

A kulcsszó: betegedukáció

Interjú Dr. Barkai László professzorral,
a Magyar Diabetes Társaság elnökével

Az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja vállalt küldetéséhez híven megkülönböztetett figyelemmel foglalkozik a népegészségügyi jelentőségű megbetegedésekkel, a magas mortalitással és morbiditással járó, egészség-gazdaságtani szempontból kiemelten fontos betegcsoportokkal. Ilyen például az itthon és világszerte népbetegségnek számító diabétesz, amellyel kapcsolatban számos tanulmány, publikáció és interjú kapott helyet korábbi lapszámaink hasábjain. Ezért különösen nagy örömmel üdvözljük szerkesztőbizottságunk soraiban Dr. Barkai László professzort, a Magyar Diabetes Társaság elnökét, akinek személyében a hazai diabetológia és gyermekgyógyászat nemzetközileg elismert szaktekintélyét tisztelhetjük.

– **Professzor úr eredeti szakmáját tekintve gyermekgyógyász. Hogyan került kapcsolatba a diabetológiával?**

Az orvosi diploma megszerzését követően, 1982-ben a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórházban, a Gyermek-egészségügyi Központban helyezkedtem el. Munkahelyemen kezdetben a gyermekpulmonológia területén fejtettem ki tudományos tevékenységet. Ezen belül a kisdedkori obstructiv bronchitis és a gyermekkori asthma bronchiale rizikófaktoraival foglalkoztam. A csecsemő- és gyermekgyógyászat szakvizsga megszerzését követően az 1-es típusú – inzulin-dependens – diabétes mellitus került a tudományos érdeklődésem homlokterébe. Figyelmem középpontjában főképpen a diabéteszes retinopathia, nephropathia és neuropathia kutatása, a szövődmények rizikótényezőinek vizsgálata, valamint a korai diagnosztikai és terápiás lehetőségek álltak. Részt vettem új kezelési módok hazai gyermekgyógyászati alkalmazásának bevezetésében, továbbá hazai és nemzetközi kollaborációk keretein belül a gyermekkori diabétesz epidemiológiával, predikciójával, prevenciójával és korai intervenciójával kapcsolatos vizsgálatokban. Ezek a kutatási területeken számos nemzetközi – például finn, egyesült államokbeli, szlovén és belga – projektbe volt szerencsém bekapcsolódni. 1991-1992-ben a University of Sydney ösztöndíjasaként a Ray Williams Gyermekendokrin Intézetben, Martin Silink professzor vezetésével végeztem klinikai kutatómunkát a diabétesz és szövődményei témakörben.

– **A mindennapi gyógyító munkája során is elsősorban cukorbeteg gyermekekkel foglalkozik?**

Intézetünkben az akut és krónikus fekvőbeteg ellátás mellett gyermektüdőgyógyászati, valamint gyermekdiabétesz szakrendelést és gondozást végeztem és végzek. Évek óta vezetem a gyermekdiabetológiai munkacsoportot, amely

megyénk diabéteszes gyermek- és serdülőkorú betegeinek ellátásáért, gondozásáért felelős. Rendszeresen adok diabetológiai és pulmonológiai konzultációt intézetünk más osztályai számára. Gyermekgyógyász szakorvosként tíz éven át ügyeleti szolgálatot láttam el a Gyermekintenzív osztályon, ahol gyakorlatot szereztem a polyvalens gyermekintenzív terápiában, továbbá a gyermekaneszteziológia területén is. A korábbi években vezető ügyeleteseként láttam el ügyeleti szolgálatot. Külföldi ösztöndíjasként szakorvosi munkakörben dolgoztam a Sydney-i Egyetem Gyermekgyógyászati Intézetében, illetve önálló gyermekendokrin- és diabétesz szakrendelést végeztem.

DIABÉTESZ ÉS GYERMEKKOR

– **Lát-e összefüggést a gyermekek egészségtelen életmódja és a felnőttkori 2-es típusú cukorbetegség kialakulása között?**

Hogyne. Napjainkban a mozgásszegény életmód és a helytelen táplálkozás következtében a gyermekkori elhízás gyakorisága egyértelműen növekszik, aminek következtében a 2-es típusú cukorbetegség egyre fiatalabb életkorban jelentkezik. Ez a trend – a gyermekek elhízásának növekvő mértéke – már kisgyermekkorban megfigyelhető. Ha az édesanya elhíz a terhessége alatt, szinte törvényszerű, hogy a gyermek is túlsúlyos lesz. Az utóbbi években kimutatták, hogy a túlsúlyosság sajnos már a csecsemő korosztályban is egyre gyakoribb. Ennek hátterében a nagyarányú tápszerbevitel, illetve a magas cukortartalmú italok eltúlzott mértékű adása áll. Az a csecsemő, aki tápszerrel él, nagyobb eséllyel lesz túlsúlyos – pasztózus –, mint anyatejes társai. A magas kalóriatartalmú italokkal pedig akár már nyolc-tíz hónapos korban túl lehet táplálni egy csecsemőt! A nassolásra való rászoktatás is ebben az életkorban kezdődik: ha a síró csecsemőt rendszeresen etetéssel akarjuk megnyugtatni, hozzászokik, és később is igényelni fogja, hogy a főétkezések között kapjon enni.

– **Úgy tudom, hogy a cukorbeteg gyermekek túlnyomó többsége 1-es típusú diabétes mellitusban szenved, ami viszont nem függ össze az elhízással.**

Jól tudja. Az 1-es típusú diabétes mellitus ismeretlen eredetű kórforma, amelyben a hasnyálmirigy inzulintermelő sejtjei elpusztulnak. Ez a kórkép adja ki a gyermek- és serdülőkorú cukorbetegség döntő hányadát. Az utóbbi években megfigyelték, hogy a cukorbetegségnek ez a típusa világszerte egyre fiatalabb életkorban jelentkezik. Medikus koromban még azt tanultuk, hogy ez a betegség általában serdülőkorban alakul ki és kerül felismerésre. Ma viszont azt látjuk, hogy az öt év alatti korosztályban a legmeredekebb a

gyakoriság növekedése. Mint említettem, pontosan még nem ismerjük a kiváltó okokat, de azt már sejtjük, hogy a genetikai hajlamon kívül környezeti tényezők is közrejátszhatnak a betegség kialakulásában.

– A gyermekkori diabétesz nyilván a felnőttkori kórképek melegágya.

Igen, a kutatásaim éppen erre a kérdésre irányulnak. Két évtizede vizsgálom, hogy melyik életkorban mutathatók ki legkorábban a diabétesz felnőttkori szövődményeinek első jelei. Tehát a legkorábban jelentkező kóros elváltozások felismerésével megjósolható, hogy tizenöt-húsz év múlva milyen súlyos szövődménybe – például veseelégtelenségbe, vagy vakságba – fog torkollani a cukorbetegség.

– Örömteli, hogy ma már idejekorán fel tudják ismerni az előjeleket, de vajon tudnak-e tenni valamit annak érdekében, hogy megakadályozzák a késői szövődmények kialakulását?

Igen, ennek egyetlen módja van: el kell érni a lehető legoptimálisabb anyagcsere-beállítást. A késői szövődmények ugyanis azoknál a betegeknél alakulnak ki, akiknek az anyagcsere-kontrollja nem volt megfelelő. Emellett, bizonyos esetekben gyógyszeres kezelési lehetőségek is rendelkezésre állnak, ám az alapvető cél mindenképpen az anyagcsere optimalizálása. Ha ezt sikerül megvalósítani, akkor a korai elváltozások még visszafordíthatók, illetve a romlás lelassítható. Mindenképpen lényeges, hogy a szövődmények ne jussanak el ebbe a súlyos fázisba, mert ha ez megtörténik, akkor már nagyon nehéz segíteni.

– Mitől függ az anyagcsere-kontroll eredményessége?

Attól, hogy a beteg, illetve a beteg gyermek szülője milyen mértékben működik együtt az egészségügyi személyzettel. A cukorbetegség – kisgyermekektől az aggastyán korig – akkor kezelhető eredményesen, ha a beteg és környezete betartja az orvos utasításait. Itt nem csak arról van szó, hogy az illető beveszi-e, vagy sem a tablettát, illetve megkapja-e, vagy sem az inzulint. Sokkal többről: diétáról, vércukormérésről, inzulinadagolásról. Ha ezek a tevékenységek nem az előírt módon zajlanak – vagyis a beteg és a szülő kezeléshez való viszonya nem megfelelő –, az orvos akár meg is feszülhet, nem lesz eredményes a munkája.

– Hogyan javítható a betegek együttműködő készsége?

Rendszeres oktatással és motivációval. A cukorbetegség kezelési elvei életkor szerint változnak: egészen más terápiát alkalmazunk a három, a tizenöt, illetve a hetvenöt éves betegeknél. Ezért az életkor előre haladásával újra és újra meg kell tanítani a kezeléssel kapcsolatos aktuális tudnivalókat, illetve időről időre fel kell azokat frissíteni. Tulajdonképpen egész életre szóló betegoktatásra van szükség, ez az alapfeltétele a cukorbetegség kezelésének. A kulcsszó tehát az edukáció.

– Melyik életkorban a legnehezebb együttműködésre bírni a betegeket?

Típusosan nehezen kezelhetők a serdülőkorú betegek. Akinek a gyereke volt már kamasz, jól emlékszik erre az idő-

szakra. Ilyenkor a gyerekek emocionálisan meglehetősen labilisak, hormonális és egyéb változásokon mennek keresztül. Ráadásul ebben az életszakaszban igen erős bennük az önállósodás iránti törekvés, emiatt sokkal inkább hallgatnak a barátaikra és az iskolatársaikra, mint a szülők, vagy a diabetológus szakorvos intelmeire. Azt gondolom tehát, hogy egy betegkarrierben a serdülőkorú páciens kezelése a legnagyobb kihívás.

Persze a kisgyermekkel sem könnyű: például nem mindig sikerül elérni, hogy az inzulin beadását követően meggye az ebédjét. Mert ha már beadtuk neki az inzulint, de megmakacsolja magát és nem hajlandó enni, akkor törvényszerű, hogy hypoglikémiás – eszméletvesztéssel járó, akár az életet is veszélyeztető – állapotba kerül. Szerencsére ez a probléma ma már kivédhető, mert elérhetőek olyan gyógyszerkészítmények, amelyek étkezés után is beadhatók. S ha már arról beszélünk, hogy melyik korosztály diabetológiai gondozása a legnehezebb, meg kell említeni az időseket is. Ez szintén nehéz periódus, hiszen az öreg – esetleg demens, vagy gyengén látó – cukorbeteg gondozása különösen nagy odafigyelést igényel, kiváltóképp, ha nincs mellette hozzátartozó, aki a gondját viseli. Összességében tehát elmondhatjuk, hogy minden korosztálynak megvan a maga specialitása, ami megnehezíti az ellátást.

TÁRSADALMI ÖSSZEFOGÁS

– Az idei Diabétesz Világnap üzenete – „Óvjuk a jövőnket!” – arra világít rá, hogy a cukorbetegség elleni küzdelmet már ifjú, illetve gyermekkorban kell elkezdeni. Ön szerint hogyan lehet megnyerni az ügynek a felnövekvő generációt?

Elsősorban megfelelő tájékoztatással, mert a fiatalok akkor lesznek fogékonyak és elkötelezettek, ha megértik, milyen veszéllyel jár a diabétesz, és mit tehetnek ők saját maguk a megelőzés érdekében. Éppen ezért az idei kampány a prevencióra, a jövő generációk egészségének megőrzésére hívja fel a figyelmet. Központi szerephez jut a diabéteszrel kapcsolatos ismeretterjesztés, amely érinti az egészségügyi dolgozókat, a cukorbetegeket és az egészséges embereket egyaránt. A megelőzést sürgető kampány mozgatórugói a gyerekek és fiatalok, akik fel tudják hívni a különböző szervezetek, társaságok figyelmét az egészségesebb jövő fontosságára. A Diabétesz Világnapot egyébként a Nemzetközi Diabetes Szövetség és tagszervezetei rendezik meg világszerte, így a hazai kampány megszervezésében a Magyar Diabetes Társaság is részt vesz. Társaságunk a honlapján közzéteszi a Magyarországon megrendezésre kerülő eseményeket. Az érdeklődők minden idevonatkozó információt megtalálnak a www.diabet.hu/vilagnap oldalon.

– A Magyar Diabetes Társaság elnökeként Ön mit tart a szervezet legfontosabb eredményének?

Az elmúlt egy-másfél évtizedben – vezetőségi tagként, illetve az előző ciklusban főtitkárként, majd tavaly tavasz óta

elnökként – széles rálátásom nyílt a társaság tevékenységére. A legkomolyabb vívmánynak a Nemzeti Diabétesz Program megalkotását tartom. Ebben a programban összefoglaltuk a diabétesz népegészségügyi, társadalmi és nemzetgazdasági vetületeit, és vázoltuk, hogy milyen lépéseket szükséges megtenni a betegek hatékonyabb ellátása, a szövődmények megelőzése és a betegség prevenciója érdekében. Azt, hogy a munkaterv elkészült és a Semmelweis Tervhez csatlakozóan befogadott programmá vált, az Egészségügyi Világszervezet nemrég hazánkba látogató delegációja is nagyra értékelte. Előremutatónak ítélte meg társaságunk azon tevékenységét is, amelyet abból a célból fejtünk ki, hogy orvosaink és szakdolgozóink a lehető legmagasabb szakmai színvonalon végezzék munkájukat. Tájékoztattuk a küldöttséget továbbá arról, hogy létrehozunk egy olyan képzési rendszert, amelynek keretei között az orvosok diabetológusi, a szakdolgozók pedig diabétesz szakápolói képzettséget szerezhetnek. Az ily módon képezett szakemberek működtetik azokat a centrumokat, amelyek – amennyiben megfelelnek az előírt szigorú követelményeknek – elnyerhetik társaságunktól az ún. diabétesz szakellátóhely minősítést. Mára elértük, hogy gyakorlatilag minden megyében működik akkreditált felnőtt- illetve gyermekdiabetológiai szakellátóhely az MDT szakmai irányítása, ellenőrzése és felügyelete alatt. Mindezek alapján a WHO delegációja megállapította, hogy a Magyar Diabétesz Társaságnak elévülhetetlen szakmai érdemei vannak a magyarországi diabetológiai szakellátás megszervezésében és irányításában.

Az elmúlt évben tovább dolgoztunk a Nemzeti Diabétesz Programban előírt lépések megvalósításán. Az eszközeink azonban korlátozottak, lévén az MDT nem hatóság, hanem szakmai önszerveződés útján létrejött civil tudományos társaság. A források előteremtése már az egészségügyi kormányzat feladatkörébe tartozik, mi pusztán annyit tehetünk, hogy szakmai javaslatokat teszünk le a döntéshozók asztalára. Kiegyensúlyozott az államtitkársággal és a társadalombiztosítóval ápolunk munkakapcsolatunk, amit mi sem bizonyít jobban, mint az ún. inzulinanalóg készítmények támogatása terén elért közelmúltbeli változtatás.

– Emlékszem, hogy meglehetősen nagy vihart kavart ez a kérdés...

Nem véletlenül. Körülbelül egy-másfél éve látott napvilágot a hír, hogy a társadalombiztosító csak bizonyos esetekben finanszírozza ezt a típusú készítményt. A Magyar Diabétesz Társaság kinyilvánította az ezzel kapcsolatos szakmai véleményét, aminek alapján a döntéshozó enyhítette a korábban bevezetett túlságosan szigorú szabályozást. A probléma megoldásában társaságunknak szakmai alapokon nyugvó érdekérvényesítő szerepe volt, ami egyértelműen az egészségügyi államtitkársággal kialakított jó szakmai kapcsolatnak köszönhető. Ez egy nagyon fontos eredmény, amire joggal lehetünk büszkéek. Még a betegektől is érkeztek be hozzánk köszönőlevelek, holott az ő érdekvédelmi szervezetük nem az MDT, hanem a Magyar Cukorbeteg Országos Szövetsége.

– Tudomásom szerint Magyarországon nem ismerik el a diabetológiai jártasságot szakvizsga formájában. Sikerült-e előrelépni ezen a téren?

Beadtuk a kérelmünket, hogy a Magyar Diabétesz Társaság Diabetológus Orvosa minősítést licencképesítésként ismerjék el. Már megszereztük a Szakmai Kollégium támogatását, és abban bízunk, hogy az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács a minisztériummal közösen pozitívan bírálja el a befogadást.

Idekapcsolódóan számolhatok be egy közelmúltbeli kezdeményezésünkről, ami a hazai podiáterképzés bevezetésével kapcsolatos. Köztudott, hogy az ún. diabéteszes láb a cukorbetegség egyik súlyos szövődménye, ami igen gyakran a végtag amputációjához vezet. Németországban, Angliában és a nyugati világ számos országában specialisták foglalkoznak a cukorbeteg lábának szakszerű gondozásával. Ausztráliában a podiáterek doktori képesítést kapnak, máshol főiskolai diplomával ismerik el ezt a fajta szak tudást. Mi itthon azon dolgozunk, hogy a képesítés megszerzése ún. szakirányú továbbképzés formájában lehetővé váljon a diplomás egészségügyi szakdolgozók számára. Jómagam – a Miskolci Egyetem Egészségügyi Karának dékánjaként – azt szeretném, hogy a főiskolai podiáterképzés a mi egyetemünkön is mihamarabb elindulhasson.

Ahogy azt már említettem, a cukorbetegség kezelésének egyik alappillére a betegoktatás. Ezért az MDT-ben létrehozunk egy edukációs munkacsoportot, amelynek az a feladata, hogy szakmailag hitelesített betegoktató programokat dolgozzon ki. Már elkészült az első, gyógyszercegek-től független, tudományos alapokon nyugvó anyag, amelyet internetes honlapunkon elérhetővé tettünk mind a betegek, mind pedig az orvoskollégák számára. Megalakítottuk a háziiorvosi munkacsoportot is, amelynek feladata a háziiorvos kollégák diabetológiai továbbképzése. Örömmel látjuk, hogy egyre több háziiorvos tudományos érdeklődése irányul a cukorbetegség kezelésének lehetőségeire.

– Ez érthető, hiszen elsőként a háziiorvosok találkoznak a cukorbeteggekkel, illetve a szakellátást követően ők végzik a gondozásukat is.

Pontosan így van. Éppen ezért tartottuk fontosnak, hogy a háziiorvosi munkacsoporton keresztül biztosítsuk számukra a tudományos információt, a folyamatos tájékoztatást. Lényeges még, hogy támogadjuk a háziiorvosok részére a diabetológusi licencképesítés megszerzését. Idekapcsolódik, hogy néhány éve kidolgoztunk és a háziiorvosok közreműködésével lebonyolítottunk egy úttörő jellegű, kockázat alapú diabétesz-szűrőprogramot (FINDRISK), amelyben a felnőtt- és serdülőkorú populáció érintettségét vizsgáltuk. Kutatási eredményeink alapján az egészségügyi kormányzat felé javasoltuk a betegség felnőttkori alapellátásban történő kötelező szűrését. A kockázatfelmérő kérdőív minden háziiorvos számára elérhető az MDT internetes honlapján.

– A háziiorvosokon kívül még mely szakmákkal folytatnak együttműködést?

Szorosan együttműködünk a társszakmákkal és számos tudományos társasággal, például a Magyar Kardiológusok

Társaságával, a Magyar Hypertonia Társasággal és a Magyar Nephrológiai Társasággal. Ez azért nagyon fontos, mert nem csak a szűkebb szakterületünkön, hanem a diabétesz szövődményeinek összefüggésében a határterületi tudományokban is évről évre születnek olyan eredmények, amelyeket figyelembe kell vennünk a cukorbeteg gondozásakor. Ezért kölcsönösen ellátogatunk egymás tudományos konferenciáira, hogy megosszuk egymással a legújabb terápiás lehetőségeket. A szakmai továbbképzés másik fontos fóruma az MDT folyóirata, a Diabetologia Hungarica, amelyben a friss kutatási eredményeket és magas színvonalú szakmai publikációkat tesszük közzé. Nagy örömmel szolgál, hogy a diabétesz, mint korunk népbetegségével az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja is kiemelten foglalkozik, és immár a szerkesztőbizottság tagjaként jómagam is részt vehetek ebben a munkában.

OKTATÁS, KÉPZÉS

– Ön 2008 óta tölti be a Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar dékáni funkcióját. Mit tart az eltelt öt év alatt elért legfontosabb eredmények?

Új szakirányú továbbképzéseket indítottunk, ilyen például a klinikai kutatási munkatárs (CRA) képzés, amely államilag elismert formában először nálunk vált elérhetővé. Ezt az országban egyedülálló diplomás képzést a Magyar Klinikai Vizsgálatokat Szervezők Társaságával közösen végezzük. Együttműködést alakítottunk ki külföldi egyetemekkel közös oktatási pályázatok elnyerésére. Létrehoztuk a Nanomedicina tanszéki munkacsoportot, később a Nanobiotechnológiai és Regeneratív Medicina Tanszéket az elméleti egészségtudományi oktatás háttérének erősítésére. A Miskolci Egyetem más karaival – az Anyagtudományi, a Gazdaságtudományi és a Gépészmérnöki Karral – együttműködve biomérnök, egészségügyi menedzser és egészségügyi mérnök mesterképzések indításán dolgozunk.

Mindemellett az Egészségügyi Kar Elméleti Egészségtudományi Tanszék vezetőjeként irányítom és szervezem az alapozó – elméleti – tantárgyak oktatását, emellett részt veszek a klinikai tantárgyak oktatásában is. Folyamatosan részt veszek tananyagok korszerűsítésben, angol nyelvű tananyag kidolgozásában. Tantárgyfelelősi tevékenység mellett új tematikák, oktatásfejlesztési feladatok kialakítását, tankönyvfejezetek írását végeztem, alapképzési szakfelelős vagyok. TDK munkák témavezetését, konferenciák szervezését, elnökségét látom el rendszeresen. Az Egészségügyi Kar minősített oktatói létszámának növelésére két akadémiai doktort és több PhD tudományos fokozattal rendelkező munkatársat hoztam a karra, illetve habilitáció megszerzésében működtem, működök közre.

– Önt ezer szál fűzi Debrecenhez, hiszen ott szerezte meg az orvosi diplomáját, a csecsemő és gyermekgyógyászat szakvizsgát, és ott is habilitált 1999-ben. Megmaradt a kötődése az alma materhez?

Természetesen. A Debreceni Egyetem OEC Gyermek-egészségügyi Továbbképző Intézet igazgatójaként szervezem a gyermekgyógyász szakorvosok képzését és továbbképzését az észak-magyarországi régióban. A rezidensi rendszer bevezetése óta az orvoskollégák képzése során mentorként működöm közre, akik közül számosan gyermekgyógyász szakképesítésüket mentori irányítással szerezték meg. A Debreceni Egyetem Egészségtudományok Doktori Iskola programjában „Diabetes mellitus és szövődményei gyermek- és serdülőkorban”, valamint „A metabolikus syndroma gyermekkori vonatkozásai.” címmel PhD kurzusokat hirdettem meg és azokat rendszeresen vezetem. Témavezetésemmel eddig két munkatársam szerzett doktori fokozatot, jelenleg is több PhD hallgató munkáját irányítom. Éppen most júniusban védett az egyikük, aki nemzetközi kutatás keretében vizsgálta a cukorbeteg serdülők életminőségét. Nagyon érdekes, figyelemre méltó adatokat publikáltunk, amire a szakma is felfigyelt, mivel mindeddig kevés tanulmány született ebben a témakörben.

– Az oktatási, kutatási, szervezési teendők, az intézetvezetői feladatok ellátása és az MDT elnöki tisztjének betöltése mellett marad-e egyáltalán ideje a gyógyításra?

Azt hiszem, mindenkiről, aki felső vezetői pozícióban dolgozik, elmondható, hogy egyre kevesebb ideje marad a gyógyításra. Ha mindegyik feladatnak egyformán meg akarunk felelni, akkor a munkaidőnk húsz százalékánál több nem marad a betegellátásra. De azért még a vezető beosztású orvos is találkozik a betegekkel a nagyviziteken és a szakrendeléseken.

– Nem lehet könnyű ennyi felelős pozícióban helytállni...

Nem vagyok ezzel egyedül. Hozzám hasonlóan az országban számos kolléga vállal többféle megbízatást, nincs ebben semmi különleges. Persze ez csak akkor működik jól, ha nem szakad meg az együttműködés a munkatársakkal. A Magyar Diabetes Társaság vezetőségének munkájában például nagyon szerencsés, hogy a korábbi elnök – Winkler Gábor professzor úr –, a leendő elnök – Kempler Péter professzor úr – és személyemben a jelenlegi elnök, valamint a főtitkár – Hidvégi Tibor főorvos úr – négyese szorosan együtt dolgozik, és azonnali döntést tud hozni a legsürgetőbb és legfontosabb kérdésekben. Egyfajta kontinuitást képviselünk a társaság életében: én azt a munkát folytatom, amit az elődöm elkezdett, és az utódom is pontosan tudja, hogy milyen feladatok várnak rá három év múlva. Ez így van rendjén, hiszen a céljaink nem rövidtávra szólnak, évekre előre kell gondolkodunk.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY

**Prof. Dr. Barkai László**

Egyetemi tanár, az MTA doktora. Gyermekorvos, diabetológus, gyermek-tüdőgyógyász, egészségügyi menedzser. A Miskolci Egyetem Egészségügyi Kar dékánja, az Elméleti Egészségtudományi Tanszék vezetője, a Debreceni Egyetem Orvos-Egészségtudományi Centrum és Borsod-Abaúj-

Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktatókórház Gyermekegészségügyi Továbbképző Intézet igazgatója. Észak-Magyarország gyermekgyógyász szakfőorvosa (2006-2013), a Magyar Diabetes Társaság észak-magyarországi diabetológus referense. A Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium Diabetes Szakbizottság tagja (2004-2011), a Szakmai Kollégium Gyermekgyógyászati Tanács tagja (2011-). A Magyar Rektori Konferencia Orvos- és Egészségügyi Bizottság titkára (2006-), tagja a Nemzeti

Egészségügyi Tanácsnak (2006-2011) és a Magyar Felsőoktatási Akkreditációs Bizottság Orvostudományi Bizottságának (2006-). A Magyar Gyermekorvosok Társasága Petényi Géza díj első fokozat (1993), a Diabetologia Hungarica legjobb közlemény díj (1999), a Debreceni Egyetem kiváló oktató díj (2005), a Batthyány-Strattmann László díj (2009), a Magyar Diabetes Társaság Hetényi Géza pályadíj (2002) és Magyar Imre díj (2012), az MTA-MAB Kitüntetett Tudományos Díj (2012) tulajdonosa. Számos hazai és nemzetközi tudományos társaság tagja, az MDT korábbi főtárgya (2004-2008), elnökhelyettese (2008-2012), jelenlegi elnöke (2012-). Fő kutatási területe a gyermek- és serdülőkorú cukorbetegség epidemiológiája, patomechanizmusa, kezelése és szövődményei, a kardio-metabolikus kockázati tényezők vizsgálata, mely témakörben számos hazai és nemzetközi publikációt jelentetett meg, több PhD hallgató témavezetését végzi. 2013. auctustustól az IME Szerkesztőbizottságának a tagja.

Folytatás a 29. oldalról

Markáns változásokat hozott az elmúlt másfél év a kórházi beszerzések terén, 2012. január 1-jén hatályba lépett az új keret-szabályokat tartalmazó közbeszerzési törvény, majd tavasszal a kórházakra vonatkozó kötelező központosított rendszerről szóló kormányrendelet, illetve a gyógyszerek és orvostechnikai eszközök közbeszerzésének sajátos szabályait részletező kormányrendelet. Az új szabályok értelmében az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmények beszerzései – bizonyos kivételekkel – új típusú központi közbeszerzéssel, összevontan valósulnak meg. Központi beszerző szervezetként a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) folytatja le a közbeszerzési eljárásokat.

E szabályozás szerint a kórházak saját hatáskörben akkor valósíthatják meg gyógyszer-, illetve orvostechnikai eszköz vagy fertőtlenítőszer beszerzéseket, ha a szükséges beszerzés előre nem látható okból rendkívül sürgőssé vált, és hatályos szerződés vagy keret-megállapodás alapján a közbeszerzés határidőre nem lett volna megoldható. Központi keret-megállapodás hiányában az intézmény szerződéses kötelezettséget azonban csak azzal a feltétellel vállalhatott, hogy amennyiben az adott anyagra, vagy eszközre vonatkozóan a központosított közbeszerzési rendszerben keret-megállapodás kerül megkötésre, a saját hatáskörében kötött szerződést a kórház megszünteti.

A közbeszerzési törvény és végrehajtási rendeleteinek 2013. júliustól hatályba lépett módosításával egyidejűleg módosult a fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmények részére történő gyógyszer-, orvostechnikai eszköz és fertőtlenítőszer beszerzések országos központosított rendszeréről szóló kormányrendelet is. A jelenlegi módosítás eredményeként, központi keret-megállapodás hiányában a kórházak immár szabadon köthetnek egy évnél rövidebb időtartamú szállítási szerződést, a szerződés megszüntetésének kötelezettsége – központi keret-megállapodás létrejötté esetén – csak az egy évet meghaladó jogviszonyra alkalmazandó. Az orvostechnikai eszközök tekintetében még megengedőbbnek tűnik a módosított szabályozás, mivel az ezen eszközök beszerzésére kötött szerződésekre egyáltalán nem vonatkozik a felmondási kötelezettség, akár egy éven belüli, akár azon túli a jogviszony időtartama.

„A közbeszerzési törvény és végrehajtási rendeleteinek módosítása még inkább feloldja a GYEMSZI szinte kizárólagos közbeszerzési jogosultságát a gyógyszerek és orvostechnikai eszközök terén. A kormányrendelet módosításának hátterében az a körülmény állhat, hogy a központosított gyógyszerbeszerzések bevezetése óta rendelkezésre álló idő rövid volt, a GYEMSZI-nek még nem állt módjában központosítva beszerezni valamennyi, a kórházak által igényelt gyógyszer és eszköztípust.

Ezért az intézmények nyomásának engedve, a folyamatos ellátás biztosítása érdekében a jogalkotó ideiglenesen "kiengedi" a szereplőket a központosított rendszerből. Így a GYEMSZI által kiírt központosított közbeszerzési eljárások mellett a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmények önállóan is megjelenhetnek a piacon a jellemzően egy évnél rövidebb időtartamra szóló beszerzésekkel” – értékeli a helyzetet Simon Gábor, a DLA Piper nemzetközi ügyvédi iroda közbeszerzési szakértője.

Forrás: DLA PIPER