

Rendszerváltás Kiskunfélegyházán

ZÖLDI PÉTER

A kiskunfélegyházi városi kórház informatikai rendszerváltásáról dr. Kovács Józsefet, az intézmény főigazgató főorvosát kérdeztük.

– Főigazgató úr, egy évvel ezelőtt hogyan fogadta a kórház első számú vezetőként a megyei rendőrfőorvost?

– Amikor öt évvel ezelőtt pályáztam, akkor is a kórházban dolgoztam. Mivel a szakmát nem kívántam elveszíteni, abban az időszakban, amikor megyei rendőrfőorvos voltam, szakmai napokat tartottam, munkaidő után, engedéllyel ügyeltem a kórházban és operáltam. Folyamatosan itt voltam,

minden héten megjelentem, de nem vettem részt aktívan a kórház belső életében. 24 évet éltem le a kórházban, nem voltam tehát idegen. Inkább a stílus volt az, ami meglepte az embereket. A rendőrségnél eltöltött négy év alatt átvett katonásabb vezetői stílus eddig nem volt divat a kórházban, viszont nagyon hamar kiderült róla, hogy hatékony.

– Miért?

– Mert születnek döntések. Korábban itt is az volt a divat, hogy hetenként semmitmondó, inkább anekdotázásba torkolló, több órás értekezleteket tartottak különböző szinteken, hogy egy döntést előkészítsenek. Azonban érdemi döntés nem tör-



Dr. Kovács József

tént, és minden a legkisebb ellenállás felé mozdult. A mai egészségügyben viszont azonnali döntéseket kell hozni. Nemhogy azt nem tudjuk, hogy mi lesz holnap, de azt sem tudjuk, hogy mi lesz egy óra múlva. A helyzetek, jogszabályok, elvárások nagyon gyorsan változnak, a különböző finanszírozó és felügyelő szervek folyamatosan ellenőriznek, nem lehet hát várni a döntésekkel. Inkább a gyors megbeszélést követő, az érintetteket néhány mondatban tájékoztató, véleményüket kikérő, azonnali döntések szükségesek. Persze, ennek ellenére is érnek olyan meglepetések, hogy a tegnapi meghozott döntés ma már idejétmúlttá válik.

– Milyen kihívásokkal kell szembenéznie a kiskunfélegyházi városi kórháznak?

– 103 aktív, 56 krónikus és 40 rehabilitációs ágyunk van. A magyar egészségügyben a 600-800 ágyas kórházak képesek kiegyensúlyozott teljesítményt felmutatni, és a különböző osztályok hullámmozgásos működését megvalósítani. A kisebb, főként a 150-300 ágy közötti kórházaknak, ha nem speciális szakintézmények, folyamatosan olyan pénzügyi nehézségekkel kell szembenézniük, amit elsősorban a minimumfeltételeknek való megfelelés generál. Azonos mennyiségű szakszemélyzetre van szükség a műtéti szakmákban 15 ágynál és 60-nál is. Műtősnőt, műtősségédet, anesztéziát, osztályos szakdolgozó létszámot ugyanúgy három műszakban, ügyelettel kell megszervezni. Nem mindegy, hogy ennek mekkora hányadát finanszírozzák, hiszen 15 ágynál nyilvánvalóan kisebb a befolyó OEP-finanszírozás, mint 60-nál. A kórházcsonkításoknak, ágyszám

leépítéseknek nincs túl sok értelme, hiszen a bér, az egyéb költségek, a kubarúra megmaradnak. A fűtést, világítást meg kell oldani, ezen érdemi költségcsökkentés nem valósulhat meg. A közgazdász szemével nézve, a kitörési pont abban lenne, ha a kisebb intézmények számára szakfeladatokat határoznának meg.

– Önök erre mozdulnak?

– Lehetőségeink és adottságaink alapján a rehabilitációs ellátás felé mozdultunk el. Az lenne a szerencsés, ha itt lenne egy olyan kórház, ahol megyei szintű rehabilitációt látunk el a hozzá kapcsolódó szakmákkal. Például ortopéd sebészet és baleseti sebészet mellett gyógytorna és rehabilitáció található. De ugyanez elképzelhető kardiológiai szempontból. Esetleg megyei szinten el lehetne látni a nőgyógyászat és sebészet határterületén lévő emlődaganatok sebészetét, amelyhez hozzáillesztenénk a protetizálást és a plasztikai sebészetet. Viszonylag rövid előjegyzéssel, nagy gyakorlattal rendelkező csapat végezné a munkát. A kis kórházak jövője abban lenne biztosított, ha specializált szakfeladat irányába mozdulnának a megyék, a régiók. Ebben az esetben nem kellene bezárástól tartani.

– Kell bezárástól tartaniuk?

– Kizárólag azért nem, mert fenntartó önkormányzatunk évek óta lelkiismeretesen támogatja intézményünket, de a finanszírozási helyzet egyre romlik. Számításaink szerint a kis kórházakban egy aktív ágy évente átlagosan hárommillió forint veszteséget termel. OEP-finanszírozásunk 1,7 milliárd forint, a városi önkormányzat 300 millió forinttal támogatja intézményünket. Csak így tudunk egyensúlyban maradni, de

az önkormányzat lehetőségei sem korlátlanok. Megteszünk mindent a fennmaradás érdekében. Adósságállományunk kezelhető. Az elmúlt másfél évben harmadával, közel 50 millió forinttal csökkent. Mindent pályáztatunk, és a legolcsóbb ajánlatokat részesítjük előnyben. De így is nehéz.

– Milyen lehetőség van a túlélésre?

– Többlet bevételi forrást kell keresni. Egyre gyakrabban, európai szinten és Magyarországon is beszélnek a külföldi betegek térítéses ellátásáról. Európában egy ágy bérlése naponta 200-250 euróba kerül. Németországban, Svédországban egész kórházi osztályokat bérelnek azok az országok, ahol pénz van, de az egészségügyi ellátási struktúra hiányos. Van tehát lehetőségünk, nem csak az európai, hanem az unió kívüli országok tekintetében is. Talán még nem késtünk le a jómódú országokkal való együttműködésről, hiszen van keresnivalónk a külföldi betegek minőségi ellátásában.

– Milyen kapcsolatot ápolnak a kecskeméti megyei kórházzal?

– Kecskemét 27 kilométerre található tőlünk. A megyei kórházzal jó az együttműködés, kiváló a kapcsolatunk Svébis főigazgató úrral is. Személyes jó viszonyban vagyunk, hiszen együtt operáltunk. Már a legelején tisztáztuk, hogy ismerjük a méretünket és helyzetünket, és ezért nem kellene tragikomikus versenyt indítani a két intézmény között. Nekünk az a fontos, hogy a hozzánk tartozó 56 ezer embert alapszinten, ügyeletben ellássuk, és az ehhez kapcsolódó tevékenységeket elvégezzük. A két intézmény együttműködési szerződést kötött, ami egyrészt a

betegáramlást, másrészt a labor- és képalkotó diagnosztikai információáramlást szabályozza. A megyei kórház drága súlyponti ágyairól sok beteget tudunk átvenni rehabilitációs gondozásra, és ezzel tehermentesíteni tudjuk az intézményt.

– Hogyan kezdtek bele az új informatikai háttér kialakításába?

– A rendszerváltás kényszer volt. Amikor 2008 elején átvettem az intézményt, az adósságállomány mellett az volt a legnagyobb probléma, hogy a informatikai rendszer elavult. Jól működött, kedveltük, de már elérte a tízéves kort. A kegyelemdőfést az adta meg, hogy az előző vezetés költségtagarékossági okok miatt rákényszerült a járóbeteg szakrendelés kórház épületébe történő betelepítésére. DOS-alapú Főnix informatikai rendszerünket a kilencvenes évek végén 60 munkaállomásra alakították ki, 100 munkaállomást tehát bajosan tudott kezelni. Folyamatos túlterheltség, megállások, lefagyások, feszültségek jellemezték a rendszer működését. 2008-ban többször is elhangoztak olyan ígérek, hogy lesz informatikai pályázati lehetőség. Erre vártunk, egészen addig, amíg 2009 elején világossá vált, hogy működésképtelenné válhat az intézet, és az informatikai rendszer elszállhat. Ezt nem engedhettük meg.

– Miért maradtak a korábbi rendszerszállító Béker-Softnál?

– A rendszert ismertük és szerettük. Sokkal könnyebb volt a Windows-alapú rendszerre történő átállás úgy, hogy a törzseket és beavatkozásokat már ismerték a dolgozók. Ráadásul az eltelt évek alatt soha semmilyen problémánk nem volt a céggel. Mi nem céget, hanem rendszert akartunk váltani. Nekik pedig rendelkezésre áll a Főnix Pro Windows-alapú rendszerük.

– Milyen rendszert alakítottak ki?

– Egy olyan modulrendszerű informatikai hálózat alakult ki, amely bármilyen irányba fejleszhető. Jelenleg bőségesen ellátja a munkaállomásokat, de akár dupla ennyi munkaállomás kezelésére is képes. A későbbiekben, amennyiben lehetőség van rá, szeretnénk a radiológiát is úgy integrálni, hogy megszűnjön a filmhasználat. Az új rendszerben egyedileg azonosítjuk a felhasználókat, és bárki hozzá tud férni az internethez, ami kellő védelem mellett sok előnyt nyújt.

– Hogyan valósult meg az átállás?

– Meglepően gyorsan, egy hónap alatt lezajlott a bevezetés, és május elején elindult a rendszer. Két hétig tartott az oktatás, egy hét alatt megvalósult az éles

indulás. Éppen ügyeletes voltam akkor, amikor átállás zajlott, és nem okozott problémát a váltás. A Windows-alapú rendszer még kicsit szokatlan, de egy beteget ugyanannyi idő alatt fel lehet venni és dokumentálni, mint korábban. Még két-három hónap kell ahhoz, hogy mindenki megismerje a rendszer részleteit és ugyanúgy megkedvelje, mint az előző rendszert.

– Okozott-e nehézséget a kollégák motivációja?

– Rendőri múltamból adódóan nálunk utasítás és végrehajtás van. Határozott vezetői stílust képviselek, és be szoktam tartatni a játékszabályokat. Az oktatás előtt összehívtam egy összkórházi értekezletet. A BSI tíz percen elmondta a szakmai lényegét. Aztán én felálltam a kollégák között és elmondtam, hogy eddig problémák voltak az informatikai rendszerrel. Most van egy lehetőségünk, de ha már beruházunk, jó lenne, ha mindenki komolyan venné az oktatást és a rendszerbevezetést. Bejelentettem, hogy az oktatás végén mindenkinek vizsgát kell tennie, ami a további alkalmazás feltétele. Az egészségügyi munkának ugyanis csak az egyik része a betegellátás, a másik része a dokumentálás, annak ismerete tehát az alkalmazás feltétele. Ezt a kérdést innentől komolyan is vették.

– Hogyan zajlott az oktatás?

– Háromfős csoportokban, naponta háromszor oktatták a dolgozókat. Összesen 260 dolgozót, orvos kollégákat, asszisztenseket, orvosi diszpécsereket kellett megtanítani a rendszer használatára. Természetesen én is részt vettem a képzésen, úgy hogy az oktató hölgynek fogalma nem volt arról, hogy én vagyok a kórházigazgató. Végigültem inkognitóban az oktatást, mint mindenki más, és figyeltem. Csak utána súgták meg az oktatónak, hogy ki volt a

tanítványa. Egyébként a Béker-Soft részéről is az volt a visszajelzés, hogy a munkatársak részéről ilyen pozitív hozzáállással ritkán találkozunk. Ez persze a mi részünkről is igaz: a bevezetés meggyőzött arról, hogy megfelelő partnert választottunk. A cég projektvezetője folyamatosan tájékoztatott a bevezetés aktuális lépéseiről, a felmerülő problémákat kreatívan megoldották, és a végén úgy éreztem, hogy megérte a fáradságot az előkészítésre és a bevezetésre fordított energia.

– Az informatikai háttér biztosítása után hogyan látja a kiskunfélegyházi kórház fejlődési lehetőségeit?

– A jövő kulcsa az együttműködés. A fejlődéshez stabil alap kell. Ez az informatikai rendszer olyan, hogy majd rá tudjuk építeni a radiológiát és a labort, ahol vonalkódos rendszert szeretnénk bevezetni. Hosszabb távon lehetőség nyílik arra, hogy a beteg teljes életútját végig tudjuk követni. A legszerencsésebb persze az lenne, ha teljes egészében informatikai úton lehetne egy beteg járulékos ellátását végezni, azonban a jogi környezet még erősen ragaszkodik a papír alapú dokumentációhoz. De már ma is online módon kapcsolódhat hozzánk a megyei kórház. Rendszerünk lehetővé teszi, hogy a megyei kórház megfelelő jogosultsággal meg tudja nézni egy adott beteg anyagát. Nálunk például nincsen idegsebészet, ezért ha érkezik hozzánk egy neurológiai sérült, a stabilizálás után rohammentővel megy a kecskeméti idegsebészetre. Nem mindegy, hogy a nálunk elvégzett laborvizsgálatok, a röntgenfelvételek és a hozzá kapcsolódó dokumentumok, sőt a beteg eddigi kórtörténete, előlétele, jogosultsági alapon, néhány billentyű leütése után lekérhető-e, mert ez sokkal gyorsabbá és költséghatékonyabbá tudja tenni az ellátást. Együttműködésre van szükség, csak így lehetünk sikeresek.

PÁLYAKÉP

Kovács József 1986-ban végaz a szegedi Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen általános orvosként. 1990-ben sebészeti, 1993-ban traumatológus szakvizsgát szerez. 1998-ban a Pénzügyi és Számviteli Főiskolán pénzügyi szakközgazdász diplomát kap, 2001-ben jogi díszdoktorrá választják a Cambridge-i Egyetem Doveri Karán, 2002-ben a Budapesti Közgazdaságtudományi Egyetemen egészségügyi menedzsmet, 2005-ben a Rendőrtiszti Főiskolán rendőrszervező tiszt diplomát nyer el. 1986-tól a kiskunfélegyházi kórház orvosa, sebésze, majd sebész-traumatológusa. 2001-től traumatológiai részlegvezető adjunktus. 2003-2004 között városi ÁNTSZ főorvos, 2004-2007 között a Bács-Kiskun Megyei RFK megyei rendőrfőorvosa. 2008 januárjától a kiskunfélegyházi kórház főigazgatója. Oroszul és németül beszél. 2006-tól a Nemzetközi Szent György Vitézei Lovagrend nagymester- és nagyprior-helyettese, és a szerb Szent György Vitézei Lovagrend nagykeresztjének birtokosa. Három gyermeke van. Szabadidejében a világ minden tájáról származó muzeális fegyvereket gyűjt, valamint házat saját kezűleg építi.