

## Új vezető a Medicina 2000 Szövetség élén

*Dr. Pásztélyi Zsolt a helyét kereső járóbeteg-szakellátásról*

Szervezetileg megerősített, jól vezetett, valós érdek-képviselőt ellátó testületben gondolkodik Dr. Pásztélyi Zsolt, aki 2011. július 1-jén vette át a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnöki tisztségét Dr. Varga Imre leköszönő elnöktől. A szakember hatodik éve vezeti az egyebek mellett nyolc rendelőintézetet működtető, heti 5800 szakorvosi órát és a magyar járóbeteg szakellátási kassza két százalékát teljesítő Vasútegészségügyi Nonprofit Kiemelten Közhasznú Kft-t, így különösen nagy rálátással bír a szektor legnyomasztóbb problémáira.

A Medicina 2000 elnökségi tagjaként immár öt éve aktívan részt vesz a szövetség munkájában, rendelkezik elképzelésekkel arról, hogy mit is kell tennie a szövetségnek annak érdekében, hogy a járóbeteg szakellátás szakmai súlya, helye és szerepe növekedjen. Minderről és elnöki programjáról a 2011 szeptemberében megrendezésre kerülő XIII. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia és VIII. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia kapcsán beszélgettünk Dr. Pásztélyi Zsolttal, az IME – Egészségügyi Vezetők Szaklapja felelős szerkesztőjével és rovatvezetőjével.

– Elnök úr, mindenekelőtt ezúton gratulálók magam és az IME szaklap nevében is a Medicina 2000 Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség élére történt ki nevezéséhez. Milyen elképzelésekkel kezd hozzá a szakrendelőket tömörítő szervezet irányításához?

Eddigi vezetői tapasztalataim alapján meggyőződésem, hogy eredményes elnöki munkát csak szervezetileg megerősített, jó adminisztrációval rendelkező szervezeti háttérrel és az elnökség tagjainak feltétlen támogatásával lehet végezni. Ezért fontosnak tartom az aktuális témák delegálását az elnökségi tagok felé, megfelelő ellenőrzéssel és számonkéréssel. Az eddiginél feszebb munkamenetet, precízebb adminisztrációt szeretnék kialakítani, ami – véleményem szerint – elengedhetetlen egy köztisztület működéséhez. A szervezet életében lényeges továbbá a tagsággal folytatott tényleges párbeszéd, amelyet aktív kommunikációval – például rendszeres hírlevél kiadásával – tervezek megvalósítani. Mindemellett természetesen bármely tagunk közvetlenül is megkereshet a problémájával, amelyben legjobb tudásom szerint megpróbálom a segítségére lenni. Szeretnék eljutni az ország távoli pontjain működő szakrendelőkhöz, hogy megismerjem a gondolataikat. A befutó panaszokat – mintegy információközvetítő szerepkörben – továbbítom a tagság felé, hiszen egymás gondolataiból-bajaiból mindannyian okulhatunk. Oktatói ismereteimre támaszkodva szakértői csapatot

tervezek „kinevelni” olyan szakemberek bevonásával, akik a szövetséget érintő legfontosabb kérdésekben járatosak. Igyekszem a lehető legjobban megfelelni a tagság elvárásainak, és azt az üzenetet megjeleníteni a tagok felé, hogy az évente befizetett tagdíjért cserébe hathatós szakmai segítségben részesülnek.

– Konkrétan milyen segítségre gondol?

Információra, érdekképviselőre, támogatásra az intézmények működését illető szakmai, vezetési, humán erőforrás témákban.

### ÉLET A SZÖVETSÉGBEN

– Ebben az izgalmas, feszültségektől nem mentes időszakban a szövetség nyilván komoly támaszt, háttérrel jelent a tagok számára. Kik lehetnek a Medicina 2000 tagjai?

Az egyesület tagsága rendes, egyéni, tiszteletbeli és pártoló tagokból áll. Az alapszabály szerint a szövetség rendes tagjai lehetnek a járóbeteg szakellátás területén dolgozó, Magyarországon jogszerűen működő jogi személyek, jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaságok, amelyek kötelezettséget vállalnak arra, hogy a szövetség alapszabályát megtartják, a tagsági díjat fizetik. Az intézményi tagok a közgyűlés által meghatározott módon az általuk nyújtott szakellátási óraszámukkal arányosan fizetik a tagdíjukat és szavazati jogukat is ezzel arányosan gyakorolják. A szövetség egyéni tagjai lehetnek járóbeteg szakellátás területén dolgozó, alkalmazott-, vállalkozó- vagy szabadfoglalkozású szakorvosok és egyéb diplomások. Tiszteletbeli tag lehet az a magyar vagy külföldi állampolgár, aki az egészségügy területén kimagasló érdemeket ért el, vagy azzal összefüggésben kiemelkedő közéleti tevékenységet folytat. Ennek értelmében közgyűlésünk a közelmúltban Sinkó Esztert, Dózsa Csabát és Dr. Schiszler Istvánt fogadta szövetségünk tiszteletbeli tagjává. Pártoló tag lehet minden jogi vagy természetes személy, illetőleg jogi személyiséggel nem rendelkező gazdasági társaság, aki egyetért a szövetség alapszabályában megfogalmazottakkal, s vállalja a pártoló tagsággal járó tagdíj megfizetését. A tagok lehetnek bel- és külföldiek egyaránt.

– Az elmondottak alapján úgy tűnik, hogy a tagság összetétele meglehetősen heterogén. Kiknek az érdekképviselőre helyezi elnök úr a legnagyobb hangsúlyt?

Tudni kell, hogy Magyarországon a járóbeteg szakellátás nagy része – körülbelül háromnegyede – kórházakban, szakambulanciákon vagy kórházhoz csatolt szakrendeléseken történik, és csak egynegyede jut a független szakrendelőkre. Ez utóbbiak érdekeinek védelmét tartom a legfonto-

sabb feladatunknak, mindamelllett, hogy természetesen a fekvőbeteg intézmények problémáit is fel kell karolnunk. Amikor büdzséről és pénzelosztásról beszélünk, óhatatlanul felmerül egyfajta érdekellentét a kétfajta intézettípus között. Míg a független járóbeteg kassza körülbelül 20-25 milliárdot tesz ki, addig a kórházi – járó- és fekvőbeteg – büdzsé 575 milliárd forint. Ez alapján könnyű belátni, hogy a független járóbeteg szolgáltatóknak igen kicsi a súlyuk a rendszerben, pedig ez az ellátási forma jelenthet „menekülési útvonalat” a költségprés alatt szenvedő magyar ellátórendszernek. Egyik legfontosabb célkitűzésünk és egyben szakmai programunk része is, hogy az ellátások minél inkább a járóbeteg szakellátás keretein belül történjenek. El kívánjuk érni, hogy ezek az ellátások minél inkább befejezettek legyenek, és ne legyen szükség a betegek gyógyításához további kórházi ellátásra.

## AZ EMBERI TÉNYEZŐ

**– Az erőtérletén átrendeződése nyilván komoly terhet venne le a kórházak válláról, de vajon bírnák-e kapacitással a megnövekedett betegforgalmat a független szakrendelők?**

Igen, amennyiben a házi orvosok csak azokat a betegeket utalnák szakrendelőbe, akik állapota azt feltétlenül indokolja. Ehhez nyilvánvalóan szükség lenne az alapellátás megerősítésére. Minden országban – így hazánkban is – megfogalmazódik az elvárás a minél inkább lakosságközeli, járóbeteg jellegű egészségügyi ellátás iránt, amely kiválthatja a drága, kevésbé költséghatékony fekvőbeteg ellátást. Ennek elérése érdekében az eddiginél kiterjedtebb diagnosztikus háttérrel kellene kialakítani a szakrendelőkben és javítani a diagnosztikai ellátások hozzáférésén. Fontos az is, hogy olyan működtetési lehetőségeket keressünk, amelyekben a szakorvosok meg tudják találni a számításukat. Ennek egyik feltétele, hogy a kapacitástérkép összekapcsolódjon az orvosi demográfiával, azaz egy-egy orvosi egység kapacitása követhetően megadott populáció számára álljon rendelkezésre. Ez azért lényeges szempont, mert a jelenlegi struktúrát órák és szakmák alapján építették fel, figyelmen kívül hagyva az embert. Holott kalkulálni kellene avval is, hogy egy-egy orvos egységességét képes-e eltartani a hozzá tartozó beteganyag által generált társadalombiztosítási ellátás.

**– Ha már a humán erőforrás szóba került, felmerül a kérdés, hogy mennyire „népszerű” ma az orvosok körében a járóbeteg szakellátás?**

Neuralgikus pontra tapintott rá. Mondjuk ki: ma nem éri meg az orvosoknak járóbeteg szakellátásban dolgozni! Miért? Mert a megszerezhető paraszolvencia mértéke nincs arányban a kórházakban elérhető hálapénzzel. Ezt mindenki tudja, csak kevesen mernek beszélni róla. A képzett orvosok nagy hányada emiatt nem óhajt kijönni a járóbeteg szakellátásba. Csak úgy tudjuk megtartani, illetve idevonzani a jó szakembereket, ha hivatalosan – akár vállalkozói, akár alkalmazotti formában – többet fizetünk nekik. Másik

problémánk a rendelőintézeti orvosgárda előregedése. Fialtítani kellene – ez azonban nehezen megy, hiszen az egyik legnagyobb gondunk éppen az, hogy mindeközben nem tudtunk megfelelő motivációs rendszert kialakítani. Így aztán legtöbb esetben részmunkaidős kollégák látják el a rendeléseket.

**– Gondolkodnak-e a szakdolgozói állomány hatékonyabb bevonásán, amellyel esetleg tehermentesíteni lehetne az orvosokat?**

Ez jó irány, dolgozunk is rajta. A szakasszisztensek valóban többféle olyan – például adminisztrációs, szervezési, betegeducációs – feladatot képesek ellátni, amelyhez nem szükséges orvosi képzettség. Alapvetően egy orvos és egy asszisztens dolgozik egy teamben. Nyilván működhetne az egy orvos – két asszisztens felállítás is, azonban tisztán kell látni: lassan az asszisztensek is elfogynak! Az emberi erőforrás krízisének kiváltó oka nem egyedül a pénzhiány, hanem az is, hogy az utóbbi években az egészségügyi dolgozók munkájának elismertsége nagymértékben romlott. Miközben tőlünk nyugatra az orvosok nem csak jóval többet keresnek, de a munkakörülményeik összehasonlíthatatlanul jobbak, ráadásul emberként kezelik őket, addig nálunk az elmúlt időszakban tudatosan rombolták az orvosok megbecsülését.

**– Ugyanez a folyamat figyelhető meg más értelmiségi pályákon, például a pedagógusok körében is...**

Így van, és látni kell azt is, hogy a renomé visszaállítása hosszú időt fog igénybe venni. Éppen ezért egyik legfontosabb feladatunknak tartjuk a humán erőforrás védelmét. Alapszabályzatunk kimondja, hogy kiállunk a járóbeteg szakellátásban dolgozó valamennyi szakember érdekeiért, és támogatjuk valamennyi indokolt és megalapozott szakmai-gazdasági igényüket.

## EGÉSZSÉGPOLITIKAI IRÁNYOK

**– „Az intézményi szervezeti keretek tisztázása és átláthatóságának megteremtése mellett a járóbeteg szakellátóknak, mint a betegút-szervezés kistérségi központjainak, kiemelt szerepet kell adni az ellátórendszer struktúra-átalakításában, a hatékonyság javításában. Finanszírozási eszközökkel szükséges ösztönözni a fekvőbeteg-ellátást kiváltó járóbeteg szolgáltatások és a hungarikumnak tekinthető gondozói hálózat ellátási részarányának növelését.” A Semmelweis Tervből idézett passzus mennyire áll összhangban a szövetség elképzeléseivel?**

Ugyanazokat az elveket fogalmazza meg a Semmelweis Terv, mint mi, azonban ezek az irányvonalak egyelőre nem mutatkoznak meg konkrétan a finanszírozásban és azon keresztül működő ösztönző rendszerben.

**– Hogyan befolyásolhatja a járóbeteg szakellátást a várható kórházintegráció?**

Kórházbezárások valószínűleg nem lesznek, legalábbis a kormányzat ígéretet tett erre. Ugyanakkor több kórházban meg fog szűnni az aktív fekvőbeteg ellátás. Ezekben az intézményekben feltétlenül meg kell erősíteni a lakosságközeli

járóbeteg szakellátást, amely a betegeket ott tarthatja, és megkímélheti a kórházi bentfekvéstől. Személyes tapasztalatom, hogy azokban a kisvárosokban, ahol a 2007-es struktúraátalakítás során felszámolták az aktív kórházi ellátást, a lakosok nem is annak hiányára panaszkodnak, hanem elsősorban a kiterjesztett, legalább este tíz óráig nyitva tartó, többszakmás járóbeteg szakellátás megszűnését kifogásolják. Érződik, hogy a lakosság leginkább az estébe nyúló, hozzáférhető sürgősségi ellátás hiánya miatt elégedetlen.

Hatalmas hullámokat vert az uniós fejlesztéssel kialakított kistérségi rendelők kérdése is. A centralizálódó egészségügy ellenére létrehoztak 26 olyan kistérségi egészségügyi központot, amelyek ugyanabból a kasszából tartják fent magukat, mint a többi szakrendelő. Napi gondokkal küzdenek, igen rossz az orvos ellátottságuk, sokszor kicsi az ellátott népességszám. Ezekben a régiókban ahelyett, hogy betonba – épületbe, technológiába – öntötték volna a pénzt, sokkal inkább a közlekedésre és kiemelten a tömegközlekedésre kellett volna fejlesztési eszközöket fordítani, kellő hozzáférést biztosítva a tíz-tizenöt kilométerrel távolabb működő szakrendelőkhöz.

**– Az egynapos sebészet világszerte terjedő, közkedvelt, költséghatékony ellátási forma, azonban hazánkban nem fejlődött a szükséges ütemben. Hogyan vélekedik erről?**

A járóbeteg ellátás erősítésével párhuzamosan az egynapos ellátás fejlesztésére is nagy szükség van. Tudni kell, hogy jelenleg a biztosító a fekvőbeteg keretből finanszírozza az egynapos sebészeteket. Azért támogatjuk ezt a fajta ellátási formát, mert elvárásaink és véleményünk szerint az így elérhető költségcsökkentés révén források szabadulhatnak fel a járóbeteg szakellátás számára.

**– A Semmelweis Terv is deklarálja, hogy hazánk jelentősen elmarad e téren az európai gyakorlattól. Ugyanakkor megfogalmazza, hogy az ambuláns és egynapos beavatkozások nyitják meg a legszélesebb körben a fekvőbeteg ellátások csökkentésének lehetőségét. Ön szerint mi szabhat gátat az egynapos sebészet elterjedésének?**

Ez több összetevős, bonyolult kérdés. Egynapos ellátásra ugyanis nem mindegyik beteg alkalmas. Ki kell szűrni azokat a pácienseket, akiknél a szociális körülmények, az iskolázatlanság, vagy éppen a kísérő társbetegségek miatt csak fekvőbeteg ellátásban lehet elvégezni a szükséges beavatkozást. A betegkiválasztáson és a műtét elvégzésén túlmenően biztosítani kell az utógondozást, a kontrollvizsgálatokat, a betegedukációt, nem beszélve arról, hogy az esetlegesen felmerülő szövődmények miatt mentőnek, ügyeleti háttérnek is rendelkezésre kell állnia. Mindez megfelelő logisztika, menedzsment, körültekintő szervezés és szakdolgozó személyzet meglétét kívánja meg.

## KITÖRÉSI PONTOK

Fontos megjegyezni azt is, hogy bizonyos kúraszerű – például nem onkológiai infúziós – kezeléseket, illetve kivisz-

gálással, gyógyszerbeállítással járó ellátásokat el lehetne végezni a járóbeteg szakrendeléseken is, amennyiben a beteg állapota nem teszi szükségessé a kórházba történő befekvést. Ez is egy olyan irány, amely növelhetné a járóbeteg szakellátás súlyát és szerepét.

**– A járóbeteg szakellátás hatékonyságának növeléséhez nyilván elengedhetetlen az ellátási forma progresszivitása. E téren mi a jelenlegi helyzet?**

A progresszivitás elvének megvalósítása elengedhetetlen a járóbeteg szakellátásban. Lényegében arról van szó, hogy el kell érni: legyen végre definiálva, hogy mely esetek tartoznak a kórházi szakambulanciák kompetenciájába, és melyeket kell ellátni a járóbeteg szakrendelőkben. A kétféle típusú ellátóhely tevékenysége között ugyanis különbség van: amíg a kórházi szakambulancia alapvetően a fekvőbeteg ellátás kontrollját és a kiemelt, ritka betegségek gondozását végzi, addig a szakrendelőben a háziorvosok által továbbküldött betegek kivizsgálása és kezelése zajlik, illetve általánosabb betegségek gondozása. A kétféle szerepkör nincs pontosan tisztázva, emiatt nehéz egzakt módon definiálni a progresszivitási szinteket. Nézzünk egy konkrét példát: tegyük fel, hogy a járóbeteg szakrendelőben megjelenő beteg magasabb progresszivitási szintű ellátást igényel. Mi alapján dönti el a szakorvos, hogy járóbeteg szakambulanciára küldje tovább a betegét – feltételezve, hogy ott kiterjedtebb diagnosztikai háttér áll rendelkezésre –, vagy pedig rögtön befektesse a kórházba? A progresszivitási szintekkel éppen azt kellene meghatározni, hogy mikor melyik ellátási formát válassza az ellátó. Árnyalja a képet, hogy a kórházak – saját jól felfogott érdekükben – azokat a betegeket is befektetik, akik járóbeteg ellátási keretek között is kezelhetőek lennének, mivel ezek térítési díjával elensúlyozzák az alulfinszírozott, drága terápiák költségeit. Ugyanazért az ellátásért ugyanis sokkal többet fizet a biztosító a fekvőbeteg ellátásban, mint járóbeteg keretek között. Holott nagyon fontos lenne, hogy ne történjen feleslegesen hospitalizáció, nemcsak azért, mert a kórházi kezelés drága, hanem azért, mert veszélyes. Gondoljunk csak a nozokomiális fertőzésekre, nem beszélve arról, hogy az otthoni milióból történő kiszakadás, a nem megfelelő ápolás pszichésen is megviseli a – főleg idős – betegeket. Ezért van nagy jelentősége – ahogyan azt korábban említettem – az egynapos sebészeteknek, ahol a beteg a műtőasztalról egyenesen hazamegy, és kisebb a kitétsége azoknak a kórokozónak, amelyekkel megfertőződhetnek nap mint nap.

**– Ki lehet-e mondani, hogy ma Magyarországon nem övezi az a fajta megbecsülés a járóbeteg szakellátást, mint amilyen megilletné?**

Bár az egészségpolitika komolyan vesz bennünket, a súlyunk valójában kicsi. Eltörpülnek problémáink a kórházak hatalmas adósságállománya mellett. A független járóbeteg szakrendelők 25 milliárdos éves teljes büdzséje elenyésző ahhoz a 45 milliárdos lejárt adóssághoz képest, amelyet a kórházak hordoznak a hátukon. Ez utóbbi sokkal inkább foglalkoztatja az egészségpolitikuskokat, és jóval nagyobb hatással bír az áttéteken keresztül a nagypolitika felé. A költ-

ségytetés megszorításaiból fakadó kényszer – ami hosszú távon egyébként a járóbeteg szakellátás preferenciáját kelte, hogy magával hozza – a pillanatnyi szükséghelyzet ad hoc megoldására, a tűzoltásra presszionálja a döntéshozókat, s emiatt mindig a járóbeteg szakellátás szorul háttérbe.

**– Mit tehet a szövetség annak érdekében, hogy a helyzet megváltozzon?**

A mi törekvésünk nyilvánvalóan az, hogy a fekvőbeteg ellátásnál jóval költséghatékonyabb, gyorsabb, definitív járóbeteg szakellátás szakmai súlya, helye, szerepe és az OEP finanszírozásban meglévő jelenlegi részesedése jelentősen növekedjen, és az ellátók evvel is „járhassanak jól”. Ennek érdekében véleményünk nyilvánítunk a kapcsolódó jogszabályokról, képviseljük intézményeink érdekeit az állami, államigazgatási, helyi és országos hatáskörű szerveknél, együttműködünk más társadalmi érdekképviseleti, illetve

szakmai szervezetekkel a közös érdekek, célok eléréséért, érvényesítéséért. Mindez természetesen csakis a szövetség tagjainak aktív részvételével vihető végbe, ezért a szövetség elnökeként mindenképpen elő kívánom mozdítani a tagság minél tevékenyebb közreműködését. Jó alkalom a problémák megbeszélésére és a közös gondolkodásra szövetségünk közelgő konferenciája. A Medicina 2000 immár hagyományszámba menő, tizenharmadik országos sereg-szemléjén áttekintjük, hogy az elmúlt években megfogalmazott elvekből mi valósult meg, hol a helyünk, és mit tehetünk azért, hogy a Semmelweis Tervben felvázolt átalakítás nyomán az ellátások eredményessége és költséghatékonyasága javuljon.

**– Elnök úr, a konferenciához tartalmas kollegiális eszmeccserét, elnöki programjának megvalósításához pedig sok sikert, jó egészséget kívánok.**

*Boromisza Piroska*

NÉVJEGY



**Dr. Pásztélyi Zsolt** gyermekgyógyász szakorvos, pályáját 1992-ben a Semmelweis Egyetem II. Gyermekklinikáján kezdte. Eközben tanácsadóként dolgozott az Országos Csecsemő- és Gyermekegészségügyi Intézetben, részt vett a HBCs 3.0 verziójának kialakításában, szakmai eljárásrendek kidolgozásában.

1999-ben szerzett egészségügyi szakmenedzseri diplomát a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központban (SE EMK). 2000-ben egy éves francia kormányosztöndíjjal Nancy-ban volt, ahol egészségügyi és szociális menedzser master és egészségügyi minőségbiztosítási diplomát szerzett. Vezetői gyakorlatát kont-

rolling igazgatóként, a főigazgató általános helyetteseként előbb a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetben, majd az Ajkai Magyar Imre Kórház főigazgatójaként szerezte. 2005 óta a Vasútegészségügyi Kft ügyvezetője. Előbb rövid kurzusokon oktatót a SE EMK-ban, majd 2004-től az Egészségügyi szervezetek menedzsermentje kurzus vezetője. Az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja felelős szerkesztője 2002 óta, az IME által szervezett konferenciák rendszeres üléselnöke. A Medicina 2000 Járóbeteg Szakellátási Szövetség elnöke, a Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság elnöksége és a Franciaországi Kormányosztöndíjasok Egyesülete elnöksége tagja. Időnként nemzetközi projektekben is részt vesz tanácsadóként, oktatóként.

**IME**

**XI. Kontrolling Konferencia**

Időpont: 2011. december 7. (szerda)

Helyszín: Best Western Hotel Hungaria (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)

**LARIX Kiadó Kft.**

1089 Budapest, Kálvária tér 3. II. 29.

Telefon / fax: 333-2434, 210-2682

ime@imeonline.hu • larix@larix.hu www.imeonline.hu • www.larix.hu