, beszámolási eszközök
- Intézmény specifikus, grafikus vezetői és érdekeltségi beszámolók
- Automatizált üzemeltetés, a kvalifikált élőmunka minimalizálása
- Információ kihelyezés intraneten, folyamatos támogatás
- Valid adatforrás, strukturált információs piramis
- Esetszintű ráfordítás- és fedezet kezelés

BSoft Informatikai Kft.

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

H Milyen lehetőségeket lát a jövő ében?

– Szakmai szempontból azt látom, hogy nem fog csökkenni, sőt a jelenlegi kórházi struktúraváltásnak várhatóan lesz olyan következménye, hogy még inkább elterjed az egészségügyben is a kontrollíng és a vezetői információs megoldások használata. A megfelelő szoftvereszközök használatával automatizálttá válik a sokszor jelenleg nagyrészt kézi feldolgozásként működő tevékenység. Mivel még most sem lehet tudni pontosan, hogy a 2007-es kórházi struktúra milyen lesz és mikortól lesz olyan, ezért nagyon nehéz a mi piacunk szempontjából megbecsülni, hogy mi fog történni a jövő ében a kórházi kontrollíng és vezetői információs területen. Az viszont látszik, hogy kapacitáscsökkentés, ágyszám szűkítés és centralizáció várható. Az intézményi méret növekedése megköveteli a kontrollíng funkció létrehozását ott is, ahol ez főként a belső erőforrások hiányában még nem működik megfelelően.

H Tartanak-e üzleti visszaeséstől?

– Az intézményi változások rövid távon akár még bevételkiesést is okozhatnak, mert a több mint ötven intézményből, ahol szolgáltatást biztosítunk, valószínűleg megszűnik, beolvad vagy átalakul néhány. Ám abban reménykedem, hogy ez a változás nem lesz túl nagy mértékű. Talán azért sem, mert most is jórészt a nagyobb méretű intézményekben va-

gyunk jelen. Piaci részesedésünk aránya szükségszerűen nő, viszont bizonyos intézmények kiesésével referenciánk mennyisége csökken. Mindenesetre a 31 definiált súlyponti kórházból 23 helyen vagyunk jelen. Ha a 31-ből a legfrissebb hírek szerint 38 is lesz, ebben a körben 70 százalékos marad a piaci arányunk.

H Milyen fejlesztéseket terveznek?

– A kontrollíng és a vezetői információs rendszerek (VIR) még messze nem nyerték el méltó státuszukat. Erre utal az is, hogy a HEFOP 4.4 pályázati kiírásokban az intézmények egy része a gazdasági rendszer részeként fogalmazta meg kontrollíng igényeit, sőt néha a VIR igényeit is. Mégis a jelenleg futó HEFOP 4.4. projektek elősegítik egy még kiterjedtebb, átfogó vezetői információs rendszer megoldás, úgynevezett BI-VIR, azaz üzleti intelligencia (BI) alapú VIR létrehozását. Ez adatkörében kiszélesíti a jelenlegi VIR elképzeléseket, és operatívabbá teszi a vezetői információs megoldásokat, ami a napi feladatokat még inkább támogatja. Sokkal közelebb hozza az információelemzést a gazdasági, ellátási esemény bekövetkezéséhez, mint ahogy az eddigi, szokásos kórházi VIR megoldásoknál előfordult. Új megoldásaink web-alapúak, nem kötődnek helyi rendszerekhez. Ez azért is lesz időszerű jövőre, mert az összevonások miatt nőni fog a több telephelyes, egymástól távol

lévő intézmények száma, és egy webes megoldással sokkal könnyebb az információkat megosztani, mint a hagyományos belső hálózatos megoldással. Természetesen a fejlesztés során figyelembe vesszük azt is, hogy az egészségügy fizetőképessége eltér a gazdasági szférától, ezért igyekszünk korszerű, de kedvező licenclíriumú szoftvereszközöket felhasználni.

H Változtat-e a kontrollíng népszerűségén az egészségügy átalakítása?

– Az az érzésem, hogy nőhet a kontrollíng népszerűsége, mert a gazdasági megszorító környezetben kiemelkedő jelentőségű, hogy még jobban odafigyeljünk a költségekre és bevételekre, még inkább, rendszeresen biztosítsuk a pontos információkat. Rendszerünk egy része a betegforgalmi adatokkal és finanszírozással foglalkozik. Régebben, a TVK bevezetése előtt a bevétel növelésére is használták a pontos nyilvántartást. Most, amikor a bevételi környezet kötött, érdekes módon nem csökken e megoldás népszerűsége, mert a jelenlegi, korlátozott teljesítményt is precízen kell tudni nyilvántartani és elemezni.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

AZ AGFA REGIONÁLIS SZEREPE

Informatikai híd az egészségügyben

Dr. Hodosi Györgyöt, az AGFA Healthcare kelet-közép-európai regionális igazgatóját a képpalkotó diagnosztikai iparág idei fejlődéséről és az egészségügy átalakításához való kapcsolódási pontokról kérdeztük.

H Igazgató úr, hogyan alakult az Önök számára az idek évi?

– Mivel a magyar egészségügy is nagyon nehéz évet tudhat maga mögött, mi is nagyon nehéz éven vagyunk túl Magyarországon. Ráadásul ez volt az első évünk, amikor új regionális felosztásban

dolgoztunk. Mégis, az egész régiót tekintve, partnereink nagyon jól fogadták az önálló kelet-közép-európai régió kialakítását. Szerbiában, Bulgáriában, Horvátországban, Szlovéniában és itthon is az a vélemény, hogy sokkal jobban odafigyelünk a partnereinkre, mint korábban, amikor a nyugat-európai központokból zajlott a kapcsolattartás. Magyarországról sokkal jobban megértjük a problémákat, hiszen mi is keresztülmentünk a különböző fejlődési fázisokon.

H Minek köszönhető ez a változás?

– Az AGFA az elmúlt egy-két évben az egészségügyi informatika területén kü-

lönösen aktívvá vált. Orbis nevű integrált HIS, CIS, PACS, all-in-one megoldásunkat 2007 elejétől telepítjük Olaszországban, Spanyolországban, Franciaországban és a Benelux államokban. A német nyelvterületeken pedig jelentős referenciákkal rendelkezünk. Az informatikai orientáció következményeként jövőre rengeteg új befektetéssel indulunk. Gondolkodunk kutatás-fejlesztési beruházásokban is. Azt még nem döntöttük el, hogy Romániában, Bulgáriában vagy Magyarországon hozunk létre kutatóközpontot, ez elsősorban a különböző egyetemek és országok feltételrendszerén



műlik. A kutatóközpont informatikai és egészségügyi munkafolyamat elemzéssel, orvosi döntéstámogatással, a képi diagnosztikai információ feldolgozását segítő, döntéstámogató rendszerek fejlesztésével foglalkozik majd.

H *Gondolkoznak azon, hogy az Orbis informatikai rendszert Magyarországon is bevezetik?*

– Inkább azt vizsgáljuk, hogy Magyarországon milyen együttműködést tudunk létrehozni az itthoni egészségügyi informatikai cégekkel, illetve mely cégben tudunk szakmai befektetőként megjelenni. A régió és Magyarország az AGFA számára értékes befektetési terület.

H *Tehát az AGFA tevékenységére a jövőben is az informatikai orientáció lesz jellemző?*

– Pontosan. Az AGFA tradicionálisan az informatikai integrációból él. A kezdetekben különböző modalitások jeleit kellett integrálni egy PACS vagy bármilyen más informatikai rendszerbe. Nagyon sokat tanultunk a piacon jelen lévő cégektől, megismertük, hogy hogyan kezelik a DICOM információkat, hogyan lehet hozzájuk optimális módon kapcsolódni, illetve hogyan lehet a nem-DICOM információkat átalakítani. Olyan megoldásokat hoztunk létre, amelyeket sokszor a modalitást gyártó cégek is tőlünk rendelnek meg, hogy a modalitást megfelelő mértékben tudják felhasználóbaráttá tenni.

H *Tulajdonképpen híd szerepet töltenek be.*

– Az AGFA volt az első, amely kifejlesztette azt az informatikai brókert, amely HL7 és DICOM információkat fordít oda-vissza. Szinte az összes nagy informatikai és diagnosztikai cég ezt a terméket használta. Persze, a kor túllépett bizonyos integrációs stratégiánkon, de ezt továbbfejlesztettük, és továbbra is az áll az üzletpolitika középpontjában, hogy kórházi informatikai, klinikai, labor és kardiológiai informatikai rendszerek integrációjával és közös platformra hozásával foglalkozunk.

H *Milyen eredményeket értek el 2006-ban Magyarországon?*

– Jelentős sikerként könyveljük el, hogy mammográfiában szó szerint egyről a kettőre jutottunk, megdupláztuk itthoni digitális mammográfiai berendezéseink számát. Korábban HeartLabnek, most AGFA HeartLabnek nevezett kardiológiai megoldásaink számát, szintén megdupláztuk, és e tekintetben is komoly terveink van-

nak. 2006 végén már több mint húsz magyar intézményben működik AGFA PACS-rendszer, általában foszforlemez modalitásokkal együtt, illetve más direkt digitális megoldásokhoz kapcsolódóan. Ez is na-

en integrált informatikai rendszerrel egy kórházon vagy régióon belül szintén el lehet érni. Mi váltig hisszük, hogy egy teljesen digitális információcserén alapuló modern kórházi struktúrát jóval hatéko-



Dr. Hodosi György

gyon szép eredmény. Ráadásul egyre többen látják a komplex integrált rendszerek munkafolyamatban és gyógyításban nyújtott hozzáadott értékét. Idei személyes eredményeimről csak annyit, hogy idén ősszel, életemben először lefutottam a félmaraton. Jövőre a maraton a cél.

H *Nem vont el erőforrásokat Magyarországtól a regionális fejlődés?*

– Éppen ellenkezőleg. Nagyon jó a csapatunk, létszámban is növekedtünk, egy év távollét után visszajött hozzánk Lyczba Alexander, és átvette tőlem a magyarországi kereskedelmi tevékenység irányítását. Beváltani látszik a hozzá fűzött reményeket, nagyon sok feladatot vesz le a vállamról, így jómagam sokkal többet tudok koncentrálni a körülöttünk lévő országokra. Ennek eredményeként, forintban számolva, hoztuk az üzleti tervet, ami az elmúlt évhez képest közel 20 százalékos bővülést jelent. De talán még ennél is fontosabb eredményünk, hogy a régió teljesítménye 15 százalékkal növekedett, és emellett munkánk hatékonysága a duplájára nőtt.

H *Hogyan kapcsolódhat az AGFA a mai magyar egészségügy átalakításához?*

– Ugyanazt a hatékonyságnövekedést, amit a régióban el tudtuk érni, megfelelő-

nyabban lehet működtetni, mint a jelenlegi megoldásokat. Ez persze nem jelenti azt, hogy nincsen szükség a kisebb, nem teljes ellátást nyújtó intézmények körére, hanem az a lényeg, hogy ne duplázódjon, triplázódjon az információ bevitel, és az elvégzett szolgáltatás ne ismétlődjön meg többszörösen. Egy transzparens rendszerben egyre fejlettebb és növekvő hatékonyságot biztosító megoldásokkal tudjuk ezt az átalakítási irányt támogatni.

H *Milyen karácsonyi üzenetet fogalmaz meg a magyar kórházak munkatársainak?*

– Remélem, a családom még sokáig megértő lesz velem. Nagyon nehéz és fárasztó év áll mögöttünk. Mégis arra bátorítom kollégáimat, hogy próbáljanak meg régióban és partneri viszonyban gondolkodni a hozzánk, északra, délre, keletre, nyugatra közel álló népekhez. Jómagam óriási meglepetésként éltem meg azt, hogy mennyire értékelik a törődést, a megértést a szerbek, a románok, a montenegróiak, a horvátok és többi szomszédaink. A magyar egészségügynek is meg kellene tanulnia régióban gondolkodni és kihatással lenni a környező országokra.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



A kórházak jó partnerek

2006 folyamán két újabb kórházba költözött Eurest-konyha. A dinamikusan fejlődő cég eredményeiről és az egészségügy átalakításához való kapcsolódásokról Nyerges Jánost, az Eurest Étterem-üzemeltető Kft. ügyvezető igazgatóját kérdeztük.

H Igazgató úr, hogyan értékeli az idei év eredményeit?

– 2006-ban remek évet zárunk. Forgalmunkat több mint egyharmadával növelve elértük az ötmilliárd forintos éves árbevételt. E fejlődés négy pillérét szeretném kiemelni. Az első, amire a legbüsz-

gazdaság állapotát. A Magyarországon működő multinacionális cégek tevékenységét semmi sem tükrözi jobban, mint az alkalmazotti létszám és annak étvágya. Örömmel jelentem, hogy partneri körünkben jelentősen nőtt mindkettő. A fejlődés negyedik pillére is az étvágyhoz kapcsolódik: lényegesen többet költenek vendégeink éttermeinkben. Talán azért, mert több az újdonság, a finomság, talán lényegesen jobban végezzük feladatainkat, mint korábban. Az a célkitűzésünk, hogy az Eurest Kft. legyen a minőség meghatározója. A piacon vendégeink, partnereink és dolgozóink megelégedettsége mind-mind azt tükrözik vissza, hogy jó úton járunk.

H Milyen fejlesztéseket végeztek?

– 2006 folyamán számtalan olyan fejlesztési lépést tettünk üzleteinkben, amelyet vendégeink közvetlenül is érezhettek. Korszerűsítettük informatikai rendszerünket, sokkal gyorsabb pénztárgépeket helyeztünk üzembe, amely csökkentette a sorban állás idejét, és a visszajelzések alapján elégedettebbé tette ügyfeleinket, és jelentősen javítottuk kommunikációnkat partnereink, vendégeink és saját dolgozóink irányába. Emellett ráébredtünk arra a felelősségre, amit az a tény jelent, hogy naponta több mint 4negyvenezer ember nálunk veszi magához napi tápanyag igényének felét, kétharmadát. Ez óriási felelősséget ró ránk. Örömmel észleltük, hogy a fogyasztói magatartás elindult az egészséges életmód, ezen belül az egészséges étkezés irányába. Pontosan ezért vezettük be a „Tudatos választás” programunkat, amely segít egy fontos lépést megtenni vendégeinknek az egészséges életmód felé.

H Miből érzékelik a változásokat a vendégek?

– Jelentős fejlesztést hajtottunk végre az éttermeinkben is. Büszke vagyok arra, hogy ma már az összes Eurest-étteremnek egyedi hangulata van. Elsősorban azért, mert úgy gondoljuk, hogy ma az étterem már nem csak biológiai igények kielégítésének helyszíne, nem kávéház, hanem igazi étterem és egyben találkozóhely is, ahol vendégeink szeretnék jól érezni magukat, szeretnének pár szót beszélgetni étkezés közben. Mi figyelünk erre a környezetet.

Siker az egészségügyben is

H Milyen fejlesztéseket végeztek a kórházaknál?

– Az a munka, amit az elmúlt években végeztünk az egészségügyben, kezd beérni, és ez boldoggá tesz bennünket. Az említett fejlesztések az egészségügyben működő éttermeinkben és konyháinkban is megtörténtek, ezen felül növeltük a betegek választási lehetőségét, és komoly előkészületeket tettünk a kórházak informatikai rendszerével való integrációra is. A kórházak jó partnerek. Ebben a szegmensben is szerencsések vagyunk, mert



Nyerges János

kébb vagyok, hogy négy év óta nem veszítettünk partnert. Azt hiszem, a mi szakmánkban egy ilyen tény a legjobb szolgáltatási minőséget jellemzi. A második pillér, hogy több mint tíz új üzlettel, ebből kettő kórházzal gyarapodtunk. Így jelenleg közel ötven egységben szolgáltatunk. A növekedés harmadik pillére, hogy a munkahelyi szférában nőtt partnereink alkalmazotti létszáma.

H A magyar gazdaság javuló teljesítményéhez kapcsolódva?

– Ebből a szempontból szerencsések vagyunk, szinte gazdaságtudató részleget is nyithatnánk, mert az Eurest Kft. éttermei lakmuspapírként jelzik a magyar

Motiváció

H Mit gondol, mi áll a siker mögött?

– Biztos vagyok abban, hogy egy szolgáltató cégnél a siker kulcsa a motivált és képzett munkaerő. Az elmúlt években ezen a területen is sokat fejlődöttünk. Idén vállaltuk a megmérettetést, részt vettünk a Hewitt „Legjobb Munkahely” felmérésében, és nagyvállalati kategóriában bekerültünk az előkelő első tíz közé. Ha a jövőről beszélünk, engem leginkább az tesz optimistává, hogy képzett és motivált az Eurest csapata, van világos stratégiánk, így minden nehézségnek könnyebben vág neki az ember.



olyan partnerekkel dolgozunk együtt a kórházi főigazgatók, gazdasági és ápolási igazgatók személyében, akikkel jó együttműködni, közös jövőt tervezni és építeni. Mint azt az Önök olvasói is megtudhatták az elmúlt hónapokban, a Baranya Megyei Kórházban és a fehérgyarmati Szatmár-Beregi Kórházban átvettük az alkalmazottak és betegek étkeztetési ellátását. Mindkét helyen jelentős fejlesztéseket hajtottunk végre az étterem és konyhatechnológia területén. Különösen igaz ez Pécsre, ahol több mint negyedmilliárd forintot investáltunk egy európai színvonalú beteg- és alkalmazotti ellátás technikai hátterének kialakítására.

H Fejlesztették kiegészítő tevékenységüket is az egészségügyben?

– Előreléptünk a kórházi ételmezéshez kapcsolódó idősotthonok ellátása területén is, például Miskolcon a Megyei Kórházból látjuk el a Máltai Szeretettotthont. Ez előnyös az otthon számára is, hiszen nem kell fenntartaniuk egy konyhát. Közreműködésünk jelentős gazdasági előnyt, és meggyőződésem, hogy minőségi előnyt hoz, ami hasznos az otthonnak és hasznos a kórháznak is, hiszen a konyhai szabadkapacitás terhére kiszállított ételek után visszatérítést fizetünk az intézménynek, amely így többlet árbevételhez

jut. Miért is ne tennénk ezt, amikor azok az ételek, diéták, amelyek az idős emberek ellátásához szükségesek, rendelkezésünkre állnak az intézményben.

Jövőkép

H Mit hoz a jövő az Önök számára?

– Szakmánkat tekintve alapvetően pozitív vagyok, hiszen az emberek mindig is esznek majd. A munkahelyi étkeztetésben azt érzékeljük, hogy partnereink stabilan horgonyt vertek az országban, és a jövőben is számítanak az Eurest Kft. szolgáltatásaira. A jövő év az egészségügy területén egy óriási kérdőjel számunkra. Bár úgy gondolom, hogy pár hónapon belül az egészségügy területén is tisztábban fogunk látni. Ebben a szférában a jövőt illetően az egyik legnagyobb kérdés az intézmények fizetőképessége. A magyar kórházak beszállítói, köztük az Eurest Kft. is, egyre nagyobb kintlévőséggel rendelkeznek, és egyre jelentősebb mértékben finanszírozzák az egészségügyet. Kérdés, hogy ez meddig mehet tovább.

H Hosszabb távon terveznek az egészségügygel?

– Természetesen szeretnénk az egészségügyben is tovább erősíteni jelenlétün-

ket. Tervezzük, hogy bővítjük az egészségügyi intézményeknek nyújtott szolgáltatási palettánkat is. Ha már jelen vagyunk egy intézményben az étkeztetéssel, és partnerünk elégedett a tevékenységünkkel, akkor miért ne lépnénk tovább más szolgáltatási ágazatokba, például a takarítás, az őrzés-védelem és a komplex létesítmény-menedzsment területén.

H Hogyan tudnak kapcsolódni az egészségügy átalakításához?

– Tudunk és akarunk kapcsolódni, de erről egyelőre nem szeretnék beszélni. Elkezdtek azon koncepciók kidolgozását, amelyek már az új egészségügyi modellhez illeszthetőek lesznek az étkeztetés és létesítmény menedzsment területén. E koncepciók szervesen illeszkednek a kormányzat által meghatározott és elvárt hatékonyság növelési és költségtakarékossági célokhoz. Erről részletesebben akkor szeretnénk beszélni, amikor egyrészt letisztult az átalakulási folyamat, másrészt az első ilyen típusú referenciánk már működik.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

Drägermedical

A Dräger and Siemens Company



Kellemes ünnepeket és sikeres, eredményes 2007-et kívánunk partnereinknek: a magyar kórházak összes munkatársának!

RÉSZEI VAGYUNK A VÁLTOZÓ EGÉSZSÉGÜGYNEK

Új igazgató a Philips élén

Az egészségügyi üzletágat működtető multinacionális vállalatoknál alapvető tendencia a fokozódó egészségügyi orientáció. Hasonló a helyzet a Philipsnél is: félvezető üzletágukat értékesítették, és egyre hangsúlyosabban koncentrálnak az egészségügyre. A változás stratégiai hátteréről Benedikt Lauxot, a Philips Magyarország Kft. júliusban kinevezett igazgatóját kérdeztük.

H Igazgató úr, miért tűnik úgy, hogy a Philips egyre nagyobb erőfeszítéseket tesz az egészségügyben – világszerte és Magyarországon egyaránt?

– Elhivatottságot érzünk az egészségügy és a fejlett életmód fejlett technológia mentén történő, értelmes fejlesztése iránt. Ezt a stratégiát az elmúlt években határoztuk meg, és jelentős sikerekkel követjük. Nem titok, hogy a globális demográfiai tényezők megváltoztak. Az ENSZ statisztikái szerint a 60 év feletti népesség évente két százalékkal nő és a gyermekek létszáma is emelkedik. Az emberek várható élettartama folyamatosan nő, az Európai Unióban a fejlődési trend részévé válik a munkaerő és a családok globalizációja is.

Stratégia

H Mi a Philips stratégiájának lényege?

– Úgy véljük, hogy a következő gazdasági forradalom az ipari és informatikai forradalmat követően az egészségügyet és egészségtudatos életmódot érinti. Jól meghatározott céljaink vannak a változó demográfiai struktúra és a változó igények kezelésére. Stratégiánk középpontjába került az egészségügy, az egészséges életmód és a kettő közötti kapcsolat. Az egészségügy területén a legújabb technológiákra, valamint az egészségügyi költségek robbanásának csökkentésére koncentrálnak. A diagnosztika, kezelés és utókövetés hármasát állítjuk tevékenységünk fókuszába, a kórház előtti megfigyeléstől a képalkotó diagnosztikán, a műtőkben, illetve intenzív osztályokon való monitorozáson keresztül, a rehabilitációs intézményekben vagy otthon történő utókövetésig. Emellett stra-

tégiánk része a pozitív, biztonságos és stresszmentes környezet kialakítása, az egészségügyi intézményekben is. Ennek a stratégiának az egyik példája az „Ambient Experience” koncepció.

H Mi áll e koncepció középpontjában?

– Az „Ambient Experience” lényege, hogy a páciens részére, aki jelentős időt tölt el a CT, MR vagy ultrahang-vizsgálattal, nyugodt környezetet biztosítunk. A koncepciót olyan világítási környezet



Benedikt Laux

is kiegészíti, amely növeli az orvosok és technikusok tevékenységének hatékonyságát. Mind a vizsgáló, mind a vezérlő, mind a leletező helyiségekben olyan környezetet biztosítunk, amely sokkal kellemesebb a szemnek, így az orvosok és technikusok sokkal jobban érzik magukat és motiváltabban dolgozhatnak, a beteg pedig nyugodtabban viseli el a vizsgálatot. De a koncepcióban sokkal többről van szó, mint a Philips világítási részlegének bevonásáról: a Philips orvosi üzletága teljes portfóliót kínál a probléma kezelésére, melynek a diagnosztikai eszközök mellett része a világítás, a szórakoztató elektronika, a speciális monitorok és az egyedül háztartási berende-

zések is. E megközelítés célja, hogy a kórházi betegek számára sokkal magasabb ellátási színvonalat biztosítsunk.

A Philips Magyarországon

H Hogyan értékeli a magyar egészségügyön belül tapasztalható változásokat?

– Való igaz, hogy a magyar egészségügy, így az egészségügyi szolgáltatók is változnak Magyarországon – de ugyanilyen változás tapasztalható szerte a világon. A változások nem jelentenek különleges helyzetet a Philips számára. Részei vagyunk a változó egészségügynek, a világ minden pontján. A különböző országokban számtalan forgatókönyvvel találkozunk az állami egészségügy valami másá történő átalakításában. Ugyanez volt a helyzet Németországban, és valamivel fejlettebb módon, az Egyesült Államokban is. A magyarországi változásokat illetően egyetlen cél nyilvánvaló: az országnak magasabb hatékonyságú egészségügyre van szüksége. A piac ehhez a legfejlettebb technológiát igényli, amelyet mi, technológiai vezető vállalatok nyújtani tudunk.

H Hogyan jutott erre a következtetésre?

– Az elmúlt két-három évben széles körű együttműködést alakítottunk ki a Semmelweis Egyetemmel. Bebizonyosodott, hogy ország vezető egészségügyi intézményei a CT- és MR-diagnosztika legmodernebb eszközeit igénylik, legyen szó 16 szeletes CT-ről vagy 3T térerejű MR-berendezésről. Az egyetem hozzáállásának köszönhetően ezeket a beruházásokat cégünk nyugat-európai referencialhelyévé fejlesztettük, hogy megmutathassuk a különböző uniós országokból érkező vendégeknek a magyarországi példát.

H Milyen módon tudják támogatni a nagyobb hatékonyság iránti igényt?

– A magyar egészségügyi rendszernek magasabb hatékonyságra van szüksége, hogy túléljen és fejlődhessen. Mi olyan eszközöket szállítunk, amelyek csökkentik a vizsgálati időt, jobb képminőséget biztosítanak, és környezettudatos tervezés mellett fejlett technológiákat nyújtanak az egészséges minőség mellett történő

nagyobb vizsgálati kapacitás elérésére, tehát tevékenységünk a sokkal gazdaságosabb működésre irányul.

Fejlesztések

H Milyen fejlesztéseket ajánlanak a felvázolt célok elérésére?

– Például előző beosztásomban, a Philips hamburgi röntgenkészülék gyárában kifejlesztettünk egy flat-detektoros digitális radiográfiai diagnosztikai rendszert, melyet Digital Diagnostnak nevezünk el. Ez a rendszer tökéletesen helyettesíti a filmes rendszereket, és gyorsabb képalkotási idővel jelentős mértékben megnöveli a vizsgálati kapacitást. Az egyik németországi klinikán a rendszer bevezetésével a kapacitás napi 15-20 vizsgálatról 50-60-ra nőtt. Egy másik, amerikai egészségügyi intézményben ezzel a rendszerrel naponta 150 páciens vizsgáltnak, három műszakban. El lehet képzelni e berendezések költségsökkentő hatását. Az említett projektek esetében talán az az egyetlen probléma, hogy olyan egészségügyi háttérrel kell létrehozni, amely lehetővé teszi és igényli a hatékony tevékenységet.

H Tapasztalatai alapján hogyan teszi lehetővé a német egészségügyi rendszer a hatékony működést?

– Személyes nézőpontomból tisztán látszik, hogy a német egészségügyi rendszer egyre nagyobb mértékben koncentrálna a folyamatos költségsökkentésre és

magasabb hatékonyságra. Ezt az erőfeszítést a német diagnosztikai piac szereplői közötti gyilkos versenyen is tetten lehet érni. Versenyt futunk egymással a gazdaságosabb, és okkal mondom, hogy gazdaságosabb, nem olcsóbb, megoldások és munkafolyamatok fejlesztése érdekében. Óriási a világgpiaci nyomás az olyan hatékony csúcskategóriás eszközök fejlesztése iránt, mint a korábban említett Digital Diagnost.

H Önök hogyan koncentrálnak a páciensek megfelelő ellátására?

– A Philips számára mindig is központi kérdés volt, hogy betegbarát környezetet teremtsen. Egészségügyi termékeinket minden esetben a cég eindhoveni központi dizájnrezslegével együtt fejlesztjük, ahol egyébként egy sikeres magyar dizájnner is része a csapatnak. A fejlesztés során komoly energiákat fordítunk arra, hogy megtaláljuk a megfelelő színeket, ne alkalmazzuk terjedelmes rendszereket és mechanikát, és hogy a teljes rendszer felhasználóbarát, a betegek és orvosok számára egyaránt megfelelő legyen. Ezt a környezetet most kiegészítjük többi üzletágunk, például a világítás-technika megoldásaival, és így próbáljuk meg bizonyítani a felhasználóbarát környezet pozitív hatását.

H Véleménye szerint mikor lehet Magyarországon is érezni az említett elképzelés hatásait?

– Számtalan magyarországi telepítésünkönél már lehet érezni ezt az orientációt. Berendezéseink üzembe helyezésénél minden esetben barátságos környezetet próbálunk kialakítani. Ennek eredményeit minden olyan helyen tetten lehet érni, ahol Philips diagnosztikai eszközök üzemelnek. Az „Ambient Experience” koncepciót illetően jelenleg azon dolgozunk, hogy az ország egyik meghatározó betegellátó intézményében adományként felépítsünk egy, a koncepció egyes részeit magában foglaló vizsgálószobát. Elképzeléseink alapján ez a teljesen új megközelítésű helyiség fogja megmutatni, hogy mit jelent a betegbarát megközelítés a Philips számára.

Tapasztalatok

Közel hat hónapja él Magyarországon. Hogyan foglalná össze az országgal és az emberekkel kapcsolatos tapasztalatait?

– Bár csupán fél éve élek az országban, magyar üzleti partnerekkel korábban is volt kapcsolatom. A hamburgi röntgen-

gyár igazgatójaként hosszan tartó, sikeres üzleti kapcsolatot alakítottunk ki a magyar Mediagnost céggel és szakembereivel. Volt tehát némi tudásom az országról, ami sokat segített abban, hogy érkezésemem követően rögtön elkezdjem felfedezését, és rájöttem, hogy Magyarország csodálatos hely.

H Mekkora a különbség egy északi-tengeri tengeralattjáró irányítása és a Philips Magyarország Kft. vezetése között?

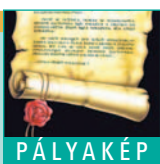
– Talán az a legnagyobb eltérés, hogy a tengeralattjárón összetett technológiát kell egy profikból álló kis csapattal (a személyzettel), szűk környezetben menedzselni. Krízishelyzetben, ha alapvető technikai probléma merül föl, a csapat tagjai teljes mértékben egymástól függenek, és csak egyetlen közös cél létezik: a problémát meg kell oldani. Ellenkező esetben nem jutunk vissza a kikötőbe. Ezért könnyebb irányítani egy tengeralattjárót, mert mindenki úgy érzi, hogy „egy hajóban evezünk”. A Philips magyarországi – vagy a világon bárhol másutt található – részlegének irányításához sokkal meggyőzőbb érvekre van szükség, ha azt szeretném, hogy a csapat egy közös cél érdekében dolgozzon. A csapat közös munkája ugyanis sokkal jobb eredményt hoz, mint az egyéni teljesítmények.

H Hogyan érzékeli a magyar egészségügy megváltoztatása iránti erőfeszítéseket?

– Az egészségügyi rendszerek költségeinek csökkentése általános cél világszerte, így Magyarországon is. Az egészségügyi beszállító iparnak olyan eszközöket kell nyújtania, amelyek lehetővé teszik a betegségek sokkal korábban történő felismerését. Mi minden eszközünkkel támogatjuk a költségsökkentő törekvéseket, hiszen tevékenységünknek ez a lényege. A korai diagnózis és a kiváló vizsgálóeszközök alkalmazásával sokkal inkább az egészségügyi ellátás prevenció részéhez szeretnénk csatlakozni, bár kiváló eszközeink vannak a diagnosztikai, kezelési és utókövetési területen is. A Philips Magyarországon elsősorban az egészségügy és az életmód technológiai fejlesztésére koncentrálna. Szeretnénk a megváltozó egészségügyet is támogatni, elsősorban azzal, hogy a legfejlettebb technológiát biztosítjuk számukra.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



PÁLYAKÉP

Benedikt Laux 1984-ben végaz a Hamburgi Egyetemen, közgazdasági és általános menedzsment

diplomát szerez. Tanulmányai alatt a német haditengerészet tisztje. A végzést követően a haditengerészetnél marad, tengeralattjáróra kerül. 1990 és 92 között tengeralattjáró kapitány az Északi-tengeren. 1992-ben leszerel, és a német Philipsnél kezd el dolgozni. A cégnél beszerzési, pénzügyi és szervezési feladatokat lát el, később az egészségügyi beszerzésekért felelős vezető lesz. 2001-ben kinevezik a Philips hamburgi röntgenberendezés gyárának igazgatójává. 2006 júliusa óta a Philips Magyarország Kft. igazgatója. Anyanyelve német, angolul tökéletesen, hollandul alapfokon beszél. Magyarul tanul. Nős, négy gyermek apja. Felesége általános orvos Hamburgban. Szabadidejében szívesen néz Forma-1 versenyeket, vezet gyors autót, illetve hetente három-négy alkalommal kocog.

A minőségi egészségügyi ellátásért

A Dräger Medical az elmúlt években a magyar orvosi műszerpiac meghatározó szereplőjévé vált, mely pozíciót 2006-ban megerősítette. Az idáig vezető útról, az elért eredményekről és a jövőbeli tervek-ről dr. Zátrok Zsolttal, a cég ügyvezető igazgatójával beszélgettünk.

H Ügyvezető igazgató úr, melyek voltak idén a Dräger Medical magyarországi leányvállalatának legkiemelkedőbb eredményei?

– Az idei év Egészségügyi Minisztérium által kiírt „Anesztézia-Altatómunka állomások, lélegeztetők és monitorok beszerzése” című pályázattal kezdődött. A tenderen 8 kategóriában nyertük, így május végéig a telepítéssel foglalkoztunk és határidőre teljesítettünk. Az eddig kapott visszajelzések szerint a felhasználók többsége elégedett eszközeinkkel és szolgáltatásainkkal.

H Maradt idejük a minisztériumi tenderen kívül másra is?

– Áprilisban kezdtük a Honvéd Kórház új, hatvanezer négyzetméteres tömbjében az orvosi gázellátó rendszer telepítését, mely Dräger első hazai komplex orvosi gázrendszere. A gázközponttól a végkészülékekig minden cégünk terméke. Mi szállítottuk a statívokat, a külféle kórtermi kiegészítő berendezéseket, a párasítókat, a tartókarokat és az eszköztartó polcokat. Harminc kilométernél hosszabb orvosi gáz csővezeték telepítettünk partnerünk, a Linde közreműködésével. Ez a beruházás értékében és műszaki kivitelében egyaránt olyan színvonalú, amire a Dräger konzern büszke lehet. Részsikereink, bár anyagi vonatkozásban eltörpülnek e két projekt mellett, szintén sokat jelentenek számunkra. Minden készülék, monitor, lélegeztető, szenzor vagy légzőkör eladá-

sának örülünk, hiszen ezeknek is részük van a cég lehetőségeinek bővülésében.

Partnercégek

H Mely cégek a legfontosabb partnereik?

– Jelentős partnerkapcsolatokat építettünk a piac más szereplőivel, így például bővültek kapcsolataink az Ecolabbal. A velük való együttműködésnek köszönhetően a felhasználók eszközeik biztonságos üzemeltetéséhez szükséges támoga-

online megrendelését támogató honlap-modulunk. Megoldásunk az anyag-gazdálkodásban nyújt segítséget oly módon, hogy a beszerzést egyszerűvé, hatékonyvá, időmegetakarítóvá teszi és ezzel csökkenti a költségeket. A teljes körű logisztikai szolgáltatás hátterét a partnereinkkel létrehozott keretszerződések biztosítják. Zártkörű felhasználói bemutatások tapasztalatai alapján azt mondhatjuk, hogy újító megoldásunk komoly érdeklődésre számíthat.



dr. Zátrok Zsolt

H Érezték-e a második fél évben annak a hatását, hogy a minisztériumi pályázat nyerteseként több mint ezeröttszáz készülékük került ki az intézményekbe?

– Az év a nagy tender nélkül is kiemelkedő lett volna cégünk életében. Az eszközök használatához szükséges tartozékok, fogyóanyagok forgalmában azonban érzékelhető a növekedés. Eszközértékesítése vonatkozásában látunk igényeket, de az egészségügy átalakítása és várható struktúraváltás miatt mindenki kivár a beszerzésekkel. A volumenkorlát miatti bevétel csökkenés elsősorban az eszközbeszerzések keretét szívtva ki a kórházi büdzsékből. A jelenleg ismert projekt-tervek jellemzően hosszú távúak, 2008-ban, 2009-ben vagy még később lesz csak eredményük.

A jövő kihívásai

H Mit vár a 2007-es évtől?

– Szűk esztendő várunk, amit reményeink szerint nem követ további hat hasonló. A fő hangsúlyt nem az eszközértékesítésre helyezzük, hanem az olyan hozzáadott szolgáltatásokra, amelyek felhasználóink számára is biztosítják a költséghatékony működtetést. Kiszélesítjük kínálatunkat fogyóanyagok és tartozékok területén. Versenyképes áron minőségi termékeket ajánlunk felhasználóinknak az anesztézia, intenzív ellátás, kardiológia, és a sürgősségi ellátás területén.

tást kapnak. Megerősítettük partneri kapcsolatunkat kardiológiai diagnosztikai eszközeink beszállítóival, az amerikai Mortara Instrument céggel. Fontos viszonzókapcsolatot hoztunk létre a Medtronic képviselőjével, defibrillátor készülékekkel sürgősségi és kardiológiai eszköztárunkat teljes körűvé bővíthettük. Végül, de nem utolsó sorban folyamatosan szélesítjük együttműködésünket stratégiai partnerünkkel, a Siemens-szel.

H Milyen egyéb fejlesztéseket végeztek?

– A napokban indul az eszközeinkhez szükséges tartozékok, fogyóanyagok



Nem csak légzőkört, baktériumszűrőt, kábelt vagy elektródát biztosítunk számukra, hanem az ellátásban szükséges szinte valamennyi terméket. A telepített eszközök teljes tudása csak megfelelő minőségű tartozékokkal biztosítható. Jelenleg szervizkiszállásaink 30-35 százalékát vezetjük vissza nem tőlünk származó, csapnivaló minőségű, normális funkcióra alkalmatlan fogyóanyagok használatára. Az ilyen anyagok csak látszólag olcsók a kórházak számára...

H *Tehát nem azt erőltetik, hogy vegyenek még egy altatógépet Önöktől?*

– Inkább azt próbáljuk bemutatni, hogyan lehet a már meglévő rendszerüket kiegészíteni hasznos módon, például elektronikus lázlap- vagy műtői jegyzőkönyv rendszerrel. A monitorozás telemetrikus eszközökkel bővíthető. A technikai fejlődés ma már lehetővé teszi, hogy a páciens ellátása során keletkezett elektronikus adatokat egy felületen, együtt megjelenítve teljes áttekintést kapjunk és képesek legyünk pontos, gyors diagnózis felállítására. Hosszú távú célunk, hogy elektronikus, papír nélküli megoldásokat hozzunk létre partnerintézményeinkben, vagyis a klinikai informatikai rendszereinken keresztül lehetőség nyíljon a páciens valamennyi diagnosztikus vagy terápiás adatát együtt kezelni, és létrejöhetne a pácienshez tartozó adatok integrációja.

H *Ismereteink szerint ma majdnem minden hazai intézményben üzemel kórházi informatikai rendszer, miben különbözik ettől az önök által kínált klinikai informatikai rendszer és mi a jelentősége?*

– Más a szerepe a kórházi (HIS)- és klinikai (CIS) informatikai rendszereknek. A HIS-t vállalatirányítási szoftvernek kell felfognunk. Non-realtime adatokat tartalmaz, azaz sosem tud megjeleníteni például egy „futó” görbét. Viszont tökéletesen alkalmas a pácienssel kapcsolatos költségek, beavatkozások, kimutatások vezérlésére. Statisztikákat készíthetünk, hány betegünk volt, milyen diagnózisokkal kezeltük, mit tettünk vele, mennyi EKG felvételt készítettünk neki, hány darab elektródát, katótert használtunk fel a kezelése során és mennyi volt a költségünk. Személyre, osztályra, intézményre. Tipikus felhasználó az intézményi management. A páciens adatait a CIS rendszerek gyűjtik össze. Hatalmas kapacitásukkal, sebességükkel a páciens minden adatát rögzítik másodpercről másodpercre. Segítségükkel az orvos vagy nővér hoz-

záfer a páciens összes adatahoz, egy helyen képes megjeleníteni az EKG görbét, a labor adatokat vagy a röntgenfelvételeket egyaránt. A CIS rendszer átadja a HIS-nek, hogy az adott páciens mennyi ideig volt monitorozva, hány röntgen felvétel készült neki, azonban maguk a felvételek a CIS-ben maradnak és kerülnek tárolásra. A CIS nem szolgáltat költség analízist, mert a feladata a páciens online adatainak kezelése. Természetesen a CIS-ek az adatokat a piramis legalsó szintjén levő készülékekből nyerik: EKG, monitor, lélegeztető, röntgen, CT, labor automata mindegyike adatforrás a CIS számára. Egyszerű példával szemléltetve: a mai kórházi rendszereknél megvannak az alapok (eszközök) és a tető (HIS), de nincsenek falak (CIS), így aztán nem is áll össze a ház, nem kapható egységes kép a páciensről elektronikus formában. Célunk az, hogy a kórházi informatikusok szerepét az őket megillető helyre emeljük. Célunk, hogy továbbítsuk a komplett rendszerek tervezéséhez szükséges műszaki, szakmai tudást.

H *Milyen előnyöket nyújt egy ilyen megoldás?*

– Elsősorban rengeteg költségmegtakarítást! Ismert mindenki által, hogy az intézményeknél a bérköltségek teszik ki –intézményenként változó mértékben– a költségek 65-75 százalékát. Nem mindegy tehát, hogy a munkaerőt milyen hatékonysággal használjuk ki. Ha az orvos vagy a nővér adminisztrálja azokat az adatokat, melyet a készülékek automatikusan előállítanak, akkor –azon felül, hogy túlterheljük őket– munkaidejük jelentős részét haszontalanul töltik. A komplett informatikai rendszerek előnye, hogy mindenki a maga dolgával törődik: az orvos diagnosztizál és gyógyít, a nővér ápol, míg az informatikai rendszer adminisztrál. Semmi ördögösség nincs ebben. Csupán logikus gondolkodást és tervezést igényel a működő rendszer létrehozása. Az alapok – készülékeink – minden intézményben megtalálhatók. Hogy ez a jövő útja, aligha vitatja senki.

Kapcsolódás az átalakításhoz

H *Hogyan értékeli az egészségügy átalakítása során december elejére kialakult helyzetet?*

– Még nincs pontos képünk arról, hogy mi fog történni és hogyan. Az újságokból, szakmai fórumokon és a partnereinkkel folytatott háttérbeszélgetéseink-

ben szerzett információk alapján számomra biztosnak tűnik, hogy az egészségügy jelen átalakítása középtávon pozitív eredményt fog hozni az intézmények többsége számára. Persze, minden átalakításnak vannak veszteségei. Alapvetően optimista vagyok, és azt nézem, hogy összességében milyen eredmények szülehetnek. Véleményem szerint 2008 második felétől egyensúlyi helyzet alakul ki a finanszírozásban és az ellátásban. Talán akkorra a mostani negatív visszhangok is lecsengenek.

H *Mi a véleménye a koncepcióról?*

– A reform koncepcióját jónak és gazdaságosnak találom. A helyesen megtervezett, logikus és precízen végrehajtott átalakítás általában pozitív eredményt produkál. Szükség van arra, hogy meghatározzák az intézmények speciális szakfeladatait. Képzelnék el, hogy adott négy egymás melletti kórház, amely összesen egy kétszázéves populációt lát el. Mind-egyik intézmény küzd a saját csúcsmegoldásaiért, és meg is szerzi a kívánt műszereket. Viszont ha mind a négy kórház egyazon terület ellátásában csúcsműködésben üzemel, akkor egyik intézménybe sem érkezik olyan számú beteg, mely a működtetést gazdaságosságát biztosítaná, továbbá mivel mindegyik helyen csak kevés számú esetet látnak el, az orvos és az asszisztens számára sem biztosított a biztonságos ellátáshoz szükséges gyakorlat, rutin megszerzése. Összességében a betegek biztonsága és a finanszírozhatóság kerül veszélybe.

H *Hogyan tud bekapcsolódni a Dräger Medical a reformfolyamatokba?*

– A reform sikeréhez annyiban tudunk hozzájárulni, hogy a továbbfejlesztés lehetőségét magunkban foglaló eszközeinket a legmagasabb szinten látjuk el mind a szerviz, mind a működtetéshez szükséges anyagok tekintetében. Szakmai ismereteinket továbbítjuk az intézményi menedzsmentek felé. Logisztikai szolgáltatásunk szintén segíthet partnereinknek átvészelné a struktúraváltás nehézségeit. Mivel az orvosi ellátás jelentős része a mi eszközeink állapotán, működésén is múlik, ha mi magas minőségű szolgáltatást biztosítunk, a partnereink munkája is hatékonyabb lehet.

RADNAI ANNA

újságíró

ALGOPYRIN HELYETT:

Megfelelő kezelés

- A remény hal meg utoljára - bízzat bennünket Frédéric Ollier, a sanofi-aventis csoport tulajdonában lévő Chinoin gyógyszergyár vezérigazgatója, akit a cég globális és itthoni céljairól, valamint az egészségügy átalakításával kapcsolatos véleményéről kérdeztünk.

H Vezérigazgató úr, milyen globális eredmények jellemzik a sanofi-aventis idei tevékenységét?

- Bár az év még nem fejeződött be, azt bátran ki lehet jelenteni, hogy 2006-ban a csoport fejlődése nagyjából követi a korábbi évek ütemét. Tovább folytatódott a sanofi-aventis integrációja, méghozzá jelentős eredményekkel. Ezt tetten lehet érné embereinknél, hiszen a szervezetek egyesülésével hatékonyabb lett tevékenységünk, és látni lehet termékeinknél is, elsősorban onkológiai területen és a Magyarországon már támogatási kérelemre benyújtott Acomplia termékünk esetében is. Ám azt is lehet érezni, hogy az utóbbi időben komoly feszültségek keletkeztek a csoport nagy piacain, ahol az is előfordul, hogy a vártnál kisebb a növekedés, illetve akár csökkenés következik be. Ezek a feszültségek elsősorban a betegbiztosítási rendszerek problémáihoz kapcsolódnak.

Piaci gondok

H Hol szembesülnek ilyen problémákkal?

- Három fő piacon kell jelentős problémákkal szembenéznünk. Az amerikai piacon Plavix termékünk kapcsán támadtak nehézségeink. Ezt a terméket, sikerei miatt, agresszív módon támadják, folyamatban vannak szabadalmi perek is. A nagyobb európai piacokon a helyzet kezeléséhez többféle, újfajta hozzáállást választunk. Az egyik az a hozzáállás, amelyet a mostani magyarországi helyzetben is kénytelenek vagyunk alkalmazni. A felmerülő problémákat inkább a költséggazdálkodás oldaláról közelítjük meg, ami háttérbe szorítja a hosszú távú gyógyszeripari szempontokat. Ezen a téren Németországban és Franciaországban a sanofi-

aventis, történelmében először, nagyon kellemetlen intézkedéseket hozott, hogy meg tudja védeni saját kutatás-fejlesztését, mert ez a jövő záloga. A másik jellemző stratégia az, amit az Egyesült Királyságban alkalmaznak, ahol a kutatás és az innováció támogatására irányuló törekvéseket lehet tapasztalni, mely az Európai Unió lisszaboni stratégiája mentén megfogalmazott, a kutatás-fejlesztést és innovációt előtérbe helyező megközelítéseken alapul.

H Melyik megközelítéshez áll közelebb Magyarország?

- Magyarország keresi az utat a kettő között. A megoldásban nagy szüksége lenne a segítségre. Világos, hogy fontos bizonyos mértékű szolidaritás, de nagyon kell vigyázni azokra az alapokra, amelyek a betegeknek, az orvosoknak és kutatási területen megtalálhatóak. Ezen az alapon keresztül bizonyosan meg lehet értetni a szereplőkkel, hogy a költségvetéssel kapcsolatos problémák tekintetében egyfajta közös felelősségvállalásra van szükség.

H Melyik hozzáállást tartja Ön követendőnek?

- E tekintetben ismét az Egyesült Királyságot érdemes megemlíteni, amely nem csak az innováció felé nyit, hanem ösztönzi az országba történő beruházást és az országban történő foglalkoztatást. Ezekre az országokra az jellemző, hogy létezik kidolgozott politikájuk az innovatív beruházások megfelelő módon történő ösztönzésére. Egy olyan globális cégcsoportnak, mint a sanofi-aventis állandó vizsgálat alatt kell tartania, hogy az egyes országok hogyan reagálnak, és milyen politikát fogadnak el ezen a területen. Magyarország számára az az óriási kérdés, hogy szeretne-e egy olyan céget, amely kutat, beruház és foglalkoztat Magyarországon. Azt szeretném, hogy ne ujjal mutogassanak ránk, mondván, itt egy innovatív gyógyszergyár, aki sok pénzt keres, és a saját nyereségét akarja növelni. A sanofi-aventis csoport idén is jelentős mértékben növelte magyarországi befektetéseit.

RFID-megoldás a páciensek azonosítására

A birminghami Heartlands Kórház rádiófrekvenciás azonosító rendszert (RFID) helyez üzembe, amely hozzákapcsolódik a kézi számítógépeken (PDA) található elektronikus betegrekordhoz, és lehetővé teszi, hogy a pácienseket a sebészeti eljárás előtt a személyzet azonosítsa.

A vezeték nélküli hálózaton a központi rendszerrel kapcsolatot tartó PDA-t és az RFID-chipet tartalmazó karszalagot a betegbiztonság növelése és a sebészeti eljárások előtti betegazonosítási hibák csökkentése érdekében vezeti be az intézmény.

A feladatra kiválasztott Safe Surgery System egy betegkövető és azonosító rendszer, amely a betegek pontos azonosítása érdekében eldobható RFID-karszalagokat használ. A PDA az általa érzékelt karszalag azonosítója alapján a képernyőn megjeleníti a beteg digitális fotóját.

A rendszer használatának lényege, hogy a betegfelvételi ponton készítenek egy digitális fotót a páciensről, és a karjára ráhelyeznek egy egyszer használatos RFID-karszalagot. Az elektronikus betegrekordhoz kapcsolt digitális fotó a személyzet bármely arra jogosult tagja számára elérhető, és a műtőkben, valamint a kórtermekben megnézhető. Az elektronikus betegrekordban jelzőlámpák jelzik, hogy milyen vizsgálatokat kell még elvégezni, és csak akkor engedik a műtőbe a beteget, ha a rendszerben az összes lámpa zöldre vált.

A gyártó cég szerint a rendszer nem csak minimálisra csökkenti a betegcsere és az abból eredő károk, kártérítések valószínűségét, hanem a munkafolyamat szervezésén keresztül időt is spórol, mivel segít a holtidő csökkentésében. A rendszer nyilvántartja, hogy ha a beteggel való foglalkozás során bármilyen késedelem történik, és lehetővé teszi, hogy ezt írásos szövegben kommentálja a személyzet, ami később, a tevékenység ellenőrzés során hasznos lehet. A 300 ezer fontos beruházással megvalósuló rendszert sikeres próbaüzemet követően vásárolták meg és helyezték üzembe a Heartlands Kórházban.

Forrás: www.e-health-insider.com



Innováció és kutatás

H Világszerte – és Magyarországon is – valóságos hitvita zajlik a generikus és innovatív gyógyszerek gyártói és hívei között. Önöknél hogyan csapódik le ez a vita?

– Ebben a vitában, például éppen Plavix termékünk kapcsán, az innovatív készítményekre az ördög szerepét osztják, és ezzel azt érik el, hogy a betegek nem jutnak hozzá a létfontosságú gyógyszerekhez. Nem gondolom, hogy ez a vita túlságosan intelligensen folya, még Magyarországon sem. Egyáltalán azt is buta elképzelésnek tartom, hogy szétválasztják a magyar, nem magyar, generikus és innovatív termékeket. Vegye tudomásul mindenki, hogy a magyar gyógyszeripar száz éve innovatívnak számít. Világszínvonalú termékeket gyártunk, erre nem ártana büszkének lenni. Ezért bizarr az a

kutató, a közelmúltban Magyarországon járt Gérard Le Fur fog irányítani. Ez esetben nem csak arról van szó, hogy Le Fur úr alkalmas személy, hanem az is lényegi üzenet, hogy a jövőben a sanofi-aventisnél az első helyen a kutatás-fejlesztés áll.

H Milyen fejlődést értek el Magyarországon a kutatási területen?

– A csoporton belül Európában a harmadik legnagyobb kutatási bázis található Magyarországon. Kapacitásaink fejlesztésére tavaly elindítottuk a BIRD-projektet, és idén ősszel át is adtuk a Földi Zoltán Kutatási Központot. A BIRD-projekt azért meghatározó jelentőségű, mert a beruházással felfedező kutatási kapacitásainkat növeljük Magyarországon. Nem csak a beruházás összegét, hanem a foglalkoztatási létszámot tekintve is jelentős projektről van szó, hiszen egy ilyen nagymértékű beruházás komoly növekedést eredmé-

szertipar egyedi jellemzői, amelynek révén mi képesek vagyunk kémiai szintéziseinket kreatívan fejleszteni.

H Ezért hozzák ezeket a beruházásokat Magyarországra?

– Nem az a típusú beruházó vagyunk, aki ha nem kap valamit cserébe, nem folytatja fejlesztéseit, nem határoz komolyabb döntésekben. Ennél magyarországi kötődésünk sokkal erősebb és szilárdabb. Ám ezzel együtt a jelenlegi helyzetben reálisnak kell lennünk. Európa számos országában élvez prioritást a gyógyszeripar, mint szektor, és sok ország tűzte zászlajára komoly gyógyszeripar kialakítását. Ezeket a célokat tavaly decemberben Gyurcsány Ferenc miniszterelnök úr is megfogalmazta. A sanofi-aventis elnöke, Jean-François Dehecq, alelnöke Gérard Le Fur és jómagam is csak támogatni tudjuk ebben az ambícióban, mert mi is úgy érezzük, hogy jelenleg ennek megtalálhatóak a magyarországi alapjai. Ezért nehéz azt megérteni, hogy a gyógyszeripart olyan jelzőkkel illeti a kormányzat, mint „mélysegesen korrumpáló”, vagy „profit-hajhász”. Szeretnénk, ha megkülönböztetnének bennünket, elhatárolnának bennünket e káros és sztereotip jelzőktől, és elérhetnénk azt a célt, amit a miniszterelnök tavaly megfogalmazott.

H Sokan szidják a gyógyszergyárakat kereskedelmi tevékenységük miatt. Jogosan?

– Szerintem nem szégyen a marketingről beszélni, sőt kell is beszélni róla. Ám az fontos kérdés, hogy milyen fontossági sorrendben áll egymás után a kutatás, a termelés és a marketing. E három tevékenység egymástól nem választható el. A gyógyszeripar alapja a kutatás, és ez igaz a nagy magyar gyárak, a Richter és a Chinoin esetében is. Nem mosószergyártásra, hanem nagy termékek kifejlesztésére jöttek létre. Egy gyógyszergyár kutatási és gyártási tevékenység nélkül ingattá válhat. Ezért nagyon fontos, hogy létezen folyamatosság a kutatás és a termelés között, hiszen a kutatás hoz beruházásokat a termelés területére. A marketing pedig számunkra azt jelenti, hogy értesíteni kell orvosainkat a fontos gyógyszerekről, új termékekről. Erre pedig nem lehet azt mondani, hogy minden szinten drága készítményekről van szó, mert ha például a Chinoin portfólióját nézzük, a doboz átlagárát tekintve a legolcsóbb termékekről van szó. Számunkra a kereskedelmi tevékenység nem profithalmozást jelent, hanem lehetőséget arra, hogy a ku-



Frédéric Ollier

vita, amely az innovatívát szembe állítja a magyarral. Tudomásul kell venni, hogy egy ilyen, a környezetnek nem megfelelő vita generálásának csak egyetlen vesztese lesz: a beteg. Ezért a Chinoint, mint innovatív gyógyszerterápiát ez a vita nem érdekli, sokkal inkább az, hogy a beteg megkapja az innovatív gyógyszert is. Természetesen ehhez, ha kell, az árakról is tárgyalunk.

H Hogyan kapcsolódik össze a sanofi-aventisnél az innováció és a kutatás?

– Tevékenységünk középpontjában a kutatás, a termelés és a marketing szerepel, ebben a sorrendben. A jövő évtől a sanofi-aventis azon ritka globális gyógyszercégek közé fog tartozni, amelyet egy

nyezhet a foglalkoztatási területén is, hiszen magasan kvalifikált szakemberekre van szükségünk.

Gyártás és marketing

H A nyáron befejezett OLYMP-projekt keretében jelentős fejlesztéseket végeztek a gyógyszergyártási területen is.

– Az OLYMP-projekt idején másik jelentős beruházásunk, ami nagymértékben épít a magyarországi szakértelemre. A csoporton belül legmodernebbnek számító kémiai kísérleti és folyamatfejlesztő üzem jött létre a Chinoin központi telephelyén. Ez a projekt mindannak valós értéket ad, amit mi Magyarországon találunk. Az innováció és a kreativitás a magyar gyógy-

tatásba investálhassunk. A kutatás, gyártás és marketing hármasságát nem sok vállalat képes ilyen szépen megvalósítani, mint a Chinoin. Cserébe szeretnénk azt kérni, hogy kezeljenek bennünket ennek megfelelően.

Párbeszéd nélkül

H Mi a véleménye a gyógyszer-gazdaságossági törvényről?

– A törvény célját nem kritizálom, nyilvánvaló, hogy ellenőrzést kíván gyakorolni a gyógyszerkassza felett. Ám ez a törvény teljes mértékben párbeszéd nélkül született. A kommunikáció és az idő hiánya nem tette lehetővé, hogy alapvető kérdéseket mélyebben megvitassanak, és valós reform jöjjön létre. Számátalan munkaterületet hagy nyitva az elfogadott törvény, ahol valós reformokra van szükség. Számomra az egyik legfontosabb pont a támogatási rendszer átalakítása. A törvénnyel egyébként kettős probléma van: formai és tartalmi. Formai szempontból az a lényeg, hogy alapvető reformokat nem lehet úgy meghozni, hogy nem folytatunk párbeszédet, és az emberek helyett próbálunk eldönteni dolgokat. A tartalmi szempontot illetően az a gond, hogy a rövid és hosszú távú problémákat nem lehet egyszerre megoldani. Ez a törvény összemossa a kettőt, és a rövid távú problémákat próbálja kezelni, sokféle adó formájában.

H Milyen változtatási lehetőségeket lát ebben a helyzetben?

– Remélem, hogy ez a törvény munkaterületeket nyit meg előttünk. A következő hónapokban, persze nem csak velünk, hanem másokkal is párbeszédet kell folytatni, hogy módszeresen bevezetésre kerülhessen egy olyan értékelési rendszer, ami mind a terápiás, mind a gazdaságossági szempontokat figyelembe veszi, és nem csak az új gyógyszerek, hanem a régi készítmények esetében is lehetővé teszi a gazdaságossági vizsgálatot, kezdve azokkal a termékekkel, amik a legnagyobb költséget jelentik a társadalombiztosításnak. Ezeknek a változásoknak, a valódi reformnak szeretnénk mi is a motorjai lenni.

H Hogyan befolyásolja Önöket a gyógyszer-gazdaságossági törvény?

– A törvény brutális, mert komoly összegeket von el a gyógyszeripari beruházásoktól. Ez nem jó az országnak. Sürgős lépéseket kell tenni ezen a területen, hiszen Magyarországnak meg kell találnia azt a módot, ahogyan összekapcsolja a gyógyszeripartól elvett forrásokat a gyógyszercegek fejlesztésével és beruházásaival. Amikor egy globális gyógyszervállalat új beruházásával kapcsolatban döntés születik, fontos mérlegelési szempont, hogy mi folyik az adott országban. Ha Magyaror-

szág azt szeretné, hogy ambícióit valóban komolyan vegyék, nem kerülheti el, hogy megtalálja a beruházások ösztönzésének módját.

H Milyen év végi üzenetet fogalmaz meg olvasóinknak, a magyar kórháziügy döntéshozóinak?

– Nemrég láttam a Tanú című filmet. Ebben mondják Pelikán elvtársnak, hogy „az élet nem habostorta”. Ezt csak azzal a közmondással szeretném kiegészíteni, hogy „a remény hal meg utoljára”. Komolyra fordítva a szót, a mostani törvények sanofi-aventisre gyakorolt közvetlen hatása tízmilliárdos nagyságrendű. Ezt nem lehet a végtelenségig így csinálni. Mi is elfáradunk abban, hogy beruházunk, beruházunk, és semmi mást nem kapunk, csak egy nagyot a fejünkre. 2007-re talán az a legfontosabb üzenet, hogy a helyzet miatt nemcsak nekem, hanem Jean-François Dehecq úrnak is fáj a feje. Szeretnénk, ha fejfájásunkat nem az Algopyrin, hanem inkább Gyurcsány, Kóka és Molnár urak gyógyítanák.

DR. SZEPESI ANDRÁS

főszerkesztő

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

A SIKEREK BENNE LAKNAK A GONDOK IS

A tervezők problémái

„Több százmilliárd forintnyi fejlesztési pénz érkezik az egészségügybe, az eddigiekhez képest nagyságrendekkel több, az a kérdés, hogyan költjük el helyesen ezt a pénzt” – véli évértékelő beszélgetésében ifj. Pólya Endre, a kórháztervező Mediplan ügyvezető igazgatója.

H Hogyan értékeli az idei évet?

– Ez az év, az eredményeinket tekintve, nem rosszabb, de nem is jobb, mint az előzőek voltak. Dombóváron befejeztük a címzett támogatásos rekonstrukciót, nemrég adtuk át az uniós forrás-

ból megvalósult Dombóvár-Gunarasi rehabilitációs osztály bővítését. Mezőkövesden, uniós forrásból, a megyei reumakórházban rehabilitációs fejlesztést végeztünk. Kiskunfélegyházán címzett támogatásból rehabilitációs osztály és kardiológia rekonstrukciója valósult meg. Kaposváron befejeződött címzett támogatásból a műtéti tömb rekonstrukciójának második üteme, elkészült a várpalotai kórház bővítése magánberuházásban, és Mezőtúron is használatba vették az új épületet. Idén elindult a szekszárdi kórház befejezése, a műszaki átadás most zajlik. Átadták a szolnoki Hetényi Géza Kórház he-

modinamikai laborját, és épül a miskolci Onkoradiológiai Központ is, szintén a mi tervezésünkben. A közeljövőben indul a nyíregyházi Kardiovaszkuláris Centrum építkezése, szintén uniós projektként. Emellett benne vagyunk néhány más uniós projekt előkészületében is és számtalan kisebb projektben.

Likviditási spirál

H Ezek szerint sikeresek?

– Üzleti adataink ugyanazt a volument érték el, mint az elmúlt évben, talán kismértékben meghaladják azt. A sike-

rekben azonban benne foglaltaknak a gondok is. Sikerként könyveli el az ember, hogy uniós projektben beszállítóként részt tudott venni, uniós projekthez tervezőként hozzá tudott járulni, címzett beruházásos projektet végig lehetett vinni, de a fizetési morált, szándékot és lehetőséget kellene javítani. Néhány jogszabály-módosítás nehéz helyzetbe hozta az önkormányzatokat, és ez a tervezőirodáknál lecsapódik. Tavasszal módosították a címzett támogatási rendszer finanszírozását érintő jogszabályt. Ennek következtében az Államkincstár csak a kivitelezővel aláírt szerződés birtokában köt finanszírozási szerződést. Ez azt jelenti, hogy a versenyztetéshez felhasznált tender vagy kiviteli tervek díját csak ezt követően tudják kifizetni.

H Milyen gondokat okoz ez?

– Csak remélhetem, hogy a májusban leszállított tervek kifizetése decemberben megtörténik. Egy normál közbeszerzési eljárás technikailag három hónap, az előkészületek és a szerződéskötés két hónap. A terv leadása után legalább öt hónap, míg a tervezési díj kifizetésének közelébe kerülünk, ami jelentős likviditási gondokat okoz. A másik probléma, hogy egy-két uniós finanszírozású projektben beszállítóként el kell szenvednünk az utófinanszírozás hosszú átfutási idejéből fakadó várakozásokat. Ez hosszú távon nem elviselhető, és nem is célszerű, mert minden vállalkozás tönkremegy idő előtt, így nem lesz az államnak adófizetője.

Strukturális átalakulás és jövőkép

H Mi a véleménye az egészségügyi struktúra átalakításáról?

– Az ember örül annak, hogy az állóvízben végre valami megmozdult, és az, amit már 20-30 évvel ezelőtt meghatároztak a rendszer problémájaként, úgy tűnik, elszenvedti a műtétet. Azt azonban mindenki elismeri, hogy ehhez pénz kell. Ám jelen pillanatban ez hiányzik. Nem ahhoz kell sok pénz, hogy



Pólya Endre

aktívól krónikus legyen egy kórház, hanem ahhoz, hogy azok a nagy centrumok, ahová még több beteg átkerül, képesek legyenek ellátni a megnövekedő feladatot. Ami miatt az ember másik szeme sír, az az, hogy jó néhány olyan kórház kapott korábban, tegyük hozzá, nem minden esetben teljesen indokoltan, állami támogatást, amelyre ma kimondatott, hogy nincs rá szükség.



PÁLYAKÉP

Ifj. Pólya Endre 1984-ben végezte a Budapesti Műszaki Egyetemen. 1987 óta dolgozik a Mediplan Kft-ben, 1993 óta a cég ügyvezető igazgatója. Egészségügyi műszaki szakértő, a Mérnök Kamara tagja, az Építés Tudományi Egyesület (ÉTE) Egészségügyi Szakosztály helyettes vezetője, a Magyar Kórházszövetség és az EGVE tagja. A Mediplan Kft-ben orvostechnológus tervezőként kezdte pályafutását, azóta számtalan sikeres kórház-rekonstrukcióban vett részt tervezőként. Angolul beszél. Nős, két leány édesapja. Szabadidejében szívesen foglalkozik kertjének ápolásával.

Ilyenkor az ember bosszankodik, és arra gondol, hogy azért is van az ország ilyen rossz gazdasági helyzetben, mert az elmúlt öt-tíz évben átgondolatlan módon támogatott az állam egyes rekonstrukciókat.

H Milyen jövőképpel vágnéki 2007-nek?

– Mindezek ellenére én hiszek abban, hogy a 2007 utáni esztendőben sok munka lesz. Azt jelenleg még nehéz felmérni, hogy mit mikorra kell elkészíteni. Az előkészítésekhez megfelelő szakembergárda és létszám kell. Ha minden kis és nagy munkának egyszerre, rekordidő alatt kell elkészülnie, megint probléma adódhat, mert vagy kimaradnak projektek, vagy mind elkészül, de össze lesz csapva. Ez ismét badarság volna. Több százmilliárd forintnyi fejlesztési pénz érkezik az egészségügybe, az eddigiekhez képest nagyságrendekkel több. Az a nagy kérdés, mire költjük el helyesen ezt a pénzt.

H Ehhez milyen lépésekre van most szükség?

– Már létezik jogszabály arról, hogy ki milyen módon finanszírozza a projekt-előkészítést, ami egészen a kivitelezés megkezdéséig tartó folyamatként kezeli az előkészületeket. A teljes tervezést, projektmenedzsmentet, közbeszerzési eljárást, Brüsszelből nézve saját forrásból kell lebonyolítani. Ez lehet a tulajdonos forrása, de az önkormányzatok nem tudnak előteremtetni pénzt. Lehet a kórház forrása, de nekik is elfogytak a tartalékaik. Innentől kezdve a közszférán csak az állam képes segíteni. Ám ha ez meg is oldódik, jön a következő probléma: a projekt önrészenek finanszírozása. Ez egy nagy, országos projekt esetében többmilliárdos kiadást jelent, de a kis projektek esetében is gondot okoz, mert az önrészre sincs forrásuk az önkormányzatoknak. Ahhoz, hogy egy nagy projekt Brüsszel felé direkt módon pályázható legyen, az előkészítés forrásának a jövő évi költségvetésben szerepnie kellene. Nem ismerem a jövő évi költségvetés részleteit, de egy kicsit aggodom a jövőnk miatt.



DINAMIKUS NÖVEKEDÉS A WOCHNA MEDICALNÉL

Beágyazódottság

Bízom a magyar kórházakban és a magyar egészségügyi vezetők szakértelmében, és biztos vagyok abban, hogy a változásokat a magyar egészségügyi szakma sikerként fogja megélni – Wochna Tibort, a Wochna Medical Kft. ügyvezető igazgatóját múlttól, jövőről és az egészségügy átalakításáról kérdeztük.

H Milyen eredményekkel zárja a Wochna Medical 2006-ot?

– Mindenek előtt tavalyi évünkre szeretnék visszatérni: a célt, hogy szolgáltatási körünket és legjelentősebb partnerünk, a Famed Zywiec műtéti, sürgősségi és intenzív ellátásban használt, traumatológiai, szülészeti és nőgyógyászati, rehabilitációs és stomatológiai termékeit megismertessük, megkedveltessük a magyar kórházakkal, sikerült elérnünk. Ennek következményeként idén két terület, a sürgősségi ellátás és panelműtők fejlesztésére koncentráltunk. Idei eredményeink alapján, a sürgősségi ellátásban tudunk érdemben előre lépni.

Növekedés

H Milyen sikereket értek el a sürgősségi ellátásban?

– A ceglédi Toldy Ferenc Kórházban fővállalkozóként nyertük el a gép-műszer beszerzést, amely keretében a sürgősségi osztályon használt eszközöket szállítottuk. Hasonlóan sikeresek voltunk a kisvárdai Felső-Szabolcsi Kórházban, volt egy komolyabb szállításunk a mezőtúri Városi Kórház-Rendelőintézetben, elsősorban a szülészeti berendezések tekintetében. A szekszárdi Balassa János Kórházba az intenzív osztály eszközeit szállítottuk. Lehetőséget kaptunk a kisbéri Bathány Kázmér Szakkórházban és kisebb mértékben közreműködtünk a Bajcsy-Zsilinszky Kórház kialakításában is. Összességében elmondható, hogy akár közvetlen ajánlattevőként, akár alvállalkozóként a korábbi évekhez képest szép sikereket értünk el, köszönhetően fővállalkozó partnereinknek: az Allegro, a Kortex, a Klimex Medical, a Sanamij cégeknek és néhány építőipari cégnek. Emellett külön büszkeséggel tölt el az is, hogy részt vehettünk a Papp Zoltán professzor által írá-



Wochna Tibor

nyított Semmelweis Egyetem I. sz. Szülészeti Klinikáján az alagsori rendelők igényes belsőépítészeti tervezésében, kialakításában és eszközszállításában, például nőgyógyászati székekkel, bútorzattal és egyéb berendezésekkel.

H Minek köszönhetőek ezek az eredmények?

– 2006-ban az előző évhez képest több mint hatvan százalékos forgalomnövekedést értünk el. Ez elsősorban annak köszönhető, hogy minőségi, versenyképes termékskálát állítottunk össze. Olyan, kiváló kórházi berendezéseket és orvosi eszközöket gyártó cégek kizárólagos képviselőjeként dolgozunk a magyar piacon, amelyek nagyon komoly hangsúlyt fektetnek a kutatás-fejlesztésre, méghozzá nem kis eredménnyel. Stratégiai partnereink a lengyel Famed Zywiec a kilencvenes évek elején lezajlott privatizációja óta óriási összegeket költött új termékek kifejlesztésére, és szoros kapcsolatot tart fenn a lengyel tudományos- és kutatóközpontokkal. Ennek eredményeként olyan termékskálát sikerült kialakítani, amely magában foglalja a panel-műtőrendszerket, műtőasztalokat, műtőlámpákat, statívokat, intenzív- és szülőágyakat, vizsgálószékeket, rozsdamentes és egyéb kórházi berendezéseket, de komoly pozícióval rendelkezünk a nőgyógyászati és fogászati berendezések területén is.

Vízió

H Milyen területre fókuszálnak a jövő évben?

– 2006-ban a sürgősségi ellátásra koncentráltunk, talán ennek is köszönhető sikerünk. Jövőre, meglévő termékskálánk mellett a panel-műtőrendszerekre fókuszálunk, köszönhetően annak, hogy az intenzív termékfejlesztés eredményeként egy különösen versenyképes, világszínvonalú megoldást tudunk ajánlani.

H Miért ilyen fontos az Önök számára a termékfejlesztés?

– Mert ezzel tudjuk biztosítani termékeink versenyképességét. Az elmúlt három évben óriási iramban fejlődik ez a terület Közép-Európában. Megkockáztatom, hogy öt éven belül a világ jelentős részét ebből a régióból látják el intenzív ágyakkal és minőségi kórházi bútorzattal. Az idei düsseldorfi Medica kiállításon világosan látható volt, hogy a Famed Zywiec jelentős eredményeket ért el az intenzív ágyak fejlesztése területén. Erre a célra külön gyáregységet létesítettek, és elsősorban a kiváló ár-érték aránynak köszönhető, hogy ez a minőségi kórházi ellátáshoz elengedhetetlen termékkör világszerre nagy népszerűségnek örvend.

H Hogyan kapcsolódnak jövőre a magyar egészségügy átalakításához?

– Az átalakítás érdemi lépéseit mi is támogatjuk. A hatékonyságnak központi kérdéssé kell válnia az egészségügyben is. Ugyanakkor azt is látjuk, hogy a jövő év első felében a magyar kórházügyben óriási problémák várhatóak. Ennek ellenére optimista vagyok, tapasztalataim alapján bízom a magyar kórházakban és a magyar egészségügyi vezetők szakértelmében, és biztos vagyok abban, hogy a változásokat a magyar egészségügyi szakma sikerként fogja megélni. Ehhez természetesen mi minden támogatásunkat, szakértelmünket, összes erőforrásunkat és partneri kapcsolatainkat biztosítjuk, mert a rendszer átformálásához és fejlesztéséhez hiszem, hogy jelentős segítséget tudunk nyújtani. Partnereink, különösen a Famed Zywiec termékskálája pontosan a minőségi berendezéseket és költséghatékony konstrukciókat, kedvező finanszírozást kereső intézmények számára teheti fontossá az együttműködést.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser

Nemzetközi mércével mérhető minőség

Új, fejlettebb munkakultúrára van szükség az országban és az ISH Kft-nél is – jelezi olvasóinknak Gögge Péter. Az ISH Kft. operatív igazgatója a magyar egészségügy családián működő informatikai megoldászállítójából nemzetközi minőséget nyújtó regionális szolgáltatót tervez fejleszteni.

H Gögge úr, Ön október elseje óta dolgozik operatív igazgatóként az ISH Kft-nél. Hét év után visszatért ugyanabba a pozícióba, amit elhagyott, közben bejárta a multinacionális informatika világát. Miért ment vissza az ISH Kft-hez?

– Elsősorban azért, mert van egy barátom, Regőci István, a cég ügyvezető igazgatója, akivel a kilencvenes években együtt dolgoztunk az IBM-ben, majd az ISH Kft-ben, és arra kért, jöjjenek vissza a céghez. Százan lettünk, kinőttük magunkat, és egy olyan céget kellene létrehozni, amely a magyar piac mellett regionális szinten is helyt tud állni.

Célkitűzések

H Sokat változott az elmúlt években az ISH Kft.?

– Egészen biztosan óriási a változás, de ezt én azért nem tudom reálisan megítélni, mert folyamatosan tartottuk a kapcsolatot egymással. Az elmúlt években az IBM globális szolgáltatási vezetőjeként is együtt dolgoztam a céggel. Az IBM hálózatot és szervereket telepített és tartott karban, az ISH pedig szoftvermegoldásokat szállított. Az üzleti tanácsadási üzletág regionális kormányzati vezetőjeként az ISH-val közösen indítottam SAP-projektet Magyarországon, és a cég alvállalkozójaként az IBM vezette be az SAP HL rendszert a Semmelweis Egyete-

men. Az ISH-val együtt dolgoztunk a környező országokban is, például Horvátországban vagy Romániában együtt léptünk be a kórházi területre. Mindig volt kapcsolódási pontunk.

H Milyen célkitűzésekkel látott munkához?

– Elsősorban azt szeretném elérni, hogy az ISH a magyar piacon még jobban működjön, még magasabb szintű minőséget nyújtson. Fontosnak tartom azt is, hogy felkészítsük a céget a regionális szerep-

H Miért, most nem felel meg a piaci igényeknek?

– Az átalakuló magyar egészségügy átalakulást kíván a beszállító cégektől is. Megújuló igényekre megújuló válaszokat kell találni. De talán menjünk vissza egy kicsit a múltba. Az ISH Kft. tíz éve alakult, és hagyományosan kis cég volt, olyan, mint egy család. Minden projektbe belevágtott, és minden projektet úgy oldott meg, hogy egy nagy, dinamikus csapatban ott ült együtt a fejlesztő, a tesztelő, az üzemeltető és a projektvezető. Ezt csak úgy lehetett megvalósítani, hogy minden kollégánk óriási belső motivációval dolgozott. Ma több mint negyven kórházi ügyfelünknel üzemeltetünk MedSol és e-MedSolution rendszert, illetve tizenegy partnerünk, kórházak és egyetemek, használnak SAP gazdasági rendszert. Több mint félszáz jelentős ügyfelet nem lehet úgy kezelni, hogy mindenki ráveti magát az egészre, illetve egy részfeladatra. A rossz és a jó focit az különbözteti meg egymástól, hogy a rossz fociban tíz ember fut egy labda után, a jó fociban pedig van egy edző is, aki irányítja az embereket.

Ügyfélkapu

H Tehát Önre osztották az edző szerepét?

– Úgy hiszem, ez a küldetésem. Az a feladatom, hogy a jelenlegi struktúrát úgy változtassuk meg, hogy az együttműködés a különböző

egységek között működjön. Szabályzatokat kell bevezetnem, rendeznem kell, hogy melyik részleg mivel foglalkozik. De a legfontosabb cél, hogy megfelelően kezeljük ügyfeleink igényeit. A cég oldaláról számos kollégánk találkozik az ügyféllel: kereskedő, üzemeltető, fejlesztő és különböző szintű vezetőink, és mindenki hall valamilyen igényt. Eddig a partnereinkkel



Gögge Péter

re, a szlovákokkal, románokkal, lengyelekkel való disztribútori vagy leányvállalati együttműködésre. Nem vagyok kórházi szakértő, nem is ez a feladatom. Inkább ahhoz értek, hogyan lehet az ország meghatározó egészségügyi informatikai szolgáltatóját úgy továbbfejleszteni, hogy minősége és hatékonysága megfeleljen a piaci igényeknek.



kapcsolatos igények és feladatok bezúdtak hozzánk, ám ezeket nem mindig tudtuk optimálisan feldolgozni. Az év utolsó napjaiban egykapus ügyféligény kezelő rendszert vezetünk be. Az ügyfeleinktől érkező kéréseket azonosítóval és határidővel látjuk el, hogy a feladat megoldását ügyfeleink felé folyamatosan tudjuk kommunikálni. Ez a rendszer felelősséget követel meg partnereinktől is, mert csak azzal tudunk foglalkozni, amit az ügyfélkapun keresztül kapunk meg.

H Csak így lehet hatékonyan kezelni félszáz partnert?

– Több mint ötven különböző projektünk van, ezért tevékenységünk súlypontját a megfelelő projektmenedzsmentre helyezzük. Jelenleg a módszertanok kialakításán, illetve a projektek kezeléséhez való kapacitás és szaktudás továbbfejlesztésén dolgozunk. Ám projekteket nem csak bevezetni, hanem megfelelően üzemeltetni kell, budapesti, debreceni, pécsi és szegedi négy üzemeltetési központunkban üzemeltetési szabályzatot alakítunk ki, és mind a négy központot ugyanolyan szabályzat szerint, ügyfeleink igényeinek megfelelően működtetjük. Ezen felül, mivel sok helyen együtt üzemeltetjük a MedSolt és az SAP, szeretnénk a két üzemeltetési ágat is ötvözni, és minden általunk forgalmazott terméket együtt kezelni.

H Tehát magasabb szolgáltatási minőségre számíthatnak az intézmények?

– Pontosan ez a cél. Nem az a feladatunk, hogy száz újabb e-MedSolution ügyfél legyen, hanem hogy amit eddig telepítettünk, az jobban, hatékonyabban működjön, és ügyfeleink is tisztában legyenek azzal, hogy mit, mikor, milyen minőségben kapnak.

Minőség

H Hogyan szereznek új ügyfeleket, új projekteket?

– Jó néhány aktív HEFOP 4.4. pályázatban veszünk részt, melyekről döntés a közeljövőben, remélhetőleg még idén várható. A dél-dunántúli régióban a Humansoft Kft. fővállalkozásában megnyertük a Pécsi Egyetem és a Baranya Megyei Kórház informatikai fejlesztését, jelenleg az észak-magyarországi és észak-alföldi régióban is pályázunk. Reményeink szerint ez további 6-8 projektet fog jelenteni nekünk. Így nem csak a

meglévő intézményekkel való együttműködést kell jobb mederbe terelni, hanem erőforrásainkat is úgy kell irányítani, hogy az új projektet is megfelelően tudjuk kezelni.

H Mitől lesz minőségi a tevékenység?

– A minőség nem csak úgy, magától jön, attól, hogy házon belül kitalálunk valamit. Azt szoktuk mondani az ISH-ban, hogy egy cég működése valójában egy talpára állított háromszögre hasonlít. A tulajdonosok megmondják, hogy mit tegyen a cég, a cég alkalmazottai megvalósítják a feladatokat, a háromszög csúcsán pedig ott állnak a partnerek, mert elsősorban az ő igényeikre koncentrálnak. Ez alapján az elmúlt hetekben két jelentős programot is indítottunk partnereinknek. Az Elektronikus Kormányzati Módszertani Központban tartottunk egy szakmai napot, amelyen több mint ötven kórházi gazdasági vezetővel és informatikai szakértővel arról beszélgettünk, hogy miként tudunk segíteni partnereinknek a betegsámla, a vizitdíj, a TVK ügyében, illetve a finanszírozáshoz kapcsolódó kérdésekben.

H A minőség része a partnerekkel való intenzívebb párbeszéd is?

– Ügyfeleinkkel folyamatosan párbeszédet keresünk azokról a megoldásokról, amelyeket vagy már kifejlesztettünk,

vagy szeretnénk a piacon megvalósítani. Ezért, hagyományteremtő szándékkal, tartottunk egy partnernapot is, ahol a jogszabályváltozásokról beszélgettünk, és megvitattuk, hogy informatikai szempontból hogyan tudunk ezeknek megfelelni. A jogszabályok sok helyen nagyon tágasak, ám nem lehet mindent informatikával lefedni. Meg kell állapodni ügyfeleinkkel arról, hogy mit tud az informatika megoldani, és milyen feladatok maradnak meg a kórházaknak. Ez az összejövetel olyan sikeres volt, hogy minden negyedévben szeretnénk hasonló vitafórumot rendezni partnereink között. Az ISH korábban gyakran informatikai szemszögből fejlesztette a rendszer funkcionalitását. Egyre nagyobb hangsúlyt helyezünk arra, hogy a kórházi folyamatokba illeszkedően, orvos szakmai szempontból is tökéletesen megfeleljenek az elvárásoknak.

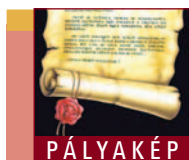
2007

H Milyen évre számít az ISH 2007-ben?

– Magyarországi feladataink mellett aktív projektjeink vannak Lengyelországban, Thaiföldön és Szlovákiában is. Ezek a projektek az itthonitól eltérő feltételek mentén, más jogszabályi környezetben folynak. Nem szeretnék minden országban különböző MedSol és e-MedSolution változatot letenni az asztalra, hanem egyetlen komplex rendszerre van szükség, amelyet minden országban lehet használni, és lefedi az egyes országok specifikumait. Jelenlegi fejlesztési feladataink komoly kihívást jelentenek a cég számára, mert új tapasztalatainkat úgy szeretnénk Magyarországon integrálni, hogy az e-MedSolution konzisztenciáját minden országban fenn tudjuk tartani.

H Hogyan módosíthatja itthoni tevékenységüket a nemzetközi jelenlét?

– Ha az egyik vagy másik országban az ISH Kft. létrehoz egy leányvállalatot, a cég számára az is kérdés, hogy hol fogunk fejleszteni, hol fogunk tesztelni, hol lesz az az ügyfélszolgálat, amely válaszol a telefonhívásokra. Annak érdekében, hogy itthoni partnereink is a legoptimálisabb kiszolgálást kapják, nem biztos, hogy Magyarország a legcélszerűbb válasz az említett kérdésekre. Az ISH Kft. számára ez az igazi kihívás 2007-re.



PÁLYAKÉP

A német származású **Gögge Péter** 1984-ben végez a Jenai Friedrich Schiller Egyetemen matematika-fizika szakon.

1985-ben Magyarországra települ: feleségül vesz egy magyar lányt. A VEGYTERV-nél kezd el dolgozni programozóként. 1990-ben az IBM Magyarországhoz kerül, értékesítési tevékenységgel foglalkozik az államigazgatási szektorban. 1995-98 között az IBM bécsi regionális központjában kelet-európai regionális termékmenedzser. 1998-tól ismét visszatér Budapestre, az IBM Magyarország Kft. államigazgatási szektorért felelős vezetője, 1998-99-ben operatív igazgatóként eltölt egy évet az ISH Kft.-nél, majd a Debis informatikai cég kereskedelmi vezetője lesz. 2000-ben visszatér az IBM Magyarországhoz és a szolgáltatási szektorért felelős vezető lesz. 2003-tól a cég üzleti tanácsadásért felelős divíziójának regionális kormányzati szektor vezetője. 2006 októberétől az ISH Kft. operatív igazgatója. Anyanyelve német, angolul és magyarul tökéletesen beszél. Nős, két gyermek apja.

ZÖLDI PÉTER

lapmenedzser



HEFOP 4.4.: EGY PROJEKT MINDENKIÉRT

Halászat vagy horgászat?

Hallatlanul fontos a belső marketing, a HEFOP 4.4. projektek belső felhasználók felé történő eladása – véli Fehér András, a Humansoft Kft. tanácsadási igazgatója, akivel a dél-dunántúli regionális projekt kapcsán a cég stratégiájáról beszélgettünk.

H *Húsz éve foglalkozik egészségügyi informatikával. Milyen előnyöket jelent ez a HEFOP 4.4. dél-dunántúli pályázatában?*

– Lehet, hogy ez születési hiba, de én szeretek kórházba járni. Tévedés ne essék, nem betegként – szakemberként. Kifejezetten jól érzem magam az orvosok, egészségügyi dolgozók között. Jó velük dolgozni. Sokszor nehéz feladat, de sok örömet ad. A problémák jelentős része is visszaköszön, ismerős a múltból. Az elmúlt években számtalan alkalommal találkoztunk a finanszírozási problémákkal, a kézmix index számítás és a TVK ellentmondásaival, a BNO kódok és HBCS pontok használatával, ezek elszámolási trükkjeivel. Ezek a gondok más formában, már évekkel is ezelőtt jelentkeztek az egészségügyi informatikában. Most annyi a különbség, hogy a szigorodó jogszabályi környezetben más aspektusból kell néznünk őket.

A piaci rés

H *Ma is ugyanaz a lemez szól, mint húsz éve?*

– A kórházak helyzete sosem könnyű. Húsz éve sem volt az, és ma sem egyszerű a helyzet.

H *A kihívásnak köszönhető, hogy a Humansoft Kft. fővállalkozóként indult a dél-dunántúli régió HEFOP 4.4. pályázatán?*

– Mint minden cég, mi is keressük azokat a lehetőségeket, piaci réseket, ahol képesek vagyunk valamilyen többletet nyújtani. Az egészségügyi informatikában elég hamar kiderült, hogy a harc nem annyira nehéz, mint más területen, nincs olyan nagyon sok versenyző a piacon. Különösen az egészségügyi informatika fővállalkozási feladataira, nem jellemző a sok hozzáértő szereplő. Tulajdonképpen két variáció létezik: az elsőben a meghatározó egészségügyi informatikai rendszereket gyártó cégek végzik el a fővállalkozói feladatokat, ám nekik



Fehér András

nem ez a fő erősségük, ők elsősorban egészségügyi informatika részleteiben járatosak. A rendszerintegráció, hálózati infrastruktúra megteremtése, a projektvezetés, a projektmenedzsment, a felmerülő problémák gyors, kompromisszumos megoldása, a BPR, a változáskezelés nem elsősorban az ő műfajuk. Ezeket a feladatokat egy tanácsadó és rendszerintegrátor szervezet sokkal jobban tudja elvégezni. A másik variációban, elnézést, ha megbántok valakit, de általában olyan fővállalkozó cégek szerződnek, akik bármilyen fővállalkozói feladatot ellátnak, megfelelő projektmenedzsment háttérrel bírnak, ám az egészségügy területén nincsen különösebb tapasztalatuk, pedig az nagyon fontos. Higgyék el, az egészségügyi projekt és környezet jelentősen különbözik minden mástól.

H *Melyik módszer jellemzőbb a Humansoft Kft-re?*

– A Humansoft Kft. annyiban tud jobb eredményt elérni, hogy nagyon jól ismeri a piacot, az összes piaci szereplőt, a termékek, szolgáltatások részleteit, ráadásul többször auditált intézményeket, megoldásokat, számtalan megvalósíthatósági tanulmányt írt, pályázatot készített elő, minőségbiztosítást, alkalmazás bevezetéseket végzett. A cég olyan mennyiségű és minőségű tapasztalatra tett szert, hogy szinte adta magát a felismerés: a leghatékonyabb ered-

ményt úgy lehet elérni, ha maga áll az olyan nagyobb volumenű beruházások élére, mint a HEFOP 4.4. dél-dunántúli projektje.

Szakértelem

H *Mely területen számítanak szakértőnek?*

– Természetes, hogy nagyon sok területen egyformán magas színvonalon nem lehetünk szakértők. Vannak olyan részterületek, mint a PACS, a HR rendszerek, vagy a vezetői információs és kontrolling rendszerek, amelyeknek megvannak gyakorlott specialistái. Mi mindenkit ismerünk a piacon, megfelelően tudjuk kiválasztani, hogy mely célra milyen termékre van szükség az adott feladat elvégzéséhez. Ismerjük az adott termékek előnyeit, hiányosságait, és azt is tudjuk, hogy melyik intézmény mit bír el, kit hová érdemes ajánlani.

H *A szakértelem része a széles ismeretségi kör?*

– Azt hiszem, az is a szakértelem része, hogy képesek vagyunk rugalmasan változtatni az álláspontunkon, amikor látjuk, hogy valahol beszűkülnek a gazdasági lehetőségek, és megfelelően tudunk dönteni abban, hogy mit érdemes elhagyni, és mikor érdemes egy olcsóbb, de még megfelelő terméket választani. Nem biztos, hogy minden esetben egy kiváló, globálisan már bizonyított megoldásra van szükség, lehet, hogy jó lehet egy kipróbált, sok helyen sikeresen működő magyar alkalmazás is. De tudunk abban is tanácsot adni, hogyan változassunk eredeti elképzeléseken, ha ezt valami kikényszeríti. Például egy konkrét projekt kapcsán kiderülhet, hogy valaki egy másik partnerrel nem tud együtt dolgozni. Mi ezt is rugalmasan tudjuk kezelni, mert pillanatok alatt másik, megbízható partnert tudunk a projektbe beemlíteni.

H *Rendszerintegrátorok a szó klasszikus értelmében?*

– Azt szoktam mondani, hogy a Humansoftnak élnie kell azzal az adottsággal, hogy nevében, történelmi okok miatt szerepel a „human” szó. Humánus cég vagyunk. Empátiával és kompromisszumkészséggel keressük mindenkivel az együttműködést, elsősorban ügyvezetőink hozzáállásának köszönhetően. Amikor a cég munkatársa lettem, azért volt szimpatikus a Humansoft, és most is ez a szimpatikus benne, hogy mindenkivel képesek vagyunk a saját nyelven beszélni, és mindenkivel megtalálják a közös hangot: Ennek köszönhető, hogy még a piaci versenytársakat, ellenfeleket is képesek vagyunk összeharagolni.



HEFOP 4.4. a gyakorlatban

H *Hogyan működik ez az elmélet a dél-dunántúli HEFOP 4.4. világában?*

– Ebben a projektben konkrét partnerek konkrét problémáiról és konkrét konfliktusairól van szó. Nagyon sok partnerrel dolgozunk együtt, természetes, hogy az érdekek nem mindig azonosak. Ebben a projektben már az ajánlati szakaszban létrejött egyfajta, a szituációból adódó konfliktus. Az itt, most együttműködők máshol kemény ellenfelei egymásnak. A behatárolt költségvetést nem lehetett úgy felosztani, hogy valaki ne kapjon kevesebbet. Több helyen a vezetői irányítási és kontrollig rendszer tudását illetően nagyon komoly elképzelések voltak, amikor ebből költségvetési okok miatt lejjebb kellett adni, a csökkenő árhoz, szűkebb szolgáltatási portfólió párosult. Tudomásul kell venni, hogy egy árharc következményeként a szállított termék teljesítménye is csökkenhet.

H *Hogyan képesek megküzdzeni a projekttel a konzorciumi tagok?*

– Az intézményekben nem áll meg az élet a HEFOP 4.4. projekt bevezetésére. Továbbra is ugyanolyan keményen kell az orvos szakmai munkát végezni, ráadásul megszorító intézkedések mellett kell helytállni. A helyzetük nehezedik, miközben örülni kéne annak, hogy elindult ez a projekt. Ám nem áll dupla munkaerő rendelkezésre, márpedig a projekt feladatai több területen is legalább még egy embert igényelnének.

H *Min múlik a siker?*

– Különösen az intézmények, medikai, gazdasági, vezetői információs, migrációs és infrastrukturális munkacsoportok vezetői vannak túlterhelve. Például a gazdasági vagy VIR munkacsoport vezetője a kórház kontrollig vezetője és nagy valószínűséggel informatikai munkacsoport vezetője a kórház informatikai vezetője is. Napi munkájukat továbbra is el kell végezniük, de vállalniuk kell a HEFOP projekttel járó óriási többletterhet is. Rész kell venni az interjúkon, értékelni, minősíteni kell a jegyzőkönyveket, választani kell a felkínált megoldások közül. Ezt az időt a napi munkából kénytelen ellopni az ember. Ha egy orvos tagja a medikai munkacsoportnak, attól még továbbra is operálnia, gyógyítani kell. Úgy, hogy mellette részt vesz a munkacsoport munkájában, kórházi, regionális, országos igényeket fogalmaz meg, kompromisszumokat köt a szállítóval, alternatív megoldások eleméz, értékel, vezetői döntést készít elő.

H *Ráadásul egy olyan helyzetben, amikor egyetlen kórház pozíciója sem igazán biztos.*

– Még ha egy súlyponti, kiemelt kórházzal is beszélünk, és az intézmény jövője most biztosnak látszik, anyagi helyzete problémás lehet, most is és a jövő évben. Lássuk be, hogy ebben a szituációban óriási a veszélye annak, hogy egy jelentősebb informatikai beruházással, az új rendszer bevezetésével rövidtávon akár még a bevételek is csökkenhetnek. Létező veszélye van annak, hogy az új informatikai felület betanulása során kevesebb beteget tudnak felvenni, kevesebb információt tudnak bevinni a rendszerbe, és a rendszerbevezetés kezdetén akár a finanszírozás is csökkenhet. Azt, hogy egy pozitív dolog rövidtávon a visszajára fordul, nagyon rosszul élnék meg a kórházak dolgozói. E problémahalmaz megelőzése és az érzékeny, empatikus bevezetése komoly kihívás, nekünk is. Mi teljes mértékben megértjük a kórházak problémáját, és nagyon nem szeretnénk, ha úgy élné meg bárki, hogy a munkája nehezül, a bevétel meg kevesebb, akkor értelmét vesztené a projekt.

H *Tehát ezt a fővállalkozó saját felelősségének is tekintik?*

– Természetesen. A közbeszerzési eljárás, így a projekt elnyerése még csak a munka legelső lépése volt. A projektet még legalább kétszer el kell adni. Meg kell győzni minden vezetőt, közreműködőt és beteget arról, hogy ez a projekt jó és hasznos lesz mindegyiküknek. Egyszer már győztünk, amikor a döntéshozók bennünket, alvállalkozóinkat termékeinket választották, de a leendő felhasználókat is meg kell győzni arról, hogy a menedzsment jól választott, mi jók vagyunk és az általunk szállított termék is jó lesz, a beteg számára is hasznos dolgokat csinálunk. Ezért hallatlanul fontos a belső marketing, a HEFOP 4.4. projektek belső felhasználók felé történő eladása. Ebben természetesen még több támogatást szeretnénk kérni az intézmények vezetésétől is. Fontos, hogy ne csak mi érezzük azt, hogy a dolgozókat tájékoztatni kell, a projektet népszerűsíteni kell, hanem az intézmény vezetésében is tudatosuljon, hogy nekik is érdekük a dolgozók, betegek megnyerése, támogatásuk kivívása.

Vízió

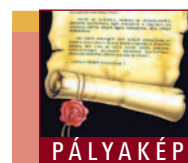
H *Milyen vízióval vágnak neki 2007-nek?*

– Az természetes, hogy mindenk előtt a HEFOP 4.4. pályázatot szeretnénk sikeresen elvégezni. A Humansoft Kft. nem erre az egyetlen projektre szegődött a magyar

egészségügy mellé. Hosszú távon, hosszú jövőben, sikeres együttműködésben gondolkodunk, hiszen ott van a többi régió, ahová sikereinket és eredményeinket exportálni szeretnénk. Ott is meg kell valósítani a szükséges informatikai programokat. Kevés szabadidőnkben azon dolgozunk, hogy felépítsük a kapcsolatokat a több régió egészségügyi döntéshozóival, illetve azokkal az intézményekkel, amelyek nem vettek részt a HEFOP 4.4. konzorciumokban, de ma már bánják, hogy így tettek, vagy egyszerűen csak kezdik belátni, hogy ebből a projektből valami hasznos dolog fog kisülni, és szeretnének ők is részesülni belőle. Mi megyünk előre, keressük ezeket az intézményeket, tájékoztatjuk őket arról, hogy mit végzünk, és kedvet csinálunk ahhoz, hogy ha lehetőség nyílik rá, ők is be szállhassanak a folyó projektbe.

H *Miért tartják fontosnak a jelenlegi forráshiányos helyzetben az informatikai orientációt?*

– Sokan úgy gondolják, hogy minek költenünk informatikai fejlesztésre, mikor az egészségügyben nincs elég pénz a legfontosabb feladat, a betegellátás elvégzésére, ráadásul alacsony az egészségügyi dolgozók fizetése is. Sokan azt kérdezik, hogy miért ilyen nagyléptékű informatikai fejlesztésekre költjük a pénzt, és miért nem a napi problémákat oldjuk meg. Én hiszek abban, és azt szeretném, hogy mások is elfogadják azt a megállapítást, hogy az éhező embernek nem halat kell adni, hanem meg kell tanítani horgászni. Ennek e projektnek a forrásai ebben nyújtanak segítséget.



PÁLYAKÉP

Fiatalkorában vadászpilótának, majd vadászirányítónak készül. 1979-ben villamosmérnökként véggez Kándó Kálmán Villamosipari Műszaki Főiskolán.

2000-ben MBA diplomát szerez a BMGE-n. 1975-ben a Híradástechnikai Ipari Kutatóintézetben kezd el dolgozni tudományos segédmunkatársként. A nyolcvanas évek közepe óta foglalkozik egészségügyi informatikával. 1988-ban az első svájci-magyar kft-hez, a Protomix-hez kerül. Nyolc évig dolgozik igazgatóként a szoftverfejlesztő és rendszerintegrációs feladatokat ellátó cégnél. 1995-99 között a Közép-Európai Egyetem informatikai igazgatója. 1999-2000-ben az Ernst&Young senior menedzsere. 2001 óta a Humansoft tanácsadási igazgatója. 1985 óta a Madarász Utcai Gyermekkórház informatikai tanácsadója. Angolul és oroszul beszél. Nős, két gyermek apja. Többszörös éves magyar bajnok, szabadidejében sokat jár színházba, koncertre, fut és evez.



Gyógyító művészetek

Az EGIS Gyógyszergyár Nyrt. a karácsony és szilveszter közötti nyugodt estékre gondolva készített olvasóinknak a cég reklámművészetéről összeállítást.

A gyógyszergyártás klasszikus műhelyei a patikák hátsó szobájában működtek. Az üvegsére elég volt egy címkét elhelyezni. A marketing további lépéseit a patikus személyes emberismerete képezte. A gyárak megjelenésével vált meghatározó fontosságúvá a tetszetősség, a csomagolás, kölcsönözve a smink. Hasonló kaliberű termékek között nem egyszer a kulcsin billentette át a képletes patikamérleg nyelvét egyik vagy másik gyár termékének irányába. A látvány mesterei így kaphattak napi feladatokat az EGIS elődállalatainál éppúgy, mint a szocialista nagyvállalat évtizedei alatt. A vállalat történet legszínesebb, leglátványosabb fejezetét kétségtelenül e reklámgrafikák, reklámfotók gyűjteménye jelenti.

Nagyanyáink csodaszere, az Ovomaltine

A mai vállalat legnevesebb elődje a svájci gyógyszerész, dr. Albert Wander által a Keresztúri úton 1913-ban nyitott üzem. A kezdetben gyermektápszerek előállításával foglalkozó magyarországi leányvállalat néhány év alatt megerősödött, Magyarország egyik legjelentősebb gyógyszeripari központjává vált. Igazi fellendülése a két világháború közé tehető. 1943-ban már ötszáz munkás dolgozott a vörös téglafalak között. A nagyvállalattá fejlődő Wander igényes reklámtévékenységének köszönhetően a piac legelegánsabb szereplői közé tartozott.

A hiányos táplálkozás okozta betegségek elleni harc lovagja, a nagyanyáink emlékezetében még élő „hizlaló por”, az Ovomaltine, elválaszthatatlanul egybeforrt a kőbányai gyárral. Karinthy egy rövid krokijában is felbukkan a legendás malátapor. A gyártól néhány percre kisebb reptér volt található akkoriban, amelynek emlékét maig őrzi a Gépmadárpark elnevezés. „A kedves, szomorú arcú és jó kedvű Wittman Viktor fuvarozott, mint ahogy ő mondani szokta, előre fi-



A kecses fiatalasszony nagyanyáink csodaszerét, az Ovomaltine-t kanalazza

gyelmeztetett, hogy ma „dugóhúzó” csinálunk, ami nagyon finom dolog...” A hajmeresztő gyakorlatok halálfelelemhez közeli állapotba juttatták az író. Egy végső halálfordulat után a pilóta nyugodtan társalogni kezdett utasával: „- Már egy fél órája töröm a fejem, hogy mi a csoda az az Ovomaltine, amit abban a gyárban csinálnak, ami előtt mindennap elmegyek a vilamoson. Azt hiszem tojásmaláta lehet, de mitül jó az? Csontképző? - Azt hi... hiszem... csontképző.... - ordítok és letöröm homlokomról a verítéket.” Kedves tördelői elírás lehet, hogy a címben helyesen, franciásan szereplő márkanév a tartalomjegyzékben már magyaros értelmet nyerve szerepel: „Óvomaltin”.

Grafikai műhely

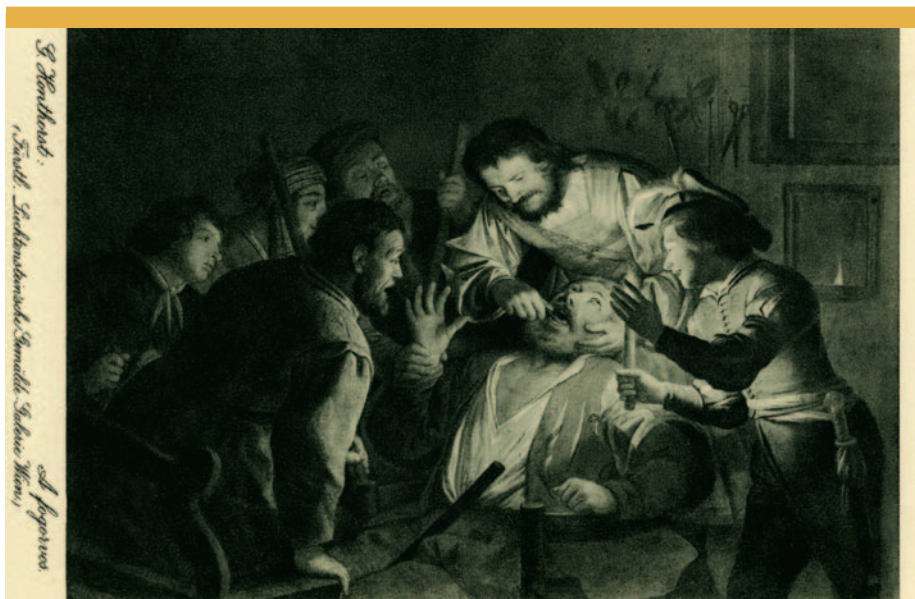
Az óvo tojásmaláta jelentőségét jól jellemzi, hogy a gyártörténeti gyűjtemény legtöbb grafikája, emblémázott tárolóedé-

nye, újsághirdetése a kitűnő tápszert hirdeti. A gyűjtők körében 25-30 ezer forintot is megér az a zománctábla, amelyet egy régi ház bontásakor mentettek meg az enyészettől. A szellőzőajtóként használt táblán egy haját fiúsan rövidre nyíró fiatal leányzó igyekszik erősítést nyerni a csodaportól. Egy másik képen darázsdedekú, csendes asszonyka. A színek elegáns harmóniája, a sejtelmes beállítás, ahol a szépséges arc finoman bújócskázik a falánk szemek előtt, már-már művészi ízt kölcsönöznek a puritán reklámműfajnak. A nőiesen tartózkodó hivalkodás alkotója nem meglepően maga is e műfaj gyakorlója, Dallos Lívia. A századfordulón született művésznő pályáját a vészkorszak pecsételte meg egy évvel a háború befejezése előtt. A Wander grafikai műhelyében más kiemelkedő tehetségek is dolgoztak. A történelmi témájú festményeiről híres, Munkácsy-díjas Bánhidi Andor, a később szocialista házi festőként befutott Lőrincz Gyula, vagy a modern fényképészet és nyomdászat kulcsfigurája, Lengyel Lajos.

A nyomdaipari kapcsolat szálainak fölfejtése vezet el minket a budapesti Keresztúri úttól oly messze eső békéscsabai Tevan nyomdába. Tevan Andor nem egyszerűen nyomdát alapított itt, de patetikus túlzás nélkül állíthatjuk, könyvművé-



A Citamino harmincas évekbeli nyomata a kor egyik legnevesebb könyvészeti vállalatánál készült



Képes levelezőlap a marketing szolgálatában

zeti műhelyt. Békéscsabán jelentek meg az akkor fiatal költő, Faludy György kihívóan pimasz Villon fordításai. A középkorias illusztrációk képi világa ismétlődik meg a Wandernek készített szórólapokon. A vitamin nyelvjátékából alkotott Citamin hirdetésének történelmi keretbe ágyazása nem öncélú. A középkor és a kora újkor veszedelmes betegsége volt a skorbut, az akut C-vitamin hiány.

Az emberiséget nyomorgató megannyi betegség legyőzése az orvostudomány és a gyógyszerészet korábban nem látott fejlődésének köszönhető. A Wander képes levelezőlapjai régi korok betegségeit, műtéteit ábrázoló szürkeárnyaltos másolatok. A hátoldalon rövid kis üzenetek, amiket, ha megfogad a címzett, biztosan elmúlik a panasz: „Az egykori fogműtét alig zajlott le komplikációk nélkül. Ma szájműtétnél, fertőtlenítésre, ezenkívül garathurut gyógyítására, nátha megelőzésére Anacot pasztillát rendelünk. Hatékonyabb a fertőtlenítő oldatoknál. Pótolja a toroköblítést.”

Út az önállósodás felé

E néhány kiragadott gyógyszer töredéke a gyár ekkor már széles skálájú termékínálatának. A külföldi receptek után hazai fejlesztések születtek. A kutatólaboratórium felállítására 1932-ben került sor. Öt évvel később forgalomba hozzák az első heterociklikus szulfamidkészítményt, a Ronint. Az ezt követő, folyamatos fejlesztéseknek köszönhetően mind a mai napig az EGIS a legjelentősebb szereplő az értágítók és vérnyomáscsökkentők hazai piacán.

A gyár külföldi térhódítása régre nyúlik vissza. Már az alapítás céljai közt sze-

repelt a balkáni piac megszerzése, amit előbb egy temesvári, majd egy bukaresti fiók megnyitásával igyekeztek megvalósítani. A kirendeltség levelezésében maradt fenn egy 1932-ben keltezett levél. Szerzője az export tervezése kapcsán óvatosságra int, mivel szerinte Románia nem lesz képes megtartani Besszarábiát, ami a kereslet csökkenését eredményezheti. A politikusok ekkor még óatosan hallgatnak a tervekről, de a finom kereskedő fülek a bársonyszobák csöndjébe is behallgatóznak. A levél nem volt félreértése a helyzetnek: a Szovjetunió nyolc év múlva valóban megszállta a területet, a mai Moldovát.

A háború sajátos fellendülést hozott valamennyi gyógyszergyárnak. A gyár

ekkor már tíz éve kiadott tudományos folyóiratában, a Novitatesben, 1942-ben a számtalan katona halálát okozó dysentériáról közöltek orvosi ismertetést. Négy év múlva az atombomba akkor még alig köztudott sugárhatásait elemezte egy cikk. A koalíciós időkben a magánvállalatok fölött már gyűltek a viharfelhők, amit az ebből az időből fennmaradt iratok tanúsága szerint nem mindenki vett komolyan.

A szocialista nagyipar kiépítése a gyógyszergyárakat a negyvenes évek végén érte el. 1950-ben több gyár összevonásával megalakul az Egyesült Gyógyszer és Tápszergyár, mozaikneven EGYT. A legjelentősebb Wander Gyógyszer és Tápszergyár Rt. (1913) mellett az Egger Leo és Egger I. Gyógyszervegyészeti Kft. (1895), a Krompecher Tápszer- és Gyógyszeripari Kft. (1934), a Medichemia Közkereseti Társaság (1913), az Octan Gyógyszervegyészeti Gyár (1938) és a Palik és Társa Gyógyszer és Vegyészeti Gyár Kft. (1944) alkották az új gyárat, amelynek központi egysége a Keresztúri úti telep lett. A svájci központ hamarosan elperelte az őstermék Ovomaltine nevét. A teljes függetlenedés jelképes aktuusa ez, ami után újjá indult a hazai EGYT története. A döntéshozók fejében felmerült egyetlen mamutvállalat létrehozása is, de a Richterrel való egyesülésre végül nem került sor. A szocialista időszak tervgazdálkodásának hősikora nem reklámgrafikai munkáiról nevezetes. A gyártás volumene ezzel szemben nagyságrendekkel növekedett. A kommunizmus hivatalos stílusának legkitűnőbb munkái – az érthető történelmi idegenkedés miatt – mindezidáig a művészettörténetben sem kaptak kellő figyelmet. Ebből az időből származik az EGIS Keresztúri úti főbejáratát jelenleg is díszítő szocreál mozaikdísz. Készítője Hegyi György, akinek munkásságát nemrég jelentette meg összefoglaló albumában a Körmeny-Csák Galéria.

Művészek a hetvenes-nyolcvanas években

A hetvenes évektől újra megerősödött a gyári marketing, ami újabb reneszánszát hozta a grafikai művészetnek a cég életében. A hetvenes évek koncepcióját a tudatos tervezés jellemezte. Motívumok, egységes nyomdai megjelenés, hosszú távú terjesztési elképzelések jelentek meg.

A Melleril, Teperin, Melipramin gyógyszercsalád esetében a közös eszköz a főmotívum megkettőzése volt. Az összetört



clostilbegyt



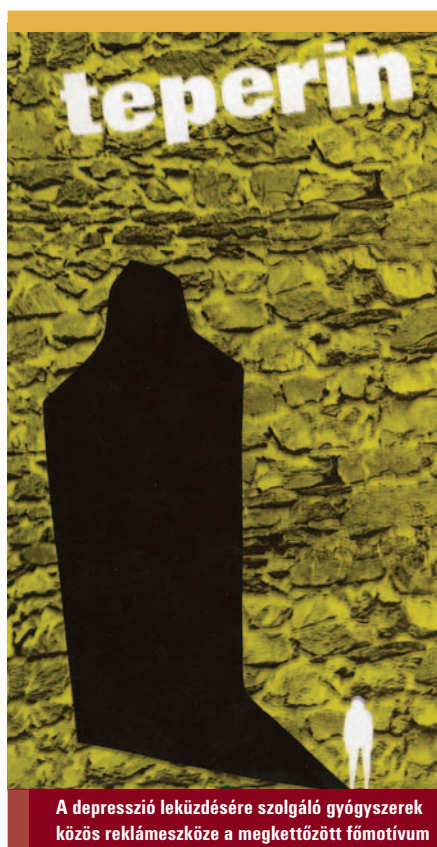
Pap Klára reklámgrafikus eszköztárában a klasszikus európai képzőművészet reprodukcióinak egész tárháza volt megtalálható

személyiség és a gyógyszer hatására beállt javulás kontrasztja ez. A megoldások változatosak: a kicsiny figura fölé magasodó baljóslatú, sötét árnyék, a kettévágott szoborarc, az öregség kényszerű csüggedése az álarcosbál színjátékai. A kiadványok tervezését, akárcsak a Wander-időkben, neves művészek vállalták. Pap Klára a

klasszikus képzőművészeti világból merítette inspirációját.

A Milurit ismertetőjén az urbinói herceget megörökítő Flori festmény, a kismamának készült bébinaplón Kovács Margit kerámiaja látható. Ez utóbbi utalás egyértelmű, a Flori képhez kívánkozik egy rövid megjegyzés. A herceg súlyos köszvényben szenvedett. Kezén és fején jól kiemelhetőek a jellegzetes tünetek. Az éhínségekkel tarkított világban a táplálkozás bizonyos kilengéseire utaló köszvény úri betegségnek számított, ma, ha úgy tetszik demokratikus népbetegség.

Egészen más szellemiségűek Dobák Ildikó munkái, akit a modern formatervezés közérthető utalások nélküli módszere jellemez. A Nitromint prospektusa mintha a szegedi árvízi emlékmű fe-

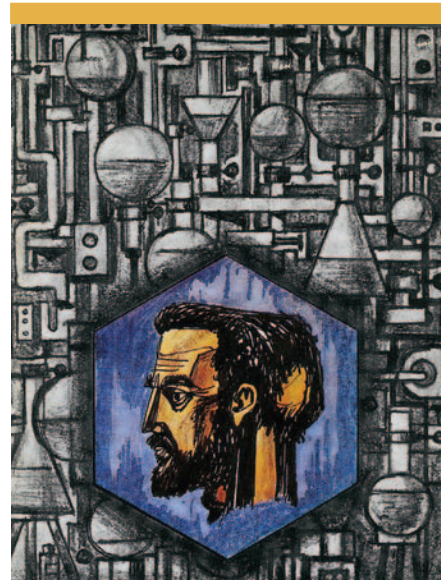


A depresszió leküzdésére szolgáló gyógyszerek közös reklámeszköze a megkettőzött főmotívum

je tetejére állított kétdimenziós olvasata lenne.

A Grandaxin reklámja egy koordináta-rendszer egymás fölött futó függvényeire emlékeztet. Az erőteljes vonalas ábrázolás a korai számítógépes grafikát idézi.

Kétségtelen, hogy az új mechanizmustól a rendszerváltásig az EGYT-nek dolgozó képzőművészek közül Percz János hatszög sorozata érdemeli a legnagyobb figyelmet. Az ötvösművész Percz, akárcsak a két világháború között tevékenykedő Dallos, az alkalmazott grafika legrangosabb munkáit tette le az asztalra. A gyár



TISERCINE

Percz János tervezete ismertető az EGYT és EGIS-logó benzolgyűrűjét használja föl

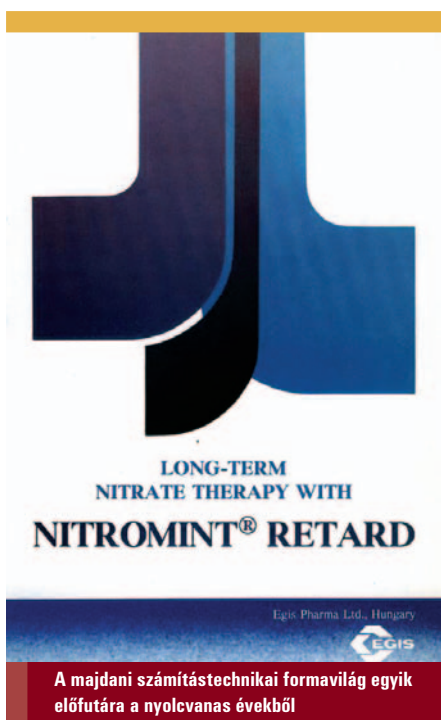
logójának főeleme immár évtizedek óta a benzolgyűrűre utaló hatszög. Percz a logó formájára utaló hatszögbe helyezte el egyéni hangvételtől motívumait. Legsikerültebb a Tisercine megformálása. A skizofrén férfifejet éles vonásokkal, karcszerűen hangsúlyos vonalakkal ábrázolta. Az oldalnézet merevsége, mondhatni kínos hivatalossága, talán nem véletlenül emlékeztet a pénzürméken és a bélyegeken itt-ott feltűnő politikusarcokra.

Közben a gyár neve és ezzel együtt logója is változott, bár az utóbbi formája megőrizte a benzolgyűrű hatszögét. A vállalatot az angol olvasatban Egyiptomra utaló EGYT helyett 1985-ben EGIS-re keresztelte át a vezetés. Az elnevezés finom utalás Jupiter pajzsára, amelyet Vulcanus készített a főistennek. Az áthallás egyértelmű. A pajzs a harcokban, a gyógyszerek a hétköznapi életben nyújtanak védelmet.

A kilencvenes években újabb korszak kezdődött a gyár életében és ezzel együtt marketingje is gyökeresen átalakult. Előtérbe kerültek a fényképeszeti megoldások, a számítógépes tervezés.

Aki ennek a korszaknak formanyelvére kíváncsi, elegendő, ha lesétál a közeli patikába, ahol bizonyosan találkozhat egy-egy EGIS-reklámmal, képpel, grafikával.

DR. HEINRICH-TAMÁSKA PÉTER



A majdani számítástechnikai formavilág egyik előfutára a nyolcvanas évekből

SIEMENS BERENDEZÉSEK A BAJCSY KÓRHÁZ ÚJ TÖMBJÉBEN

A jövő technikája – itt és most

Dr. Papp Lászlót, a Bajcsy-Zsilinszky Kórház főigazgatóját az új diagnosztikai berendezésekről kérdeztük, az intézmény új diagnosztikai és műtéti tömbjének átadása kapcsán.

H *Milyen elvek alapján választották ki a Bajcsy Kórház új tömbjének nagy értékű orrosi berendezéseit?*

– A Bajcsy Kórház rekonstrukciójánál a diagnosztikai és műtéti blokk megvalósítása során központi röntgen, illetve komplex kardiovaszkuláris laboratórium is kialakításra került. Számos ok miatt igyekeztünk a világban fellelhető legmodernebb technikát beszerezni. Amikor intézményünk címzett támogatáshoz jutott – amelyhez estünkben a Fővárosi Önkormányzat szinte ugyanannyi forrást nyújtott, mint a Kormány (5,1 milliárd, illetve ötmilliárd forintot) –, úgy gondoltam, hogy akkor használjuk fel a legmegfelelőbbben az adófizetők pénzét, ha nem a múltnak, nem is a jelennek, hanem egyenesen a jövőnek építünk. Hiszen arra is tekintettel kell lennünk, hogy a következő évtizedben valószínűleg nem jutunk újabb, hasonló nagyságrendű fejlesztési forráshoz, ezért olyan gépeket, eszközöket kell beszereznünk, amelyek hosszú ideig elfogadható színvonalon biztosítják az egészségügyi ellátást.

H *Miként zajlottak a kiválasztás fázisai?*

– Különböző szállítók berendezéseit és technológiai színvonalát néztük meg, hogy hol tartanak ma a világ vezető gyártói. Ezeket elsősorban azt térképeztük fel, mely cég milyen technikai tudású berendezéssel rendelkezik, és ezek hogyan képesek hosszú távon, magas színvonalon szolgálni az egészségügyi ellátást. A közbeszerzési pályázatokat építettként a Fővárosi Önkormányzat írta ki. A beruházás összegének nagyságrendjére tekintettel valamennyi kiírás európai uniós tender volt. Tudatosan törekedtünk arra, hogy a legkorszerűbb technológiát biztosító és összeségében a legelőnyösebb ajánlatot tevő cégek szállíthassák a készülékeket. A beérkezett ajánlatok közül a legjobb műszaki feltételek és a leg-

kedvezőbb ár kombinációjának megfelelő berendezéseket választottuk. Ezért a különböző termékcsoportokban más-más szállítóval kötöttünk szerződést. Ugyanis nem volt teljesen megköthető a kezünk, hiszen olyan szoftvert helyeztünk üzembe, amely valamennyi diagnosztikai eszközzel kommunikál, ezért a számítógépes hálózaton küldött digitális képeket minden szakemberünk megtekintheti, aki megfelelő hozzáféréssel rendelkezik. Ezért módunkban állt mérlegelni az ajánlatokat, és az alapján dönteni, hogy melyik cég szállítja az adott célgépből a legjobb minőségű berendezést. Ez alapján került sor a Siemens Axiom Artis típusú DSA berendezés, valamint a Siemens C-íves sebészeti képerősítők elhelyezésére.

H *Mely paraméterek alapján ítélték a versenytársakénál jobbnak a Siemens készülékét?*

– A Siemens tudta ebben a kategóriában összességében a legelőnyösebb feltételeket ajánlani, a készülék abszolút csúcsmínőséget képvisel: nem képerősítővel, hanem flat panel segítségével működik a felvételvezérlő része. A röntgensugarat kibocsátó fejegysége minden irányba forgatható, továbbá a számítástechnikai háttere rendkívül jó. Azon kollégák, akik korábban dolgoztak Siemens angiográf készülékkel, szeretik a jól beállítható és könnyen kezelhető, megbízható berendezést, a kontrasztadagoló fecskendőjét és jól beállítható a monitorrendszerét, továbbá kitűnő kép megjelenítő minőségét. Mindezek nagyon fontos szempontok a napi betegellátás során.

H *Hogyan sikerült előzetes tapasztalatokat szerezni a készülékről?*

– A kórházunkban dolgozó röntgenorvosok közül sokan dolgoztak külföldön, főként Németországban és Olaszországban és ott a gyakorlatban nyílt

alkalmuk megismerni ezt a készüléktípust is. A szív- és érrendszeri betegségek ellátásában dolgozó kardiológus kollégák szintén külföldi tanulmányút-



Dr. Papp László

juk során, betegellátás közben figyelhették meg a gép működését. A Düsseldorfban rendezett MEDICA-n, Európa meghatározó orvosszakmai kiállításán rendszeresen részt veszünk. A Siemens hagyományosan nagy standdal van jelen, és gyakran magyar munkatársaik is ott tartózkodnak. A hazai kórházvezetők igyekeznek tájékozódni, magam is többször utaztam a kiállításra, ahol bemutatják a legújabb fejlesztéseket.

H *Milyen készüléket szállított még a Siemens?*

– A másik terület, amelyben jelenleg a Siemens szintén az élvonalat képviseli, a műtőkben alkalmazott C-íves képerősítők. Nagy örömmel szolgált, hogy sikerült ilyen, távolról is vezérelhető berendezéseket beszereznünk. A műtőasztalokat is úgy választottuk ki, hogy alkalmasak legyenek a szakembereink számára a kívánt vizsgálatok elvégzésére.



Kiváló monitorrendszerek kerültek beszerzésre, és – miután digitális rendszeről van szó – rendkívül jól megoldott a keletkezett képek DICOM-rendszerrel történő továbbítása és tárolása. Ezt megelőzően kevés számú Siemens műszer üzemelt a Bajcsy Kórházban, ezért érdeklődéssel várjuk, hogyan váltják majd be a hozzájuk fűzött reményeinket.

H *Az egészségügyi intézményekben használt technika a folyamatos üzem miatt speciális igényt támaszt a szállítókra.*

– Magyarországon legendásan jó a Siemens berendezések karbantartása, mert a vállalat régóta kiépített, magasan képzett szervizhálózattal rendelkezik hazánkban. Fontos szempont volt az elbírálásoknál, hogy olyan készülékeket szerezzünk be, amelyek folyamatos igénybevételét kiválóan felkészített szakemberek biztosítják, és ehhez megfelelő alkatrészellátással is rendelkeznek. A Siemens-től továbbá területi lefedettség, szervizfunkciók és az elérhetőség tekintetében egyaránt kiemelkedően jó ajánlatot kaptunk. Közismert, hogy számos kórházban átvették a műszerpark karbantartását, illetve – outsourcing keretében – a műszaki feladatok teljes körű el látását.



Az új Siemens AXIOM ARTIS DSA

H *Alkalmazzák-e már az új eszközöket a napi gyakorlatban?*

– A készülékeket egyelőre még nem tudtuk a valós betegforgalom szolgáltatába állítani, mert a különböző szakhatósági engedélyeket várjuk. Nehéz jóslni, de nagyon szeretném, ha még ez évben működésbe helyezhetnénk őket. Szakember kollégáim véleménye

és tapasztalatai alapján ezen berendezések magas szakmai színvonalon állnak, ezért a kívánt funkciót reményeink szerint hosszú távon biztosítani fogják.

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő

MŰSZERBERUHÁZÁS A SZÍV- ÉS ÉRRENDSZERI BETEGEKÉRT

Diagnosztika és beavatkozás egy helyen

Új, hozzávetőleg ezer négyzetméteres pavilonrész készül a szolnoki Hetényi Géza Kórház bővítésére. A beruházásban az építőipari vállalkozás és a technikai beszerzés is a Siemensen keresztül történik. A szolnoki fejlesztés kapcsán Fodor József projektvezető és Geszler József kiemelt projekt igazgató beszélt lapunknak a vállalkozás érdekességeiről, és arról, hogyan befolyásolja a kardiológiai gyógyítást az alkalmazott műszerek fejlődése.

H *Mióta vállal a Siemens Zrt. a kórházi épület kialakításában is feladatot?*

Fodor József: Kisebb átalakításokat már eddig is vállaltunk az egészségügy területén. Az utóbbi időben gyakran tapasztaljuk, hogy a megrendelő a tender kiírás

sában az építőipari átalakítást is a technológia-szállító feladatául jelöli meg. Az viszont ritkán fordul elő, hogy orvostechnológiai gyártó és forgalmazó cégeként nem csupán kisebb átalakításokat, hanem egy egész pavilon kiépítését vállaljuk el, mint ahogyan az a szolnoki beruházásban történt. A kórházmenedzsment szemléletváltozását jelzi az is, hogy éppen átadás alatt áll a szombathelyi kórházban a sugárterápiás osztály, amelyet szintén mi alakítottunk át egy nagyobb technológiai beszállítás melletti feladatként. Az átalakítás jellegű megbízások szakterületünkön évek óta bevett szokásnak számítanak.

H *Milyen többlétszolgáltatást képes a Siemens egy külső építőipari vállalkozáshoz képest nyújtani?*

F.J.: Cégünknel óriási tapasztalat halmozódott fel műszereink alkalmazásával kapcsolatban. Értékesítő és szervizmérnök kollégáink rendszeres és közvetlen kapcsolatban állnak a gépeinket működtető intézményekkel. Tapasztalatcseréik alapján kiszűrjük a rosszul kialakított környezet miatt jelentkező hibákat és használati problémákat. A napi gyakoriságú, szakmai jellegű eszmecsereik által létrehozott tudás jelenti a mi hozzáadott értékünket az építkezésben és az átalakításban. Természetesen tapasztalataink gyakorlatba történő át helyezését befolyásolja a beruházásra szánt összeg is.

H *Ha a megrendelőnek elég pénze van, bármilyen esetben kérheti Önöktől az építkezési munkálatok kivitelezését?*

F.J.: Szerepvállalásunk ezen a területen nem kizárólag a vevő pénztárcájának vastagságán múlik. Szakmánkban létezik egy egészséges mérték, ameddig egy technológiai berendezéseket gyártó és forgalmazó cégnek el szabad mennie az építőipar területén mint fővállalkozó. Például egy olyan kórház kivitelezésénél, amiben tíz százalék a technológia, egy technológiai cégnek nincs értelme fővállalkozóként részt venni. Irreálisan magas lenne a beruházás értékén belül a technológiától független beruházási érték. Egy technológiai cégnek ugyanis nem versenybe kell szállnia az építőipari cégekkel, hanem partneri viszonyra kell törekednie velük. Azoknál az intézményeknél érdemes és szabad építkeznünk, amelyeknél szükség van speciális tapasztalatainkra. Ezek elsősorban a specifikus ellátásra szakosodott intézmények. Egy általános funkciójú épületnél a szakmai gyártó nem tudja az építkezéshez hozzáadni a többletértéket, speciális szaktudását. Ellenben szembesül a másik oldalról hiányzó tapasztalatokkal, hiszen az általános funkciók más jellegű környezetet igényelnek. Az olyan eseteknél, mint amilyen a szolnoki beruházás, megtisztelő feladat és igazi szakmai elismerés technológiai cégünk számára, hogy teljes mértékben mi végezhetjük el a kivitelezést, alvállalkozók igénybevételével.

H Milyen új orvostechnológiai beruházást valósítottak meg Szolnokon?

Geszler József: A Hetényi Géza Kórházban egy, a legmodernebb technológiával rendelkező szív- és érrendszeri vizsgálatok és beavatkozások elvégzésére alkalmas DSA-berendezést telepítettünk. A korábbi angiográfok csupán felvételeket készítettek, régebben röntgenfilmre, később pedig elektronikus úton, ám gyakorlatilag csak feltérképezték, hogy milyen probléma van az érhálózattal, illetve a koszorúerekkel, kamrákkal, vagy az aortával. Az utóbbi 10-15 évben rendkívül dinamikus fejlődésnek indult ez a terület. A már több évtizede alkalmazott képerősítő helyett az utóbbi néhány évben megjelentek az úgynevezett „flat panel”-es berendezések. Ezzel a technológiai megoldással nagyon sok, a korábbiakra jellemző műszaki probléma egy csapásra megszűnt, például eltűnt a képtorzítás, beégés, képelmosódás jelensége. A most telepített DSA-ban is „flat panel” képfelvévő található, így kiváló, torzításmentes képminőséget, a szívmozgások elmosódásmentes ábrázolását és a korábbiaknál sokkal nagyobb kontraszt dinamikát tudunk biztosítani.

F.J.: A DSA-val végzett szív koszorús erek vizsgálata és katéterezése során már nincs szükség a mellkas feltárására. Ez azért előnyös, mert a páciens a diagnosztika felállításának pillanatában már részesülhet is a szükséges terápiában. Ez a speciális berendezés képezi a komplett technológia gerincét. Ezen felül a Siemens szállította a műszert kiszolgáló informatikai rendszert is. De kerülnek egyéb orvostechnikai funkciók is az új épületbe. Ezek nem új beruházások, hanem a kórház más részeiről helyezik át őket ide. A szív- és érrendszeri ellátás korszerű feltételeinek biztosítása mellett két röntgenkiszolgáló helyiséget hoztunk létre, valamint megbízást kaptunk endoszkópos vizsgálok kialakítására is.

G.J.: Természetesen az orvos szakmai területen is folyamatos a fejlődés. Nagyon sok olyan minimál invazív eszköz jelent meg, amivel az érhálózaton keresztül a

szükség. A beavatkozások alatt egyes vitalparamétereket, mint például a pulzust, a légzést, az EKG-t, és a vérnyomást a beteg biztonsága érdekében folyamatosan mérni és regisztrálni kell. Ezért az imént említett tulajdonságok mellett a szív- és érrendszeri berendezésünkhöz speciális mérő és regisztráló rendszerek is tartoznak. Összességében egy meglehetősen összetett berendezésről van szó, amelynek kivételes megbízhatósággal kell működnie, hiszen a szív az egyik legkritikusabb intervenció terület.

H Mi történik a hemodinamikai beavatkozások során?

G.J.: Az egyik legkorszerűbb intervenció eljárásnál egy úgynevezett sztentet, szövetbarát hengeres fémhálót helyeznek be az érbe. Összecsukott állapotban eljuttatják a szűkült, vagy elzáródott érszakaszra, és ott, képletesen, mint egy esernyőt,



Geszler József kiemelt projekt igazgató és Fodor József projektvezető

problémás helyre eljutva, el tudják végezni a szükséges terápiás beavatkozást. Ahhoz, hogy olyan kritikus beavatkozások esetében, mint például a szívkatéterezés, a beteg szempontjából a legkevésbé megterhelő módon történjen a műtét, az orvosoknak olyan berendezésre van szüksége, amely nagyon jó képminőséget produkál, megbízhatóan működik, és széles mozgástartománnyal egészen speciális betegpozicionálási és képvetülési irányokból történő vizsgálatot tesz lehetővé. A szív a legnagyobb mozgástartománnyal és sebességgel rendelkező szervünk, ezért a kardiológia különleges követelményeket támaszt a képalkotással, illetve az ábrázolással szemben. Ehhez speciális számítógépekre és segédberendezésekre van

kinyitják. Ennek következtében az érfal szétfeszül és újra biztosított a vér szabad áramlása. A normál sztentek tíz-tizenöt évvel ezelőtt jelentek meg. Kezdetben csak végtagi elzáródások kezelésére alkalmazták őket, majd később a szívénél is elkezdtek használni. Sajnos azonban amiatt, hogy egy idegen test került az ér belső falára, 10-20 százalékos arányban ismételt elzáródás lépett föl. Ezek kiküszöbölése, illetve csökkentése érdekében továbblépett a tudomány. Az egyik módszer szerint egy retard gyógyszerből bevonatot készítettek a sztentekre. Ez a gyógyszer megakadályozza, hogy azon a szakaszon véralvadás és így újra elzáródás lépjen föl. A gyógyszeres sztentek az utóbbi két-három évben fantasztikus karriert



futottak be. Magyarországon is egyre több ilyen beavatkozást végeznek. De mivel az eljárás drága, az OEP még meglehetősen óvatos e kérdés tekintetében. Eredményei azonban valóban forradalmiak, hiszen ezzel a módszerrel azt mondhatjuk, hogy majdnem egyetlen ambuláns kezelés keretein belül el lehet látni egy infarktust. Az angiográfiai vizsgálat után, ha szükséges, ugyanakkor meg is kaphatja a beteg ezt a sztentet és egy-két napos megfigyelés után mehet haza. Természetesen ezekről a beavatkozásokról az erre hivatott intervenciós szakorvosok tudnak autentikusan nyilatkozni, mi elsősorban a beavatkozások műszaki és technikai aspektusáért vagyunk felelősek.

H *Az országban máshol is található a szolnoki Cardiológiai Angiográfhoz hasonló berendezés?*

F.J.: A szolnoki kórházba szállított alapberendezés elsősorban szív- és érrendszeri diagnosztikára és beavatkozásra szolgál. Ilyen speciális kardiológiai berendezésből több is van Magyarországon. Balatonfüreden például ugyanilyen beruházást valósítottunk meg. Zalaegerszezen október végén adtunk át egy olyan berendezést, ami nem alapvetően szívre specializált, de alkalmas a kardiológiai feladatokra is. Számptalan szép példát sorolhatnék, hiszen az ország több pontján használnak hemodinamikai beavatkozásokra alkalmas berendezéseket már több, mint tíz éve, többek között az Országos Kardiológiai Intézetben, a Semmelweis Egyetem Ér-



A flat paneles Siemens DSA, még üzembe helyezés előtt

és Szívsebészeti Klinikáján, a Szegei Tudományegyetemen.

H *Milyen visszajelzéseket kapnak a szakmától?*

G.J.: A visszajelzések pozitívak, mind a képminőség, mind a megbízhatóság tekintetében, de lényeges megemlíteni, hogy ezeknek a berendezéseknek a szoftvere olyan komplex tudású, hogy időbe telik, míg az orvosok és az asszisztensek megszokják. A szakterületen vezető, innovatív gyártók hasonló tudású műszerei között a Siemens masszív meg-

jelenésével, letisztult, modern design-jával és megbízhatóságával tűnt ki. Célgünk fejlesztési tervei a gépek műszaki tudásának és esztétikájának további növelése mellett, a visszajelzéseket figyelembe véve, az egyre inkább felhasználóbarát kezelőfelületre is irányulnak.

H *Minek köszönheti a Siemens híresen jó szervizrendszerét?*

F.J.: Bár projektvezetőként és építőipari szakemberként nincsen teljes rálátásom szervizhálózatunkra, fontosnak tartom, hogy a Siemens sok pénzt és időt áldoz arra, hogy a szervizmérnök kollégák felkészültsége a lehető legjobb legyen. Ez a törekvés egyrészt megjelenik a folyamatos oktatásokban, hiszen a cég minden évben továbbképzéseket szervez Németországban, amelyeken a gyakorlattal rendelkező kollégáknak is részt kell venniük. Emellett az is növeli a hálózat hatékonyságát és gyorsaságát, hogy a napjainkban telepítésre kerülő gépek nagy többsége már felüvelhető a távdiagnosztika segítségével is. A kollégák budapesti munkahelyükről ellenőrizni tudják az ország bármelyik pontjára szállított gépeket, és azonnal ki tudják deríteni, hogy egy esetleges meghibásodás esetén mi okozta a problémát. A harmadik szempont, hogy a szervizmérnökök elkötelezettek szakmájuk iránt és a szolgáltatás minőségében az ő odaadásuk és áldozatkészségük is megjelenik.

RADNAI ANNA

újságíró



Az új épületrész a Hetényi Kórházban

Húsz év után új készülék

Decemberben egy jelentősebb diagnosztikai beruházás, a Vaszkuláris Centrum létrehozása keretében új Siemens DSA-berendezést helyeztek üzembe a Zala Megyei Kórházban. Dr. Nagy Gyöngyi osztályvezető főorvost az osztály fejlesztési céljairól és a beruházás eredményeiről kérdeztük.

H Főorvos asszony, mi az oka annak, hogy a szakmai vélemények szerint a zalaegerszegi radiológia az ország legfejlettebb osztályai közé tartozik?

– Ez elsősorban Lélek Imre professzornak, a modern képalkotó eljárások itthoni meghonosítójának, a valós idejű ultrahang magyarországi úttörőjének köszönhető. 1979-ben a Zala Megyei Kórház vásárolta meg az első ilyen készüléket és itt alakult meg a továbbképző központ is. Én ebbe csöppentem bele 1982-ben. 1986-ban itt jelent meg az első vidéki DSA-berendezés, egy Siemens Angiotron CMP-DSA, és ezzel indult hódító útjára a korszerű vascularis intervenció. Professzor Úr sajnos 1986-ban elhunyt, de addig is számtalan dolgot tanultam tőle, amire nagyon büszke vagyok. Azt a szellemiséget, amit ő közvetített, a mai napig is kötelességemnek érzem továbbvinni.

A munkahely szelleme

H Milyen szellemiséget közvetített Lélek professzor?

– Mindenek előtt támogatta a korszerű technológia bevezetését, az asszisztensi – és szakorvosképzés naprakész, előremutató szervezését, és a minőségi munkavégzést. A professzor szemléletének lényege az volt, hogy a korszerű gépek szolgálnak és segítenek bennünket, de igényes, klinikusokkal együtt működő radiológusok nélkül nem működhetnek megfelelően.

H 1992-ben az ország legfiatalabb radiológus osztályvezető főorvosaként került az osztály élére. A fiatalos szemléletnek köszönhető, hogy azóta is dinamikus fejlődnek?

– Mielőtt kineveztek osztályvezető főorvosnak, öt főorvosunk távozott az osz-

tályról. Itt maradt egy fiatal gárda, nyakunkban egy óriási beruházással. A kórház akkori menedzsmenete korszakalkotó szemléletről tett tanúbizonyságot, amikor kimondta, hogy korszerű diagnosztikai háttér nélkül nem létezik jó klinikai működés. Az érsebészet gyorsan fejlődött, akkoriban került ide a szívsebészet, ami magával hozta a korszerű kardiológiát, a hemodinamikai labort egy Siemens Coroskop TOP berendezéssel,



Dr. Nagy Gyöngyi



PÁLYAKÉP

Nagy Gyöngyi 1982-ben diplomázik a Pécsi Orvostudományi Egyetem általános orvosaként. A végzést követően a Zala Megye Kórház Radiológiai Osztályára, Lélek Imre professzorhoz kerül. 1987-ben megszerzi a radiológus szakorvosi képesítést, 1992-ben elvégzi a Dale Carnegie menedzsment kurzust. 1991-ben Oxfordban tanulmányozza az első magyar GE CT működését, melyet a Zala Megyei Kórházba telepítettek. 1992-ben kinevezik osztályvezető főorvosnak és megyei szakfőorvosnak. 1994-ben ösztöndíjat nyer USA-ba (Chicago) intervenciós képzésre. 2003 óta Kaposvári Egyetem Képző és Diagnosztikai Tanszékének docense, jelenleg ugyanott végzi PhD képzését. 2000 óta a Magyar Radiológusok Társasága főtájkára. Angolul és oroszul beszél. Ferje belgyógyász, fertőző szakorvos és háziorvos. Két gyermek anyja. Idősebb fia kardiológus a Pécsi Szívcentrumban, kisebbik fia hatodéves medikus.

és jelentős előrelépésre szánta el magát a megyei vezetés az onkológiában is. Ebből a fejlődésből nem lehetett kihagyni a diagnosztikát. Ezt ismerték fel az intézmény vezetői, amikor korszerű radiológiai osztályt alakítottak ki.

H Milyen beruházásokat végeztek akkor?

– 1992 és 1995 között több mint félmilliárdos beruházást valósítottak meg az osztályon. Gyakorlatilag lecserelődött a géppark. Új CT, MR, digitális- és távirányítható átvilágító, korszerű ultrahangok, új mammográf kerültek az osztályra. Ehhez jelentős építészeti átalakítás is kapcsolódott, a berendezéseket egy egységbe telepítettük. Az akkori gyógyszerár helyére költözött a teljes diagnosztika, és az egyes modalitásokat egy diagnosztikus sorba helyeztük el.

H Hogyan néz ki ez a diagnosztikus sor?

– A közlekedést elkülönítettük betegfolyosóra és személyzeti folyosóra. A sor elején a röntgenberendezések és az intervenciós ultrahang található, mellette a CT és a DSA. Közvetlenül a folyosó végében helyeztük el MR-laborunkat. Az igényes munkát külön konferenciaterem segíti elő, ahonnan egyetlen ajtónyitással a járóbeteg ellátó szakrendelésre juthatunk, ahová a mammográfiát, az ultrahangot és a távirányítható röntgent telepítettük. Tizenöt év távlatból visszatekintve is úgy látom, hogy ez jó koncepció volt, mert a személyzet munkáját optimalizálni lehetett, és a közlekedési útvonalakat le tudtuk rövidíteni. Az egyes részlegekben állandó szakszemélyzet dolgozik, és munkacsoportokat alakítottunk ki. Az orvosok forgó rendszerben, szintén munkacsoportban dolgoznak.

A lényeg: az orvosi munka

H Hogyan működtetik a munkacsoportokat?

– Egyik fő elvem, hogy részben szakma-, részben szervspecifikusan kell dolgozunk. Létezik mammográfiai munkacsoport, intervenciós munkacsoport, van gyerekradiológus szakorvosunk és neuroradiológiában jártas szakembereink. Az onkológiai összejöveteleket osztályunkon

**FÓKUSZ**

A beruházással kapcsolatban megkérdeztük dr. Csidei Irént, a Zala Megyei Kórház főigazgatóját is:

– A december elején felavatott beruházásunk lényege a tulajdonos hozzájárulásával összeállított fejlesztési elképzelés alapján egy Vaszkuláris Centrum kialakítása intézményünkben. Két nagy berendezést és egy átvilágítót szereztünk be, és hozzá kapcsolódóan szoftver- és informatikai fejlesztést hajtottunk végre. Az egymás mellett lévő laborokban elhelyezett egyik gép a szív koszorús érét vizsgáló hemodinamikai berendezés, a másik egy kombinált, a perifériás- és a szív koszorú erek vizsgálatára alkalmas DSA-berendezés.

– *Mióta végeznek hemodinamikai ellátást a kórházban?*

– Hemodinamikai tevékenységünket több mint tíz éve kezdtük erőteljesen fejleszteni a Zala Megyei Kórházban. A hemodinamikai területen a meglévő gép tízéves kora miatt döntöttünk úgy, hogy megvalósítjuk egy új gép beszerzését. Ezzel párhuzamosan került sor a több mint húsz éves DSA-berendezésünk cseréjére is, amely élemedett kora ellenére mind a mai napig kiválóan működött. Ám a Vaszkuláris Centrum kialakításával egy olyan stratégiai fejlesztési célt akarunk megvalósítani, amelynek eredményeként a Nyugat-Dunántúlon komplex érviszágalmi lehetőséget nyújthatunk, kiszolgálva ezzel a kardiológiát, amelyben részben regionális feladatunk van, a szívsebészetet, amelyben regionális feladatokat látunk el, és a neurológiát, amelyben, elsősorban a stroke ellátásban, óriási jelentősége van a fejlett intervenciós radiológiának.



Dr. Csidei Irén

tartjuk klinikus társainkkal együtt heti rendszerességgel. A radiológus egy teamben dolgozik a gasztroenterológussal már hosszú évek óta hagyományosan.

H Ebben a helyzetben mi az osztályvezető feladata?

– A munkacsoportok kiválóan tudják követni az adott terület szakmai fejlődését. Nekem vezetőként nem az a célom, hogy minden területet magas szinten műveljek. Azt viszont feladatommak tartom, hogy a legmagasabb szinten vezessem a teamek munkáját. Egy megyei kórház radiológus osztályvezetőjének szerintem az kell, hogy legyen a célja, hogy az osztályán megkövetelje a minőségi munkát, és ehhez biztosítsa a szükséges kereteket, és a legkorszerűbb technikát.

H Mennyire működik sikeresen ez a rendszer?

– A kilencvenes évek közepétől folyamatosan és sikeresen építettünk, ám az osztály életében, így az orvosi munkacsoportok fejlődésében is, törést okozott a szerződéses viszonyok megszűnése. 2006 első felében a bérek és szerződések kérdésében sajnos felbolydult az osztály, és egy olyan törés következett be, amire a megoldást mind a mai napig kutatom. Úgy érzem, hogy a Zala Megyei Kórház Radiológia Osztálya az orvosoknak és asszisztent-

seknek, olyan szellemi és szakmai segítséget tud nyújtani, ami nem sok helyen adatik meg ma Magyarországon: egy egységben a készülékek és a szakma vonatkozásában az összes diagnosztikus algoritmus-hoz hozzáférhetnek, és mindenki megtalálhatja a szakma szépségét. A mai magyar bérek nem versenyképesek a nyugat-európai bérekkel, ezt tényként kell rögzítenünk. Júliustól, a szerződéses viszonyok megszűnése miatt egyik kollégánk Írországra ment dolgozni, egy másik kolléga is szeretne külföldre menni és többen csak rész munkaidőben dolgoznak. Az egyedüli szakorvosjelölt más szakterületre ment át. A nyáron orvosaink megrettentek a változásoktól. Szerencsére, mostanában egyre több kollégán látom, hogy a gazdasági és anyagi nehézségek valós problémái mellett értékelik az osztály adottságait, hiszen a szemlélet nem változott.

H Nehezen vészelték át a nyári, botrányoktól hangos időszakot?

– A nyáron tapasztalható megrettenés, a jogfosztottságtól, a túl sok munkától, a megélhetés elvesztésétől való félelem volt. Lassan kezdjük újra közösen kialakítani a napi menetrendet klinikustársainkkal együtt. A változások lényege nem az, hogy minél többet dolgozzanak az orvosaink, hanem az, hogy hozzáférést biztosítsunk a korszerű technikához a jobb betegellá-

tás érdekében, minőségi leleteket írjunk segítve a terápiás tervezést, és ezért megfelelő bérezésben részesüljünk. A működési hátteret viszont közösen kell kimunkálnunk. Nekünk kell kezdeményezni a menedzsment felé a belső optimalizálás lehetőségeit és folyamatosan egyeztetve kell kidolgoznunk azokat. A reform mindig számtalan nehézséget okoz, de szükség van rá. Az nem elegendő önmagában, hogy figyeljük, hány beteget láttunk el, és azért kapjuk a finanszírozást. A hangsúly eltolódik a minőségi munkavégzés irányába, erre utalnak a reformtörekvések is. A megyei kórházak radiológiai osztályainak, – így a zalaegerszeginek is – megmarad az ilyen irányú szerepe.

A beruházás

H Hogyan nyílt lehetőség a Vaszkuláris Centrum kialakítására?

– A Radiológiai Osztály önmagában nem tudta volna kitermelni a két új berendezés költségeit. Az érbetegek ellátása több szakma közös ügye (kardiológia, érsebészet, radiológia, neurológia, belgyógyászati angiológia). Ennek az ellátásnak a része az a korszerű technika, melynek berendezéseivel az érszűkületek egy része rövid ápolási idővel elhárítható. A megye, mint fenntartó biztosította a forrást egy kedvező hitelfelvételi konstrukció eredményeként. A kórház menedzsmenttel együtt döntöttek úgy, hogy az élettartamuk végén lévő hemodinamikai és DSA berendezéseket lecserélik, beszereznek egy új sebészeti képerősítőt is, valamint fejlesztik a hozzátartozó informatikai hátteret és a PACS – rendszert. Megtanultuk, hogy az új berendezések telepítésénél figyeljünk arra, hogy a meglévő PACS – rendszert hogyan terheli meg az új modalitás, és ha kell, bővítsük a szerveret is. Így az új készülékek által szállított nagyobb információ mennyiség miatt nem blokkoljuk a meglévő hálózatot és a PACS rendszert.

H Hogyan zajlott a beruházás?

– Augusztusban hirdettek eredményt a tenderen, szeptemberben elkezdődött a munka a helyiségek kialakítására, novemberben megkezdődhetett a gépeknél a betanítás és december elején birtokba vehettük a kardiológusokkal együtt.

H Hogyan sikerült a tesztelés során megismerkedni az új DSA-val?

– Egy új berendezés beérkezése óriási feladat. A működtetés az oktatással kezdődik. A Vaszkuláris Centrum kialakítása után – mely a hemodinamikával közös

műtöt jelent – megkezdődtek a beteg nélküli betanítások. Az új Siemens Axiom Artis dFA készülékből óriási információhalmazz lehet kinyerni. Ennek feldolgozása, hasznosítása magasabb szintű szaktudást igényel. Másképp kell hozzáállni, sokkal korszerűbb berendezésről van szó, 3D technológia, post-processing módszerek állnak rendelkezésre, ehhez szakképzett, nyelveket beszélő, motivált operátorokra, orvosokra van szükség. A képzéshez évtizedes partnerünk, a Kaposvári Egyetem segítségét vettük igénybe.

Minőségi csere

H 1986-ban telepítették DSA-gépiüket. Ezek szerint idén túllépte a húszéves életkort a Siemens Angiotron.

– Méghozzá kiváló minőségben. Szakembereink óvták és féltették a gépet, így az elmúlt két évtizedben folyamatosan tudtunk dolgozni a régi DSA-val. Kisebb gondot okozott, hogy tíz éves kor után elméletileg nem biztosított az alkatrész-utánpótlás. Mégis, a Siemens kiemelkedően jó szervizének sikerült megoldania, hogy azonos életkorú, már leszerelt készülékekből pótolták a hiányzó alkatrészeket és biztosították a folyamatos működést. Ez a gép olyan jó minőségben tudott így működni, hogy a készített felvételek alapján nem lehetett megmondani, hogy egy húszéves berendezésről van szó.

H Milyen készülékeket használnak az osztályon?

– Első CT-berendezésünket a GE, az MR berendezésünket a Siemens szállította, az ultrahang területen Toshiba, Philips és Hitachi gépeket használunk. A régi CT-berendezésünk helyett legutóbb beszerzett kétszeletes CT-készülék egy Siemens gyártmányú Emotion Duo. A tavaly vásárolt MR-gépünk a legkorszerűbb TIM technológiájú berendezés, ami egy Siemens Avanto 1,5T MR berendezés. A mostani beruházásban a Axiom Artis dFA Siemens DSA – amely egyaránt alkalmas perifériális és szív vizsgálatokra – mellé egy GE hemodinamikai berendezést és sebészeti képerősítőt kaptunk. A Sienet PACS-rendszert pedig szintén a Siemens szállítja, így a különböző márkájú modalitások kiválóan működnek együtt.

H Miért választják elsősorban a Siemens berendezéseket?

– A Zala Megyei Kórház igyekezett mindig a legkorszerűbb technológiát működtetni. A megyei betegellátás fejlesztésében, szerencsénkre, a megyei önkormányzat, mint

fenntartó mindig a kórház vezetésével összhangban tudott együttműködni. A Siemens berendezések használata, még Lélek professzor óta hagyomány osztályunkon, elsősorban a megtapasztalt kiváló minőség és strapabíróság miatt. Különösen nagy előnyt jelent a Siemens szerviz precizitása és megbízhatósága, de az sem utolsó szempont, hogy a szakszemélyzet hasonló kezelőfelületű és filozófiájú berendezéseket használ. Ha egységes a szerviz, a minőségbiztosítás, a kijelzőrendszer, sokkal hatékonyabb munkát lehet megvalósítani. Ugyanakkor szívesen használjuk más gyártók minőségi berendezéseit is.



A bűszke főorvosasszony és az új Axiom Artis dFA Siemens DSA

A segítő gépek

H Milyen paraméterek alapján választották ki a berendezéseket?

– Amikor egy új készüléket választunk, fontosnak tartom, hogy az új berendezés előrelépést hozzon az adott technikában. A diagnosztikus vizsgálatokat CT, MR, ultrahang, color Doppler segítségével el tudjuk non-invazív módon végezni. Az angiográfiás vizsgálatok terén az intervencióra kell fókuszálnunk. Zala megyében a vaszkuláris és onkológiai megbetegedések aránya az országos átlag feletti, e területek ellátása fejlesztésre szorul. Ezt korszerű diagnosztika nélkül nem lehet megvalósítani.

H Milyen stratégiába illeszkednek ezek a beszerzések?

– Évek óta stratégiai elképzelése a medndzmentnek egy Vaszkuláris Centrum létrehozása, angiográfiás laborunk megújítása. MR berendezésünket úgy vásárolta meg tavaly a kórház, hogy alkalmas legyen korszerű érábrázolásra. A diagnosztika

kus vizsgálatokat a kevésbé megterhelő MRA- és CTA-vizsgálatok felé vezettük az elmúlt évben. A mostani egy olyan berendezés, amelynek a digitális technológiája segítségükre van abban, hogy a különböző terápiás beavatkozásokat – artériás és vénás érszűkületek tágítása, vérzéses, dagados erek elzárása, epeutak szűkületeinek áthidalása – a 3D technológia, a különböző rekonstrukciók és a road map segítségével, a CT és MR előzetes képei alapján, a lehető legoptimálisabban legyen tervezhető. De fontos volt az is, hogy megfelelő helyi számítógépeken az információ halmaz könnyen kezelhető legyen. A páci-

ens pulzusa, vérnyomása és EKG diagramja folyamatosan megtekinthető, mely biztonságossá teszi a betegfelügyeletet. A kardiológusok által működtetett hemodinamikai készülék közös vezérlővel épült ki a perifériás, kombinált DSA berendezéssel, amely el tud látni szükség esetén hemodinamikai feladatokat is. A tapasztalat azt mutatja, hogy a mátrix szemlélet a készülékek működtetésénél is optimalizálható intézményi szinten. Mindezekhez a kórház menedzsmntjének döntésére és támogatására volt szükség.

H Hogyan sikerült ezt megszerezni?

– Egyszerűen arról van szó, hogy együtt kell gondolkodnunk. A Zala Megyei Kórház alapvető célja, hogy megőrizze mostanáig felépített értékeit. Az nem lehet, hogy a jelenlegi változások megingassanak bennünket. Feladatunk az, hogy értékeinket definiáljuk, megtartsuk, és – lehetőség szerint – továbbvigyük.

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő



Hódítanak a gyári vonalkódos csövek

A Greiner Csoport világszínvonalú kutatás-fejlesztéseinek eredményeit használja fel mosoni gyárában a Greiner Kft., hogy a hazai egészségügyi intézményekbe jelenleg bevezetésre kerülő gyári vonalkódos csövek használatával minimálisra csökkentse a beteg azonosításával kapcsolatos preanalitikai hibákat.

A Greiner Kft. 10 éves magyarországi működéséről, a ma is családi tulajdonban lévő több mint 100 éves világcég, a Greiner Csoport filozófiájáról és személyes élményeiről beszélgetünk Friedrich Karl Schaller úrral, a kft. ügyvezető igazgatójával, illetve Balogh László értékesítési igazgatóval.

– A több mint egy évszázados múlttal rendelkező – egy osztrák városka szatócsboltjából induló – családi vállalkozás szellemisége ma is változatlan. Annak idején egy szokatlan újítás gyakorlati alkalmazása jelentette a kezdeti kiugrás lehetőségét: géppel vágott parafadugókat kezdtek használni az addig kézzel faragott fadugók helyett az üvegek szájában.

Hogyhogy eddig nem jutott ez eszébe senkinek?!

– Aki nem tudja a vevőket új és jobb termékekkel lelkesíteni, illetve a változó követelményekre új megoldásokkal válaszolni, az el fogja veszíteni a vevőit – a vállalatvezetés ma is vallja a régi családi bölcsességet. Magyarországon a magas piaci részesedés még nem

bizonyítéka a jó piaci pozíciónak, hiszen ez a piaci hányad árharckok folytán bármikor el is veszíthető. A megoldás az, hogy a vevőink számára optimális terméket biztosítsunk és a legjobb szolgáltatást.

H A Greiner Bio One divízióhoz tartozó mosonmagyaróvári gyár labortechnikai és preanalitikai termékeit ismerhetik már az olvasók?

– Cégünk ez év elején kezdte el forgalmazni Magyarországon vérmintaszállító rendszerét, amely a háziorvosoktól a legnagyobb

séggel jár, és magában hordozza az emberi tévedés veszélyét. Az általunk gyártott gyári vonalkóddal ellátott vér- és vizelet-mintaveteli csövek használatával időt, pénzt takarít meg a felhasználó, az azonosítás pedig 100%-os biztonságu. A vonalkód nem csak a beteg azonosítására szolgáló, csőtípusonként 1 millió variációt biztosító szekvenciát tartalmazza, hanem a cső rendeltetéséről, úrtartalmáról, a benne lévő adalékanyagról, illetve a gyártás időpontjáról és a szavatossági időről is tartalmaz információkat, mely adatok később bármikor visszakereshetők.



Friedrich Karl Schaller és Balogh László

H Használják már a hazai kórházak ezt a rendszert?

– Igen, egy kórház már hatékonyan használja, de számos intézmény érdeklődik iránta, melynek alapján úgy látjuk, sikeres termék lesz. Üzletpolitikánk, hogy a gyártásban, kereskedelemben dolgozó munkatársaink és a termékeinket használó intézmények dolgozóival hosszú távú kiszámíthatóságot, kiváló minőségű termékeket és szolgáltatást kínálva a kölcsönös bizalomra épülő családias

forgalmú laboratóriumig minden felhasználó számára a legszigorúbb szabványoknak megfelelő optimális megoldást kínálja a vér- és vizeletminták kockázatmentes szállítására. Jelenleg a laboratóriumok nyomtatott vonalkódot használnak a minta és a beteg azonosítására, amely infrastruktúrát, humán erőforrást, munkaidőt igényel, jelentős költ-

légkörben működünk együtt. A családi vállalkozásokra jellemző összetartozás érzés máig megmaradt a kollégák között, függetlenül attól, ki honnan érkezett köztünk. Ezért szeretnénk nagyon boldog karácsonyi ünnepet és sikeres új esztendőt kívánni a magyar kórházak összes munkatársának!

greiner bio-one

10 éve
MAGYARORSZÁGON



A beteg tájékoztatáshoz való joga

A késői típusú hemolitikus szövődmény jellemzője, hogy a kompatibilitási vizsgálat idején nincs kimutatható ellenanyag, azonban a transfúziót követően 1-7 nappal hemolízis észlelhető. Szeretném felhívni a figyelmet a diagnosztikát elősegítő transfuziológiai anamnézis jelentőségére, és a transfúzióhoz kapcsolódóan a beteg tájékoztatási és önrendelkezési jogának érvényesülésére, amely a nyomon követhetőség megvalósulását is szolgálja.

A transfúziós szövődmények jelentkezésük időpontjától függően lehetnek azonnali, korai és késői típusúak. Az azonnali szövődmények 10-15 percen, a koraiak 1-24 órán belül észlelhetőek. A késői szövődmények közé sorolják a késői immunhemolízist, a kórokozók átvitelét és egyéb, nem hemolitikus szövődményeket (1). A 3/2005. (II. 10.) EüM-rendelet bevezeti a súlyos szövődmény fogalmát, amely a recipiens vonatkozásában jelenti a vérkomponensek transfúziójával kapcsolatban fellépő olyan nem kívánt reakciót, amely gyógyintézeti kezelést igényel, vagy betegséghez vezet (2). Napjainkban egészségügyi intézményeinkben jelentős mértékben növekszik az ambuláns transfúziók száma, amelyhez sajnálatosan hiányos egészségügyi adatközlés is társul a szigorú uniós követelmények ellenére, így a kezelőorvosok ezzel a gyakorlattal komoly differenciáldiagnosztikai problémák megoldása elé állítják egymást.

Késői hemolitikus transfúziós reakció

A késői hemolitikus reakció – a szekunder immunválasznak köszönhetően – azokban a betegekben alakul ki, akiknél a transfúzió előtti szerológiai vizsgálatok során (vércsoportvizsgálat, ellenanyagszűrés és szükség esetén kompatibilitási vizsgálat) vörösvérsejt elleni ellenanyag nem mutatható ki, mivel annak titere a primér immunizáció óta eltelt időben a kimutatható szint alá csökkent. Transzfúziót követően azonban a transzfundált

vörösvérsejtekkel szemben immunválasz alakul ki, melynek időtartama lehet 24 órától 1 hétig terjedő (3, 4, 5). Ez idő alatt gyorsan növekszik a vörösvérsejtek destrukcióját eredményező antitestek koncentrációja. A jelentett esetek 10%-ában egynél több alloantitést jelenik meg, amelyek leggyakrabban Rh rendszeren és/vagy Kell, Kidd, Duffy rendszeren belüliek. A laboratóriumi eltérések mellett kialakulhatnak klinikai tünetek, de a szerológiai reakció lefolyása tünetmentes is lehet. A szövődmény kialakulására legtöbbször a hemoglobinszint csökkenése hívja fel a figyelmet, a beteg gyorsan anemizálódik. Szövődményre utalhat a beteg vérmintájának vizuális ellenőrzése, és a direkt Coombs-pozitivitás megjelenése, amely mindaddig kimutatható, amíg az inkompatibilis vörösvérsejtek nem eliminálódnak (4). A további tünetek a hemolitikus transfúziós szövődmény tüneteire hasonlítanak lehetnek, azaz láz, emelkedő bilirubinszint, csökkenő vizeletmennyiség.

Sajnos pontos magyar adatok a szövődmény gyakoriságáról nem állnak rendelkezésünkre, az USA-ból származó adatok szerint 1:1900-ra becsülhető. A csökkenő hemoglobinérték differenciáldiagnosztikai problémát is okozhat, hiszen vérzést, illetve autoimmun hemolitikus anémiát is jelenthet. Ez a típusú szövődmény gyakrabban alakul ki a terhesség során immunizálódott nőkben, illetve a korábban transfúziót kapott betegekben. A kulcskérdés a primer immunizáció igazolása.

A vércsoport-meghatározások és ellenanyagvizsgálatok eredményének rögzítése és közlése

A vizsgálati eredményekkel és beavatkozásokkal (transzfúzió, vércsoport és ellenanyagszűrés eredményei, kompatibilitási vizsgálat, transfuziológiai javaslat) kapcsolatos tájékoztatási kötelezettségről nemcsak a Transzfúziós Szabályzat, hanem az 1997. évi CLIV., valamint a XLVII. törvény is rendelkezik (1,6,7).

Az 1997. évi XLVII. törvény 3. § -a szerint egészségügyi adatnak minősül az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat. Ennek értelmében a Transzfúziós Szabályzat akként rendelkezik, hogy minden vércsoport-meghatározást végző laboratórium köteles a vércsoport-szerológiai reakciókat és az eredményeket írásban rögzíteni, a vércsoportot és az ellenanyagszűrés eredményét írásban közölni, melyet okmányként a kórlaphoz kell csatolni. A Transzfúziós Szabályzat nemcsak a kórlappal kapcsolatban rendelkezik, hanem kiemeli, hogy a beteg zárójelentésének tartalmaznia kell a transfúzió tényét és a vele kapcsolatos rendkívüli eseményeket, szövődményeket, a kimutatott vércsoportellenes antitestek jelenlétét, valamint az ehhez kapcsolódó transfúziós javaslatokat. Az 1997. évi CLIV. törvény 13. § (4) bekezdése rendelkezik arról, hogy a betegnek joga van megismerni ellátása során az egyes vizsgálatok, beavatkozások elvégzését követően azok eredményét, a várttól eltérő eredményt és annak okait (6). Továbbá az 1997. évi XLVII. törvény értelmében a transfúzióval kapcsolatos vizsgálati eredmények, a felhasznált vérkészítmények adatai is az egészségügyi dokumentáció részét képezik, hiszen a gyógykezelés során a betegellátó tudomására jutott egészségügyi adatokat tartalmazó feljegyzések, nyilvántartások az egészségügyi dokumentáció részei. Az 2005/61/EK irányelv szerint a vérkészítmények nyomon követhetőségére vonatkozó adatokat megfelelő és olvasható adathordozón 30 évig meg kell őrizni (8). Tehát a nyomon követhetőséghez szükséges a beteg kórlapjában (lázlapján), észlelőlapján, zárójelentésén, ápolási lapján, a transfúziós naplóban a transfúzióhoz kapcsolódó adatok egyértelmű nyilvántartása.

A tájékoztatáshoz való jog

A klinikai transfuziológiai gyakorlatban a betegek jogai közül a tájékoztatáshoz való jog sérülésére kívánjuk felhívni a figyelmet egy rövid esetismertetéssel. Ez a gyakorlat sajnos tapasztalható.

talataink szerint nem egyedi. A 63 éves nőbeteg otthonában kialakult fokozatosan mélyülő sárgaság, csökkenő hemoglobinszint miatt hemolitikus anémia gyanújával került ügyeletben felvételre a belgyógyászatra, amikor a vérellátóban a szerológiai vizsgálatok során anti-E, -c, Fy^a-antitestek voltak kimutathatóak az 1 hónappal korábbi negatív ellenanyagvizsgálás után. Az anamnézisében 2 héttel korábban ortopédiai műtét és 6 E B Rh-pozitív vörösvérsejt-koncentrátum adása szerepel. A vérminta vizuális ellenőrzése és a klinikai kép felvetette a transzfúziós szövődmény lehetőségét, azonban a primer immunizáció megtörténte nem ismert. Az észlelt szerológiai eltérések ismeretében a vérellátó által kezdeményezett ismételt anamnéziszfelvétel és a beteg egészségügyi dokumentációjának átvizsgálása is eredménytelen volt, csak az ortopédiai beavatkozást végző intézmény archívumából előkeresett transzfúziós napló alapján derült ki, hogy a beteg első ortopédiai műtete során 1988-ban csoportazonos vörösvérsejt-koncentrátumokat kapott, ami magyarázatul szolgál a primer immunizációra.

Összefoglalás

A késői típusú hemolitikus reakció negatív ellenanyagvizsgálás ellenére kialakulhat a transzfúziót követő 24 óra és 1 hét között, ha a primer immunizáció a korábbi terhességek vagy transzfúzió során megtörtént. A leggyakrabban kialakuló antitestek az Rh rendszeren belül E vagy c, és lehet még Kell, Fya, Jka (3, 4, 5). Esetünkben a szövődmény kivizsgálását megnehezítette, hogy a beteg 1988-as zárójelentésén a transzfúziót meg sem említették, a beteget a transzfúzióra vonatkozó lelettel sem látták el, sőt a beteg sem emlékezett a primer immunizációra. Lehet, hogy nem érvényesültek a betegjogok? Napjainkban biztos, hogy minden zárójelentésen szerepel a megtörtént transzfúzió? A Transzfúziós Szabályzat, az egészségügyi adatokra vonatkozó jogszabályok áttekintésével kívánunk felhívni a figyelmet a transzfúziót is magába foglaló egészségügyi adatok kezelésének jelentőségére. Ennek hiányában nehezen lehet megfelelni a 2005/61/EK irányelv nyomán követhetőségre vonatkozó előírásainak, amely megkívánja, hogy minden egyes különálló véregység követhető legyen a donortól a recipiensig és vissza is (8).

Irodalom

1. Transzfúziós Szabályzat. Módszertani levél. Országos Vérellátó Központ, Budapest, 1998.
2. 3/2005. (II. 10.) EüM-rendelet az emberi vér és vérkomponensek gyűjtésére, vizsgálatára, feldolgozására, tárolására és elosztására vonatkozó minőségi és biztonsági előírásokról, valamint ezek egyes technikai követelményeiről
3. Klein HG, Anstee DJ. Mollison's, Blood Transfusion In Clinical Medicine. Blackwell, 11 th Edition, 2005.
4. McCullough J. Transfusion Medicine. Elsevier Second edition, 2005.
5. Murphy MF, Pamphilon D H. Practical Transfusion Medicine. Blackwell, 2001.
6. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
7. 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről
8. 2005/61/EK irányelv a 2002/98/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek a nyomon követhetőségi követelmények, illetve a súlyos szövődmények és súlyos káros események bejelentése tekintetében történő végrehajtásáról

DR. BOHATY ILONA

OVSV Debreceni Regionális Vérellátó Központ

EURÓPAI UNIÓ POLITIKÁJA

Szervadományozás és -átültetés III.

Tekintettel arra, hogy a szervátültetések kérdése nemcsak világviszonylatban, hanem Magyarországon is egyre inkább az érdeklődés homlokterébe kerül, célszerű megismerkedni az Európai Unió ezzel kapcsolatos állásfoglalásával. A sorozat 3. részét olvashatják.

A legfontosabb Európai Szervcsere Szervezet (EOEO) (Svájci Transzplantáció, Olasz Transzplantációs központ, Hungarotranszplant, EK Transzplant, Portugál Transzplantáció, francia, svéd, lengyel, görög és spanyol transzplantációs szervezetek) szabályos időnként találkoznak. Ezek a szervezetek már hangsúlyozták a különböző EU országok közötti akkreditációs különbségek elemzésének szükségességét (felhatalmazás/licen-

zálás/nyilvántartási rendszer, szakemberek képzése, központok és transzplantációs programok felhatalmazása, import/export, stb.) és ezeknek a különbségeknek következményeit értékelni kell a szervek hozzáférhetősége, minősége és biztonságossága szempontjából.

Az EOEO-k azt mondják, hogy az EU-n belüli mozgékonyság miatt szükséges a problémákat EU-szinten megfogalmazni a szervek és betegek közti csere szempontjából. Ajánlottak egy rendszert a felesleges szervek felajánlására, és az országok közötti betegcserére, figyelembe véve a költségek visszatérítését, a közös listára történő felvétel kritériumait, a többszörös transzplantációs listán történő nyilvántartás elkerülését, stb., amik előzetes megbeszélést kívánnak.

Végül azt ajánlják, hogy határozzák meg a legjobb kezdeményezéseket a ta-

paszlat- és információcsere érdekében az EU országai között, hogy ezzel javítani lehessen a szervezést.

Elfogadták, hogy minél nagyobb a mérítés a donorok közül, annál jobb lehet az illeszkedés a szervek között. A sürgős betegek és a nehéz recipiensek (gyerekek, nagyon érzékeny betegek, stb.) nem kezelhetők hatékonyan egy kis szervezet keretében, ez különösen érdekes a kis EU-s országok esetében.

A donor oldalról nézve a helyi szereplők szerepe (kórházi átültető csapat és a transzplantáció koordinátorai) a döntési folyamatban segít motiválni a szereplőket a sokkal nagyobb hatékonyság irányába.

Egy olyan rugalmas rendszer lehet a leghatékonyabb szervezeti megközelítés, amely kombinálja a főleg a szervkivételre koncentrált helyi szervezetek



hálózatát és a donáció elősegítését a szervek elosztására és a kooperációra koncentráló nagy szervezeteket.

Nemzetközi kooperáció

A maximális szerv donáció elősegítésére és az országok szervekhez való hozzáféréseinek kiegyenlítésére kívánatos a nemzetközi kooperáció.

A kormányoknak aktívan elő kell segíteniük az ilyen kooperációt. Prioritást kell kapnia a képzési standard javítására, tapasztalat-cserére vonatkozó nemzetközi kooperációnak, valamint a szervek biztonságosságának és annak az etikai standardnek javítására szolgáló együttműködéseknek, amelyek alapján a szerveket kiveszik és átültetik.

Megfelelő szerv megtalálása, főleg érzékeny betegek számára, elég nehéz is lehet. Néhány vesebeteg esetében valószínűtlen, hogy a saját országában találnak donort, különösen a kis tagországokban. A nemzetközi kooperáció és a szervcsere lehetősége szükséges ahhoz, hogy életveszélyes helyzetekben is megtalálják a megfelelő szervet.

Néhány ilyen európai szervezet már létezik, és bizonyítja a szélesebb együttműködés szükségességét és fontosságát.

Az Európa Tanács, amely 46 országot foglal magában, amelyek közül 21 Közép- és Kelet-Európa-i ország, szintén érdekelt ebben a kérdésben. Az SP-CTO-t 1987-ben az Európai Egészségügyi Miniszterek 3. konferenciája után állítottak fel Párizsban, a szervátültetés etikai, szervezeti és jogi vonatkozásaival foglalkozik.

A konferencia úgy vélte, hogy a szervátültetés szervezeti kérdései különösen fontosak a szervhiány ellensúlyozásában, és a hatékony szervezéshez európai kooperációra van szükség. A Bizottság munkáját vezérlő elvek ezen a területen a következők: az emberi méltóság biztosítása, az emberi jogok és alapvető szabadságjogok fenntartása és továbbfejlesztése, az emberi eredetű anyagok kivonása a kereskedelemről, valamint a donorok és recipiensek védelme.

Az Eurotransplant Nemzetközi Alapítvány a felelős a szerv donációs eljárásokért Ausztriában, Belgiumban, Németországban, Luxemburgban, Hollandiában és Szlovéniában. Ebben a nemzetközi együttműködő hálózatban részt vesznek az összes transzplantáló kórházak, a szövet-minősítő laboratóriumok, és azok a kórházak, ahol a szerv donációk történnek. Ez a régió több mint 118 millió lakossal rendelkezik.

A Scandiatransplant északi szerv-csere szervezet, amely 24 milliós népességű, 5 országban. Az alapító okirata szerint négy célja van: (1) bonyolítja a szervek és szövetek cseréjét a résztvevő transzplantációs központok között, (2) működteti ezek adatbázisát és kommunikálja információikat, (3) hozzájárul az átültetésre alkalmas szervekkel és szövetekkel való ellátáshoz, (4) támogatja az ezzel kapcsolatos tudományos tevékenységet. Ezt az alapítványt 1969-ben alapították, az északi, transzplantációs úttörők kezdeményezésére.

Két másik szervezetet tekinthetünk még nemzetközinek: a Balttransplantot, aminek tevékenysége Észtországra, Lett-

országra és Litvániára terjed ki, valamint az UK Transplantot, amely Angliát és Írországot foglalja magában.

2004. áprilisában az olasz, osztrák, cseh, észt, görög, magyar, litván, lett, máltai, holland, lengyel és szlovák egészségügyi miniszter aláírták a Prágai Dekrétumot, ami egyebek közt kimondja, hogy az Európai Transzplantációs Hálózat a résztvevő országok közös nemzetek feletti szervezete, aminek feladata a kölcsönös kooperáció a szerv és szövet donáció és transzplantáció kérdéseiben. Az ETN tagjai az új EU-s országok mellett Olaszország, Görögország és Ausztria. A szervezet nyitott minden csatlakozni kívánó ország előtt, legutóbb Horvátország kérte felvételét. A szervezetet azzal a céllal alapították, hogy szoros együttműködést és tapasztalatcserét hozzon létre a különböző országok között a szektor különféle aspektusaiban, magasabb színvonalat és hatékonyságot biztosítva ezzel a résztvevő szervezeteknek, amelyek jelenleg különböző fejlettségi szinten állnak.

Az EU szerepe

Jogi alapok

1999 óta a Szerződés 152. cikkelye lehetővé teszi az Európai Parlament és az Európa Tanács számára, hogy befogadjon bizonyos minőségi és biztonságossági standardokat a szervek, más emberi eredetű anyagok és vér ill. vérkészítmények esetére. Ezek az intézkedések nem akadályoznak meg egy tagállamot sem abban, hogy még szigorúbb védekezési intézkedéseket foganatosítsanak.

INTEGRÁLT EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER

1 rendszer

1 központi gép adatbázis

1 felhasználói felület szolgáltató

1 üzemeltetési szerződés

1 költség

1 KLINIKAI PACS RENDSZER

Van programja holnapra?



FONIX PRO

e-mail: info@fonixpro.hu
web: www.fonixpro.hu



BSI

Béker-Soft International Kft.
1184 Budapest, Hengerson u. 73.
Tel: +36(1)292-1023 Fax: +36(1)292-2123
e-mail: info@bsi.hu web: www.bsi.hu



divas

e-mail: info@divas.hu
web: www.divas.hu

Ugyanez a cikkely kijelenti, hogy a Közösség tevékenysége kiegészíti a közegészségügy javítására szolgáló országos politikákat. A Közösség valójában szorgalmazza az együttműködést a tagállamok között az ebben a cikkelyben foglalt területeken, és amennyiben erre szükség van, támogatja tevékenységüket. Ebből a szempontból a tagállamoknak a Közösséggel együtt koordinálniuk kell egymás között politikájukat és programjukat. A Közösség, szoros kapcsolatban a tagállamokkal, hasznos kezdeményezéseket tehet az ilyen koordinációk segítésében.

Egy lehetséges eszköz erre a „koordinálás nyitott módszere” (OMC). Az OMC-t Lisszabonban az Európa Tanács 2000-es tárgyalásán hozták létre. Az ET az OMC-t a tagállamok közötti kooperáció javításának eszközeként mutatta be a szociális védelem modernizációs eszközei területén, mint az európai integrációs stratégia részét a 2010-ig terjedő évtizedre („lisszaboni stratégia”). Az ET az OMC-t a „legjobb gyakorlat” elterjesztésének eszközeként írta le, ami növelheti az EU területén a konvergenciát olyan területeken, ahol a Közösségnek magának korlátozott a kompetenciája.

Első közelítésben az OMC célja a szociális integráció és a nyugdíjak területére terjedt ki. Később a modellt már alkalmazták más területekre is, többek között a közegészségügyre.

Az Európai Bizottság „White Paper”-je a kormányzásról (9) felsorolja az OMC jellemzőit, és leírja, hogy hogyan kell alkalmazni. Lényegében az OMC egy rugalmas eszköz, amely a politika olyan területein használható, amelyekre érvényes a szubszidiaritás elve.

Az OMC hasznos akkor, amikor a tagállamok egymás ismereteit és tapasztalatait kívánják hasznosítani az EU bizonyos politikai területein anélkül, hogy közvetlenül szükség volna a kompetenciák átcsoportosítására az országról a közösségi szintre (bár ez is lehetséges marad). Az OMC többféle módon használható. A következőkben a legkevésbé ill. a leginkább beavatkozó módszereket ilyen sorrendben soroljuk fel:

- Tapasztalatcsere (szerkezeti úton)
- A legjobb gyakorlat (passzív vagy aktív) terjesztése

Közös EU irányvonal meghatározása az országos politikában, és a rövid, közepes és hosszú távú célok megfogalmazása, ahol szükséges, az országos tervekkel kombinálva, az országos rendszerek monitorozása és összehasonlítása egy meg-

határozott indikátor-rendszer alapján, lektorálások és minősítések szervezése.

Az EU Szerződés VI. fejezetének 29-es, 31(e)-s és 34(2)(b) cikkelye (harmadik oszlop) adhatja a jogi alapot az emberi szervekkel és szövetekkel való üzérkedés megelőzésére és ellenőrzésére. A 29. cikkely arra a megközelítésre hivatkozik, ahol bűnügyekben való szabályokra van szükség, összhangban a 31(e) és cikkellyel. A 31(e) cikkely tartalmazza a „minimum szabályok megállapítására szolgáló intézkedéseket a büntető törvényt képező elemekről és a szervezett bűnözés, terrorizmus és illegális drogkereskedelem területén érvényes büntetésekről”.

A 34(2)(b) cikkely írja le a kerettörvények (az országos törvények) természetét és céljait, míg a 31(c) cikkely hivatkozik a bűnügyekben való kooperáció jogi alapjaira „a tagállamokban alkalmazható szabályok kompatibilitását biztosítani, amiket lehet, hogy javítani kell”.

Ebből a szempontból érdemes visszaidézni, hogy volt egy görög kezdeményezés ezen a területen 2003. februárjában.

Megvalósítható politikai opciók

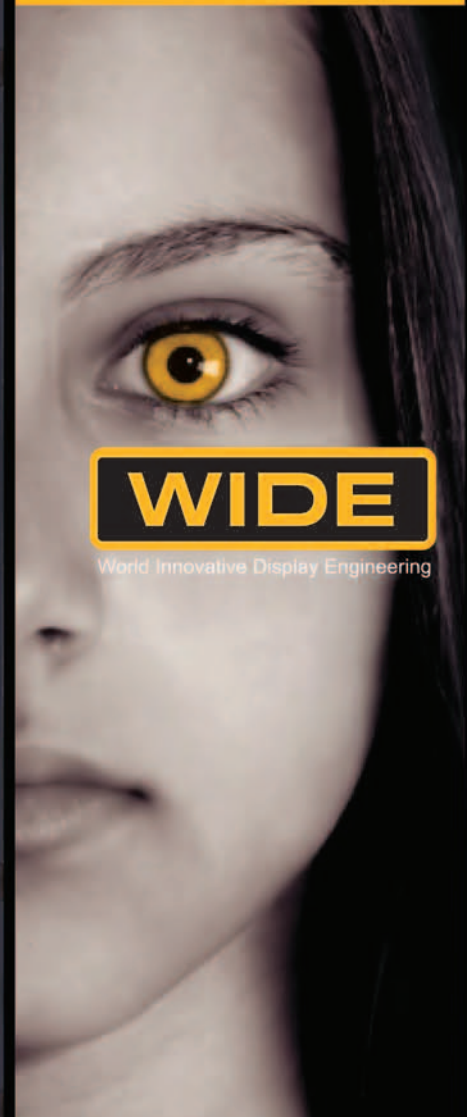
Amint ez a Szerződés 152. cikkelyében áll, EU szinten a legfőbb célkitűzés kell legyen a terápiában felhasznált emberi szervek jó minőségének és biztonságosságának biztosítása.

Ezt az általános célkitűzést össze kell kapcsolni a fő problémával összefüggő speciális célkitűzésekkel a terület szakértőinek segítségével, azaz a szervhiánnyal. Ezért egyformán fontos a tevékenységek EU-szintű elemzése a szervekhez való hozzáférés elősegítésére, két cél eléréséhez: növelni a donorok számát minden tagállamban, valamint az ezekhez a terápiákhoz való hozzáférhetőséget növelni a Közösségben.

A lehetséges beavatkozásoknak három szintje van. Az első szint „további munka a meglévő Közösségi programok alapján”, ami e jelenlegi tevékenység folytatását jelenti. A második szint egy aktív koordinációs rendszer létrehozása a tagállamok és a stakeholderok között a közös célok elérésére, és a harmadik szint az EU jogi eszközeinek megteremtése az előző kettő alapján.

Első szint: Folytatás a meglévő közösségi programok alapján

Ez az opció a jelenlegi munka folytatását jelenti a különböző közösségi programok alapján (közegészségügyi, kutatási,



Professzionális diagnosztikai monitorok

Magyarországi
forgalmazó:

**DPK Kereskedelmi
és Szolgáltató Kft.**

1181 Budapest,

Madách Imre u. 19.

Telefon/fax: +36(1)290-3041

Email: info@dpk.hu

Web: www.dpk.hu



információs társadalom és jog, szabadság és biztonság) ennek a területnek a támogatása minden további koordináció nélkül (10, 11, 12, 13).

Az elmúlt évek során a Közösség nagy erőfeszítéseket tett a szervátültetések támogatására. Az Információs Társadalom területén a Közösség támogatja egy európai szerv-, sejt- és szövetylvántartás megalkotását az EURO CET (14) projekt segítségével. Ez a projekt az előző projekt, az EURO DONOR projekt második fázisa.

A kutatás területén a Közösség ugyancsak aktívan részt vett. Egy folyamatban lévő projekt, az ALLIANCE-O az első a donáció és transzplantáció országos vagy regionális kutatási tevékenységének koordinációjában hét EU országban, amelynek célja a hatékony szerv donációs és transzplantációs stratégia legjobb lehetséges hálózatának meghatározása egész Európában.

Egy másik fontos projekt, a DOPKI, ebben az évben indult és a tudásszint javítását és alkalmazható módszerek kifejlesztését tűzte ki célul a potenciális szerv donáció növelésére. Ennek a célnak az eléréséhez a projekt segíti a kooperációt és az információk és gyakorlat megosztását hét EU ország között. Egy harmadik ér-

dekes projekt, a RISE T (15) azon az alaputatason alapul, ami a szervátültetéshez szükséges immun-megfelelőség átprogramozásával foglalkozik.

Egy negyedik projekt, a BOTIA célja a szerv és vér tartalékok biztonságának fokozása azzal, hogy megalkotja a kutatási infrastruktúrát a felmerülő patogének monitorozásához, és új költséghatékonyabb, biztonságos és olcsó szűrési eljárások kifejlesztése. Egy ötödik projekt, a TRIE 2006 vége előtt kell, hogy elinduljon, és azt várjuk tőle, hogy előkészíti a terepet egy széleskörű kezdeményezéshez az EU transzplantációs kutatásának terén, aminek célja az országos kutatási programok koordinációjának javítása a transzplantáció területén. A projekt szorosan együtt fog működni az ALLIANCE-O projekttel.

Az Igazság, Szabadság és Biztonság AGIS projektjében az országos törvénykezéseket fogják össze, és meghatározzák a szervezetekkel való ütközés elkerülésének biztosítására szolgáló fő problémákat és lehetséges megoldásokat. A Közegészségügyi Program keretében a Bizottság véglegesíti a tárgyalási fázisokat egy olyan új projektről, amely egy EU képzési program kialakítását tervezi a szerv donációval kapcsolatban.

Mindezen projektek eredménye sok hasznos információt szolgáltat a területen folytatandó aktív politikához. 2005. decemberében a Bizottság szervezett egy szervátültetéssel foglalkozó workshopot azzal a céllal, hogy elősegítse az EU-szintű kooperációt a szerv donációban és transzplantációban, a meglévő projektekre alapozva. A workshop egyik fő következtetése az volt, hogy ezeknek a projekteknek operatívva kell válniuk.

Második szint: Aktív koordináció a tagállamok között a szervek minősége, biztonságossága és hozzáférhetősége kérdésében

A 152.4 cikkely képezi az EC jogi bázisát a közös intézkedések adaptálására a szervek jó minőségének és biztonságosságának biztosítására. Ennek keretében a tagállamok maradnak felelősek a minőség és biztonság kérdéseire vonatkozó sok témakörben, különösen a donációs rendszer és egészségügy megszervezésében.

Folytatjuk

DR. HARMAT GYÖRGY

DR. CZÁRÁN ERZSÉBET

SÚLYPONTI KÓRHÁZ A PÜSPÖKI SZÉKHELYEN

A váci Jávorszky Ödön Kórház

Dr. Erős Andrással, a Jávorszky Ödön Kórház főigazgatójával Vác város egészségügyi központjának kiteljesedéséről beszélgettünk, amelynek szíve a kórház-rendelőintézet, és amely a mentőszolgálat regionális központjával, a hamarosan szintén ide költöző városi alapellátási ügyelettel, valamint az állandóan nyitva tartó patikával kiegészülve valódi betegellátó centrumot képez majd.

Hogyan alakult ki a Jávorszky Ödön Kórház infrastruktúrája?

– Eredetileg egy régi, nagyon szép barokk épületben volt a fekvőbeteg-el-látóhely – ezt jelenleg a Magyar Máltai Szeretetszolgálat üzemelteti. A váci városi kórház a mai helyén 1970 óta létezik.

Intézményünkben eddig három rekonstrukciós ciklus zajlott le, amelyből az első még 1987-ben történt; akkor alakították ki az ország legelső sürgősségi fogadóhelyét. A munkatársaknak az amerikai minta adta az ötletet, és a megvalósítás lépéseit is eszerint végezték. Egy évtizeddel később, 1997-ben – a rekonstrukció második ütemeként – modern intenzív-terápiás részleget hoztak létre. A harmadik ütem pedig tavaly zajlott, amelynek következtében a hotelszárny hatvan százalékát korszerűsíthettük. Kisebb – egy-, két- és háromágyas, fürdőszobás – kórtermeket alakítottunk ki, olyan elrendezésben, hogy a nővérpult mögül mind-egyikre rálátás nyíljon. A májusban átadott kórtermek nemcsak komfortosak lettek, hanem a belmagasság is alacsonyabb szintre került, és nyílászárókat is

cseréltünk. Márciustól az osztályokat egyik helyről a másikra költöztettük a felújítási munka fázisainak megfelelően. Akkoriban, a helyi közértben a következő szövegre lettem figyelmes: az én férjem az „amerikai” kórházban fekszik, a tiéd pedig az „oroszbán”! Valójában a váci kórház ugyanazon folyosóján ápolták a két férfit, csak az egyik oldalon már elkészült az átalakítás, a másikon pedig még nem.

Milyen forrásokból finanszírozták az említett beruházásokat?

– Állami támogatásból, továbbá a városi önkormányzat hozzájárulásából. A képviselő-testület jelentős összeget biztosított: az önrész elérte a százmilliós nagyságrendet, miközben a kórház területén – kizárólag önkormányzati finanszírozásból

– tüdőgondozó épült, és a komfortosításból egyelőre kimaradt kórtermek újrafestése, csempézése is megtörtént. A címzett támogatás negyedik negyedére is pályáztunk, amelyet két másik épületünk rekonstrukciójára kívánunk fordítani.

H *Elégedett-e a fejlődés intenzitásával?*

– Két év alatt ebből az intézményből – úgy érzem – sikerült nagyon jó kórházat létrehozni, amit eredményeink is igazolnak. Egyrészt érezzük és örömmel halljuk a lakosság elfogadottságát, másrészt a régebbi, viszonylag alacsony ágykihasználtság helyett 87-92 százalékos ágykihasználtsággal dolgozunk. Fantasztikusan jó szakembergárdát sikerült megörökölnöm, amelyet kicsit tovább bővítettem. Maximálisan elkötelezettek a betegek, a munka iránt, és elfogadnak engem. A váci kórház tevékenységéért Pro Urbe-díjat kaptam. Vallom, csak úgy lehet intézményt igazán jól irányítani, ha az ember soha, még a legjobbal sincs meglegedve, mindig azon töri a fejét, hol és hogyan lehetne még egy kicsit javítani.

H *Mekkora a váci kórház-rendelőintézet felvevő területe?*

– Mintegy 130-150 ezer fős populáció ellátását végezzük, amelynek egy része – kb. 40 ezer fő – természetesen váci lakos, de régiós feladataink is vannak. Gyakorlatilag a szlovák határig – egészen pontosan Balassagyarmatig, ideértve a rétsági területet is – az északpest megyei régió egészségügyi ellátásáért felelünk.

H *Választják-e a Jávorszky kórházat a fővárosiak?*

– Igen, Budapestről nagy számban érkeznek hozzánk gyógyulni vágyó betegek. Azon munkatársaim, akik már régebb óta itt dolgoznak, azt mondják, megfordult a trend, mert korábban a környék betegek mentek a fővárosba gyógyulni, jelenleg pedig a budapestiek keresnek meg bennünket.

H *Melyek azon speciális ellátások, amelyekért Vácra jönnek a betegek?*

– Mind a fekvő betegek ellátásában, mind pedig a szakrendelőinkben szinte a teljes szakmai spektrumot biztosítani tudjuk, bár onkológiai részlegünk megszüntetésére került. Országos hírnévre tett szert például pajzsmirigybetegek-diagnosztikánk és -terápiánk. Fontosnak tartom, hogy az emberek sokkal szívesebben választják azt az intézményt, amelyről – elsősorban szájhagyomány alapján – elterjed, hogy kiváló a szakmai team-munka, a nővér

mosolyog és a beteggel valóban foglalkoznak. Ezek ugyan apró figyelmességeknek tűnnek, mégis ezzel lehet igazán megnyerni a lakosság bizalmát. Említhetem még a gastroenterológiát, amely szintén országsszerte jó hírnek örvend. De érkeznek hozzánk betegek a sebészetre, bel-

adó részéről mindenképpen fáradságot igényel, ezért kiemelten értékelem a levelekben elküldött véleményeket. Ezeket belső körleveleinkhez csatoltan minden osztály olvashatja, a benne szereplők büszkeségére, a többiek tájékoztatására. Én pedig – ahol a címet feltűntetik – vála-



Dr. Erős András

gyógyászatra is, mert olyan ellátásban részesülhetnek, amely ma ebben a kissé dehumanizált világban ritkaságnak számít. Egyes napokon öt-hat köszönőlevelet is kapok korábbi betegeinktől. Ha nekem címezik is, valójában X doktor, Y nővér vagy egy osztály munkáját minősítik, és köszönik meg a gyógyító- és ápolótevékenységet. Pedig ahhoz, hogy valaki levelet küldjön, először meg kell fogalmazni, neki kell ülni az írásnak – hiszen ezek dominánsan kézzel írott levelek –, elvinni a postára, ahol esetleg sorba kell állni és kifizetni a felmerülő költségeket. Tehát a fel-

szolok minden egyes levélre, megköszönve a bizalmat. A mi kórházunk a minőségbiztosítás lázában ég, mégis úgy gondolom, egy-egy ilyen önzetlen levél minden betegelégedettségi kérdőívnel többet ér, továbbá nemcsak az intézmény megítélésében, hanem önmagunk megbecsülésében is rendkívül fontos.

H *Vác úttörő szerepet játszott a sürgősségi ellátás megteremtésében.*

– A hosszú ideig lenézett sürgősségi ellátás ma már elismerten az egészségügyi ellátórendszer egyik legfontosabb feladata,



ezért ez irányban is igyekeztem fejleszteni. A sürgősségi befogadó részleg SO II-es besorolással működik. A legmodernebb egykapus rendszerben az elektív kivételével minden beteg – a kardiológiai, a belgyógyászati, a traumatológiai, a sebészeti vagy akár a bőrgyógyászati ellátást igénylő is – a sürgősségi osztályon keresztül kerülhet a kórházba. Ennek megfelelően a belgyógyász, intenzív-aneszteziológus kollégák forgórendszerben dolgoznak. Ápolóink szintén a forgórendszerben sajátíthatják el ezt a típusú munkát. Ezzel az intenzív részlegen dolgozóknál egyrészt az ún. „burning out” jelenséget csökkenthetjük, másrészt a gyakorlatban hasznos lehet a többirányú képzettség: például a rehabilitációs osztályon előforduló sürgősségi esemény bekövetkeztekor a nővérek az orvos odaérkezéséig az első lépéseket önállóan is megtehetik. Szakdolgozóinknak nem kell elutazniuk a tanfolyamra, a továbbképzéseket helyben nyújtjuk számukra. Nekünk is előnyös ez, hiszen nem esnek ki a munkából, ugyanakkor az intézményen belüli csoporttevékenység egyfajta megtartóerőként is funkcionál. Mindezeknek köszönhetően nincs munkaerőhiányunk sem az ápolás, sem az orvoslás területén.

H A váci intézmény a súlyponti kórházak közé soroltatott...

– Számomra ez azt jelenti, hogy a sürgősségi ellátást – az NFT II. keretében érkező forrásokból – még tovább, komplex rendszerré kell erősíteni. Abban a szerencsés helyzetben vagyunk, hogy a mentőállomás – amely most regionális központ lett – a közvetlen környezetünkben működik. Régi „mániám”, hogy a háziorvosokat miként lehetne a járó- és fekvőbeteg-ellátás rendszerébe szorosabban bevonni. A feltételek ehhez kedvezően változnak, mert januárban ide költözik a városi alapellátási ügyelet is. Jelenleg olyan informatikai rendszerre pályázunk, amely segítségével valós idejű kapcsolatot létesíthetnénk egymással. Az elmúlt évben felmérést végeztem, amelyből kiderült, hogy a városi ügyeletre érkező hívások harminc százaléka nem a megfelelő helyre érkezik, mert a beteget azonnal a sürgősségi osztályra kellett szállítani. Ugyanakkor a sürgősségi osztályunkra jelentkező betegeknek szintén harmada került a szükségesnél magasabb ellátási szintre, pedig őket a háziorvos is elláthatta volna. Alig egy hete állt munkába a mentőszolgálat digitalizált központi irányító rendszere, megfelelően képzett diszpécsercsapattal. A közvetlen

kapcsolat kiépült a mentők, a sürgősségi osztály és a városi ügyelet között is. A jövőben tehát a város lakosságának mindössze a címét kell megjegyeznie: Argenti Döme tér 1-3. vagy a 104-es számot tárcsázni – mérlegelni és irányítani ezentúl a hívást fogadó diszpécser fog. Januártól a zárt forgalmú patikánkat folyamatos, 0-24 órás működésre állítjuk át, hogy a gyógyszer kiváltása is helyben történjék. Kérdésére visszatérve: meg kell feleljünk a súlyponti kórházzal szemben támasztott feladatoknak, amelyhez további fejlesztések szükségesek, például az invazív kardiológia vagy az operatív szemészet terén. A sürgősségi ellátáshoz adottak az infrastrukturális feltételek, hiszen két helikopter-leszállónk is van – amelyből az egyik éjjel kivilágítható –, tehát képesek vagyunk egyszerre két súlyos sérültet is fogadni. Nekünk a 2/A út sajnos „udvari szállítónk”.

H Milyen kapcsolatokat ápolnak más intézményekkel?

– A Novant Health és a Jávorszky Kórház együttműködése 1993-ban kezdődött. 1995-1999 között a partnerkapcsolatot az Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Hivatala (United States Agency for International Development, USAID) és az Amerikai Nemzetközi Egészségügyi Szövetség (American International Health Alliance, AIHA) is támogatta. Az együtt-

működés fő célja az egészségügyi ellátás költségeinek leszorítása – elsősorban a kórházi ápolási napok számának csökkentésével –, a betegek változatlanul magas minőségű ellátása mellett. A két intézmény szakembereiből nemzetközi teameket hoztak létre, melyek különböző szakterületeken, különböző módszerekkel dolgoztak a cél eléréseért. A kórházi partnerek egyetértettek abban, hogy a célok elérése érdekében az ápolást, mint önálló tudományt kell elismertetni, és ennek megfelelően kell fejleszteni. Jó példa lehet a hazai szakemberek számára a nővérek amerikai egészségügyi rendszerben játszott szerepe.

H Milyen szervezet és hol működik a Novant Health?


– A Novant Health non-profit cég, melynek központja Észak-Karolinában, Winston-Salemben van. Tizenkétezer dolgozót foglalkoztat, érdekltségébe kórházak, ápolási otthonok, rehabilitációs, diagnosztikus és egynapos sebészeti centrumok tartoznak. Emellett otthoni szakápolási szolgáltatást és háziorvosi hálózatot tart fenn. A Novant Health szakmai körökben az egész Egyesült Államokban elismert az általa nyújtott költséghatékony és magas színvonalú ellátásért.

H Van-e más, határon átívelő kapcsolatuk?

– Vác testvérvárosa, Sahy – leánykori néven Ipolyság – 46 kilométerre van tőlünk, Szlovákiában. Tavaly kötöttünk egymással munkaszerződést, amelynek keretében szorosabbra fűzzük a szálakat a továbbképzés területén. Többek között közösen pályázunk interregionális informatikai fejlesztésre is. Szívesen fogadnánk onnan betegeket is, de ennek feltételeit elég nehézkes megteremteni: az öt biztosító mindegyikével meg kell állapodnunk.

H Milyen viszonyban vannak az intézmény tulajdonosával?

– A váci önkormányzattal rendkívül jó a kapcsolatunk, ittlétem két éve alatt nem tudtam olyan kérést terjeszteni a képviselő-testület elé, amelyet ne teljesítettek volna. Úgy tűnik, a váci döntéshozók képesek egységesen és pártsemleges módon gondolkodni és cselekedni az egészségügy érdekében. Vác két dologra lehet büszke: az egyik legnagyobb egyházi vármegye püspöki székhelye és súlyponti kórháza van.



PÁLYAKÉP

Dr. Erős András 1950-ben született, a SOTE Általános Orvostudományi Karán 1975-ben végezte. 1997-ben egészségügyi menedzser diplomát is szerez a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetem Továbbképző Intézetében. Sebész (1980) és üzemorvostan szakorvos (2003) vizsgával rendelkezik. 1975-től a Margit Kórház sebész segédorvosa. 1980-tól az Orvostovábbképző Egyetem II. Sz. Sebészeti Klinikáján egyetemi tanársegéd, a szeptikus részleg vezetője. 1993-tól a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem dékán hivataltát vezeti. Mellékfoglalkozásban 1996-tól a HIETE Családorvosi Tanszék adjunktusa. 1998-tól az Országos Alapellátási Intézet szervezési, tudományos és informatikai főigazgató-helyettese, 2002-től az Országos Alapellátási Intézet főigazgató-helyettese. Részfoglalkozásban 2002-2004 között az Országos Gyógyintézeti Központ (OGYK) oktatási osztályát, 2003-2004 között pedig Pécel város eu. szolgálatát vezeti. Külföldi és hazai szakértői tevékenységet folytat, számos tudományos társaság tagja. 2005. január 1-jétől a váci Jávorszky Ödön Kórház kinevezett főigazgatója. Idén kapott Batthyány-Strattman-díjat.

BENE ZSOLT

felelős szerkesztő