

Sikeres konferenciát szervezett a Medicina fórum, amelyhez partnerként csatlakozott a MOTESZ. A konferencia témája a hazai betegellátás biztonságának feltételei, lehetőségei, követelményei volt. A Magyar Tudományos Akadémia MTA Kísérleti Orvostudományi Kutatóintézet előadótérében összegyűlt hallgatóságot Nógrádi Tóth Erzsébet a Medicina fórum alapító főszerkesztője köszöntötte. Biztonságos és hatékony betegellátás címmel *Mészáros János* az egészségügyi ellátórendszer működtetéséért felelős helyettes államtitkár tartotta meg a bevezető előadást. A betegbiztonsággal kapcsolatos feladatokban az



Egészségügyért Felelős

Államtitkárságnak elsősorban koordináló és az irányelvek végrehajtását ellenőrző szerepe van, amely a szakmai iránymutatásban, a betegbiztonságért felelős testületek kompetenciájának meghatározásában, a protokollok összehangolásában és ellenőrzésében, a betegbiztonság szempontjából különösen nagy kockázati tényezőt jelentő faktorokkal kapcsolatos ellátás szervezési feladatainak folyamatos monitorozásában és ellenőrzésében valósul meg. Kitért az egyes betegellátási szintekre, elmondta, hogy az alapellátás fejlesztésének I. ütemében 10 milliárd forint összegű forrást kapott ez a terület, ami beépült a háziorvosi finanszírozásba. A II. ütemben 14,1 milliárd forintot osztottak föl. A többletforrásból a főállású iskolaorvosi ellátás, a védőnői és a fogászati ellátás is részesült. A több száz betöltetlen háziorvosi praxis orvos ellátottságát a praxisvásárlási és a letelepedési támogatással kívánják segíteni. Az 5 éve betöltetlen praxisok esetében 20 millió forint támogatást ajánlanak. A nagy érdeklődésre tekintettel a keretösszeget is meg kellett emelni, mert letelepedési segélyt 30 fő, a praxisvásárláshoz támogatást 70 fő igényelt. A letelepedési pályázaton 2017-től a fogorvosok is részt vehetnek. Az egészségügyi ellátás finanszírozására rendelkezésre álló keretösszeg az idén 500 millió forinttal nőtt. 2017-től a célélőirányzat 1250 millió forint. A fekvőbeteg-szakellátás alapdíja 30 ezer forinttal, 180 ezerre emelkedett, míg a járóbe-



teg ellátásban az úgynevezett pont forint értéke 1,50 forintról, 1,80-ra nőtt. Az alapdíj emelés mellett sor került az aktív fekvőbeteg-szakellátás

elszámolásában alkalmazott kódok revíziójára is. Kiemelt érdeklődést váltott ki a konszolidáció kérdése. Lázár János Miniszterelnökséget vezető miniszter négy nappal a konferencia előtt a Kormányinfón – az MTI tudósítása szerint – konkrétan 56 milliárd forintot említett a kórházak adósságrendezésére jóváhagyott kormánydöntésként. Ezt az adatot a helyettes államtitkár pontosította a konferencián. A konszolidációra

szánt összeg felosztását firtató kérdésre úgy válaszolt, „az 56 milliárd, ha nem is pontosan, de nagyságrendileg stimmel”. Bár a forrás felosztásáról egyelőre nem döntöttek, az már most leszögezhető, hogy szó sem lehet szolgai módon történő kifizetésről, amikor is csak az adott intézmény eladósodottságának mértéke határozza meg, hogy mennyi konszolidációt kap. Megemlítette, hogy tavaly 60 milliárd forint plusz forrásból 45 milliárdot lehetett a tartozások kiegyenlítésére fordítani és 15 milliárd forintot a működés racionalizálására. Ez utóbbi felhasználása még nem fejeződött be. Idén a rendelkezésre álló összegből – a már említett 56 milliárd forintból – az Államtitkárság későbbi döntésének megfelelően a valós tartozások egy részének kifizetésére lesz lehetőség. De ebből kell finanszírozni a működés racionalizálásával kapcsolatos költségeket is. A működés racionalizálását célzó projektek finanszírozásához olyan szempontrendszer állítanak majd fel, amely a kórházakat felelős gazdálkodásra és biztonságos betegellátásra ösztönzi. Hogy ez utóbbi a negyedik negyedévben is fenntartható legyen, ugyancsak a konszolidációra szánt pénzből biztosítanak fedezetet a tételes finanszírozású gyógyszerek beszerzésére. A helyettes államtitkár jelezte azt is, hogy idén kisebb mértékű kasszasöpprésre számíthatnak a kórházak. Ugyanis év közben a fenntartó már átcsoportosított az intézmények között. A helyettes államtitkár fontosnak tartotta az elért eredményeket is kiemelni. Szólt arról, hogy a népmozgalmi adatok miatti felelősség mutatkozik meg abban, hogy duplájára emelték az in vitro fertilizáció keretét. Az első gyermekhez 5 kísérletet, minden további gyermekhez 4–4 kísérletet finanszíroznak a jövőben. A várólisták csökken-

tése is eredményes volt. Az 2012-es esetszámhoz épest 60 százalékos lett a csökkenés 2017-ben. Jelenleg a várólistán 27501 fő szerepel, ami az EU átlag alatti arány.



*Harsányi László* professzor a Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikájának igazgatója arról beszélt, hogy az egészségügyi innováció alkalmazása „veszélyes üzem” a sebészetben is. Az

innovatív sebészeti technológiákat sok esetben nem lehet az orvosi kutatások alapelvei szerint bevezetni, a klinikai farmakológiában jól bevált evidence based medicine helyett a sebészetben a practice based medicine jellemzi az újításokat. Itt nincs lehetőség szabályozott, reverzibilis, objektív klinikai kipróbálásra, az eredmények csak posztmarketing vizsgálatokkal igazolhatóak, 4-5 év elteltével. Mindezek tükrében különösen nagy a sebészeti innovátor egyéni felelőssége. Csak szisztematikus elemzés alapján szabad bevezetni az új eljárásokat. E területen, ellentétben a gyógyszerek bevezetéséhez szükséges több lépcsős fázisvizsgálatokkal, az egyes beteg „szenvedi el az innovációt”. A sebészetben a gyakorlatból szerzik az orvosok az evidenciákat. „Alapcél a beteg személyének tisztelete, a beavatkozás hasznossága, az igazságosság, de elkerülhetetlen a kockázat-haszon-elemzés, és fontos az, hogy a beteg tájékozott legyen a beavatkozásról. Kitért arra is a professzor, hogy a sebészetben is vannak „generikumok”, ám azok nem egyenértékűek az innovatív eszközzel, igaz, hogy olcsóbbak, de mindig mérlegelni kell, hogy csupán e miatt érdemes-e alkalmazni azokat.



A biztonságos betegellátás akkor garantálható, ha a kórházakban betartják a higiénés szabályokat – elemezte a betegbiztonságot a higiénikus szemével *dr. Nagy Kamilla*, az SZTE ÁOK Szent-

Györgyi Albert Klinikai Központ főorvosa. Nincs betegbiztonság dolgozói biztonság nélkül, ám hiába tesznek meg mindent például a kézhigiéné fejlesztéséért az intézményekben, ha a kórházi dolgozónak nincs lehetősége a szabályok szerinti fertőtlenítésre, mert az osztály erre szánt kerete a

hónap közepén kimerül. Ezért a szakember önálló, központi higiénés keret felállítását sürgette, ugyanakkor azt is elmondta, olyan szereket kell biztosítani, amelyeket a személyzet szívesen használ, ám ezek nem a legolcsóbb készítmények. A kéz- és a felületfertőtlenítés egymástól nem elválasztható – hangsúlyozta a szakember, éppen ezért a higiénés szakmai szempontoknak a takarításban is érvényesülniük kell, ezek minőségi kontrollját is biztosítva. A prevenció ezen a területen létfontosságú, hiszen a kórházba kerülők immunrendszere általában gyenge, a terápiák ezt tovább ronthatják, így könnyebben kaphatnak fertőzéseket. Az infékcókontrollt 100 százalékban be kell tartani és el kell érni az orvosok attitűd változását.



*Daróczy Judit* bőrgyógyász professzor előadásából kiderült, hogy a krónikus sebek a lakosság 3–5 százalékát érinti, azaz népbetegségről lehet beszélni. A sebkezelés rendkívül költséges. Betegbiztonsági és fenntarthatósági

szempontból egyaránt jó megoldásnak tűnik, hogy (virtuális) sebkezelő centrumokat hozzanak létre az országban, azonban ehhez kompetenciaoptimalizálásra és a szakdolgozó képzés kiterjesztésére van szükség. Miközben az otthon ápoltak 70 százaléka krónikus sebes beteg, sem az alapellátásban, sem az otthoni szakápolásban nincsenek specifikusan képzett szakápolók. Bár az OKJ-s sebkezelő szakképzést a szakmai szervezetek és az Egészségügyi Szakmai Kollégium érintett tagozatainak támogatásával sikerült elindítani, az ehhez kapcsolódó hatásköri lista még kidolgozás alatt áll, így jogszabályba foglalása is várat magára. A krónikus sebbel élő betegek elégedetlenek, ami nem is csoda, hiszen a betegút elhúzódó, így a kezelés sokszor sikertelen. A szakszerűtlen ellátás sok szövődményt – köztük évente kilencezer amputációt – eredményez. A kezelési irányelvek hiányoznak vagy nem követettek, ezekben nem sikerült konszenzusra jutnia a krónikus sebes betegeket ellátó sebészeknek, érsebészeknek és bőrgyógyászoknak. Nyugat-európai példák már bizonyították, hogy a sebkezelő centrumokban költséghatékonyabb az ellátás és jobbak a kezelési eredmények. Mivel hazánkban a központosítás egyelőre elmaradt, az eredmények értékelésére sincs lehetőség, holott a krónikus sebek ellátása mind az ellátórendszerre, mind az egyénre nagy terhet ró: az egészségügyi ellátásra fordított teljes költség egy százalékát (!) költjük a krónikus sebek kezelésére, a betegek

jövedelmének pedig tíz százalékát emészti fel a gyógyulás.



*Balogh Sándor*, a Pécsi Tudományegyetem tanszékvezetője az alapellátás helyzetéről fejtette ki véleményét, különféle beteg eseteket mutatott be. Beszült a háziorvosok alapvető feladatáról. Mint mondta, a háziorvosi ellátás elsődleges, személyes

és folyamatos ellátást kell, hogy nyújtson az emberek egészségi állapotának megőrzése, a betegségek megelőzése és a gyógyítás céljából. A különféle krónikus betegségekkel küszködőkkel való törődés folyamatos ellátást igényel. Fontosnak tartja a még betöltetlen praxisok számának további csökkentését, amelyhez hozzájárulhat a praxistámogatás.



Az egészségügyre szánt szűkös központi források mellett nehezen értelmezhető a hatékonyság a gyógyításban – vélekedett dr. *Velkey György*, a Magyar Kórházszövetség elnökhelyettese, a Bethesda Kórház főigazgatója, aki szerint ennek javítására

még komoly, rendszerszintű beavatkozásokra van szükség, amelyet a szakmai kollégiumokra építve kell elvégezni. Hozzátette azonban, hogy a magyar egészségügy megítélése a biztonság és hatékonyság szempontjából leginkább azon múlik, hogy tudják-e biztosítani a megfelelő számú és képzettségű, motivált ápolószemélyzetet. Az elhúzódó várakozási idők, a terápia elérhetősége mind befolyásolják a betegek biztonságérzetét, ha pedig rossz a szolgáltatások színvonala, a szakmai színvonalat is negatívan értékelik a páciensek, ami nem feltétlenül esik egybe a valósággal. Előadásában megemlítette, hogy az Európai egészségügyi fogyasztói index minősítései szerint sem vagyunk jó helyen. Alacsony az egészségügyi ráfordítás a GDP arányában. Megemlítette, hogy 2015-ben a mi a GDP 5,3 százalékát fordítottuk az egészségügyre, addig Szlovákia 7,2%-át, Csehország 7,6%-át. Az EU átlaga 7,2%. Nem lehet vigasztaló számunkra, hogy Lengyelország csak 4,7%-ot fordít erre a célra.

Miközben *Velkey György* azt hangsúlyozta, hogy a megbízottság (és annak érzete) nagyban növelhető az egészségértés javításával és az infokommunikációs eszközök alkalmazásával a prevencióban és az ellátásban, dr. *Purebl György*, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének igazgatóhelyettese úgy vélte, hogy az e-Health még sehol a világon nem szervült az egészségügyi rendszerekbe, miközben az infotechnológia rohamléptekkel fejlődik. Mivel a betegek élnek az



internetes edukáció lehetőségével, éppen ezért erre a szakmának is figyelnie kell, különösen azért, mert a világhálón elérhető információk 80 százaléka használhatatlan, mivel valamit el akarnak adni, vagy dilettáns, helyenként orvosellenes, esetleg éppen túl bonyolult. Némi fenntartással érdemes kezelni az okostelefonokon elérhető applikációkat is, amelyek nem feltétlenül a leghasznosabbak. Ebben hozhat változást az appok minősítése: az Egyesült Államokban már az ingyenes alkalmazásokat is vizsgálják, hogy megfelelnek-e az orvosi kritériumoknak. Az orvosoknak is meg kell jelenüniük a virtuális térben, releváns információkkal és segítséggel támogatva a betegek gyógyulását – hangsúlyozta *Purebl György*. Mindezzel egyetértve dr. *Oberfrank Ferenc*, a MOTESZ ügyvezetője azt mondta, a szakma és a társszakmák felelőssége, hogy az interneten minőségbiztosított információkhoz jussanak a betegek. Úgy vélte azonban, hogy az infokommunikáció nem váltja ki az orvos-beteg kapcsolatot, és a személyes betegedukációt. Felhívta a figyelmet arra is, hogy a kormányhatározatok sorozatával alátámasztott, forrásokkal is ellátott Digitális Jólét Programnak külön egészségügyi fejezete is van, amire építeni lehetne.



*Dr. Feller Antal*, a Hungaropharma vezérigazgatója szerint az új, és a társadalombiztosítás által támogatott készítmények befogadása lassú folyamat, és mint mondta, jellemzően nem a gyógyszerári csatornában jelennek meg az új

terápiák. Így a kórházi forgalom aránya a teljes forgalomból folyamatosan növekszik. Beszél arról is, hogy a gyógyszerek és a gyógyhatású készítmények forgalmazásába új szereplők is bekapcsolódnak, például a Penny élelmiszer kereskedelmi hálózat. Megfigyelhető a termékforgalom elszivárgása a patikákból. Ez a gyógyszereknél szerencsére csak 1-2%, de adott esetben ez is veszélyes lehet a betegbiztonság szempontjából. Nagyobb mérvű az elszivárgás a hipermarketek és a web shopok irányába az étrend-kiegészítőknél, a gyógyteáknál, a tápszereknél és a gyógyászati segédeszközök egy részénél is. Ez utóbbiak a speciális boltok irányába tartanak, ami nem rossz. A gyógyítással kapcsolatos eszközök, termékek legjobb helye a patikákban lenne. Ahhoz, hogy a gyógyászati segédeszközök gyógyszerértékesítésének aránya növekedjen, a gyártónak, a nagykereskedőnek, a gyógyszerértékesítőnek is lépnie kell. Hiszen a segédeszközök a legelesettebb betegkört segítik, de segíthetik a gyógyszerárak gazdaságos működését is. A rendelkezésre álló statisztika szerint a gyógyszerárak 2012-ben a gyógyászati segédeszközök forgalomnak 17,9 százalékát, 2016-ban pedig 18,4 százalékát bonyolították. A kötszerek forgalmának 7,8 százaléka köthető patikához. Ez az arány inkontinencia betéteknél 50,7%. A vezérigazgató megjegyezte, hogy az utóbbi időszakban csökkent a kötszerek forgalma a gyógyszerárakban.

A minőségi gyógyításhoz minőségi eszközöket kell biztosítani, és úgy tűnt, hogy a 2016-ban életbelépő, új közbeszerzési törvény ezt az elvet szolgálhatná, hiszen nem csak az ár, hanem az egyes eszközök és eljárások egészségnyereségességét is figyelembe venné az eljárásoknál – indította előadását *Rásky László*, az Orvostechnikai Szövetség főtitkára. Azonban a jogszabály az építőiparra és nem a betegellátásra íródott, így a szakmai szervezetek összefogva szorgalmazzák egy külön, az egészségügyi közbeszerzésekre vonatkozó, speciális jogszabály kidolgozását. Ezzel elkerülhető lenne, hogy az egészségügyi beszerzések sorsa – az Állami Számvevőszék vizsgálatainak nyomán – a bíróságokon dől-



jön el. Károsnak nevezte *Rásky László* azt a folyamatot is, amelynek során olyan koordináló cégek jelentek meg az egészségügy környékén, amelyeknek ugyan ágazati tapasztalatuk nincs, de „megfelelő háttérük” viszont igen. Bár a Közbeszerzési Döntőbizottság határozatai alapján immár 100 millió forintra bírságolták a kórházfenntartót, a főtitkár szerint ez mégsem az ott dolgozók inkompetenciáját bizonyítja, mint inkább azt, hogy „nem írhatnak ki másként közbeszerzést”. Az egészségügy veszélyes üzem, az nem lehet profitszerző cégek játszótere – folytatta a főtitkár, a büntetvégrehajtás kivételezett helyzetére is utalva az egészségügyi közbeszerzésekben.

A konferencián *Hornyák László*, a HARTMANN-RICO Kft. ügyvezető igazgatója előadásában visszatekintett a 200 éves anyagvállalat munkájára, és a hazai „leányvállalat” 20 évére. Úgy fogalmazott, hogy hazánkban, de világszerte is jellemző az egészségügyi ágazatra a stagnáló vagy csökkenő költségvetési forrás, a növekvő árnyomás, a private pay szektor szerepének erősödése. Egyre jelentősebb az orvos és ápolóhiány, amivel párhuzamosan növekszik az ápolásra szorulóknak száma. Így az egy betegre jutó ápolási idő folyamatosan csökken, ami miatt a szakemberek folyamatos stresszben dolgoznak. Beszél az egészségipar szerepéről az egészségügyi dolgozók és a betegszervezetek körében. A cégek számos oktatást, képzést szerveznek, és igyekeznek hozzájárulni a betegbiztonsághoz.



*Fekete Tibor*

