

Beszélgetés Dr. Battyány Istvánnal a Szakmai Kollégium Radiológiai Tagozatának elnökével



2011 tavaszán új szakmai kollégiumi rendszer jött létre. Ebből az alkalomból beszélgettünk Dr. Battyány Istvánnal a Szakmai Kollégium Radiológiai Tagozatának megválasztott elnökével, az IME Képző rovatának vezetőjével.

A korábban egységes rendszer most két elemből áll. Maga a Szakmai Kollégium az egészségügyért felelős államtitkár által felkért 180 fő. A grémium 60, egyenként három-három fős tagozatból tevődik össze. A tagozatok munkáját a szakmák méretétől függően 5-15 fős tanácsadó testületek segítik. A Szakmai Kollégium plenáris ülésein leginkább átfogó szakpolitikai kérdésekben foglal állást, üléseinek napirendjén elsősorban általános tájékoztatások és elvi állásfoglalások szerepelnek.

A szakmai specifikus operatív munkát a Szakmai Kollégium tagozatai végzik: véleményezik – egyebek mellett – a szakmai irányelveket és módszertani ajánlásokat, az egészségügy finanszírozásával, a kapacitások elosztásával, az ellátás progresszivitási szintjeivel kapcsolatos változásokat, de véleményt alkotnak az ágazati szakképzési, adatgyűjtési és stratégiai fejlesztési kérdésekben is. Ha szükséges, akkor egyes kérdéseket több, a területen érintett tagozat közösen tárgyal meg.

A tárca azt várja a három fős tagozatoktól, hogy véleményük megalkotása előtt egyeztessenek a mögöttük álló Tanácsokkal, amelyek tagjait a szakmai szervezetek bevonásával a MOTESZ delegálta. A Tanácsok feladata a szakmai kompetencia-szintek kijelölése HBCS-k, beavatkozások szerinti bontásban, a módszertani levelek megfogalmazása, az új gyógyító módszerek alkalmazási feltételeinek definíciója, az egészségügyi és minőségügyi irányítási rendszerek, finanszírozási protokollok konzultációja az OEP-pel és harmonizálása az ellátórendszerrel, az egészségügyi minimumfeltételek és a vezetői pályázati kiírások, valamint az azoknak való megfelelés véleményezése lesz.

A köznapok gyakorlatának mélyreható változása várható a finanszírozás átalakításától. Az OEP eddig saját kompetenciájában határozta meg, hogy bizonyos tevékenységeket milyen feltételek mentén finanszíroz, ehhez eljárásrendeket alakított ki és tett közzé. A jövőben a tanácsadó testületek feladata lesz ezek harmonizálása az ellátórendszer szakmai kollégium által meghatározott kompetencia szintjeivel, az ott folyó betegellátó tevékenységgel és annak valós költségeivel. A szakképzés rendszerének újragondolásában is jelentős feladat hárul a Tanácsokra. Feladatuk lett a szakmacsoportokhoz tartozó alapszakvizsgák követelményrendszerének áttekintése és harmonizálása, a szakképzési

akkreditációs szempontrendszer kialakítása az új kompetencia-struktúrának megfelelően, a szakképzés megszerzéséhez szükséges minimális esetszámok, beavatkozások meghatározása, rezidensi és szakorvos jelölti kompetenciakörök, a ráépített szakvizsgákkal kapcsolatos állásfoglalás, az eddigi ráépített szakvizsgák és licensz vizsgák szakmacsoportonkénti felülvizsgálata.

A tagozatok és tanácsok között szoros kapcsolat áll fenn: a tanácsok javaslataikat, állásfoglalásaikat a tagozatokhoz nyújtják be, amely azokat megvitatja, szükség szerint átdolgozza, majd benyújtja a Szakmai Kollégium elnökének. A Tanács ülésén a Tagozat vezetője és tagjai tanácskozási joggal vesznek részt. A Tagozat vezetőjének kérésére a Tanács bármely kérdésről véleményt nyilvánít.

A Szakmai Kollégium elnöke Fülesdi Béla professzor, a Debreceni Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Tanszékének vezetője, a korábbi Aneszteziológiai Szakmai Kollégium elnöke. Az új elnök a progresszivitási szintek meghatározása mellett az orvosok és nővérek életpályamodelljének kidolgozását, az egészségügyi képzés- és továbbképzés rendszerének újragondolását nevezte a testület legfontosabb feladatának.

A szakmák kiválasztottjait és jelöltjeit tartalmazó listát böngészve azt látjuk, hogy mélyreható változások, átrendeződések mentek végbe. A hatvan testület közül mindössze 9 tartotta meg korábbi elnökét, a tagok közel hatvan százaléka új. Az ország legbefolyásosabb egészségügyi intézményévé a Semmelweis Egyetem vált – a minisztert és az államtitkárt is ők adták –, amely 14 kollégiumi elnöki pozícióval rendelkezik, és övé az országos alelnöki cím is. A fővárosi orvosegyetem egy híján annyi elnököt állít, mint a másik három összesen. A korábban szakmai szempontból a Semmelweisnél is befolyásosabb Szeged mára a legkevesebb elnököt adó egyetemévé vált, Debrecen megerősödött, miközben Pécs súlya nem változott számottevően.

Jelentősen erősödhet az egyházi intézmények szakmai súlya, ugyanis az egyetemek után a legtöbb szakmai kollégiumi tagot, illetve tanácstagot ebből a körből – és nem a papírforma szerint, az országos intézetekből – juttattak a grémiumokba. A Budai Irgalmasrendi Kórház például két elnök mellett négy tagozati tagot adott.

Csak kis mértékben változik a kép, ha a MOTESZ által jelölt Szakmai Tanácsok összetételét vizsgáljuk. Az egyetemek, és azon belül a SE fölénye itt is óriási, 117 hely jutott a hatszázból, a második helyen álló Pécs ennek alig több mint felével, 60 tanácstagi hellyel büszkélkedhet. Az egyetemek mögött az Állami Egészségügyi Központ áll a sorban, amely 21 szakértőt küld a tanácsadó testületekbe. Erős a fővárosi kórházak reprezentációja is. A Szent János kórház 15 delegált tagot ad, megelőzve ezzel a másik hatalmassá nőtt

fővárosi intézményt, a Szent László Kórház és a Szent István Kórház közös utód intézetét.

Érdekes, hogy nemcsak a közsféra intézményeiből lehetett bekerülni a kollégiumokba. Az egynapos sebészet terén működő Europ-Med Kft két tanácstagot is delegált, s egy kaposvári plasztikai sebészeti magán klinika is szakértőt adott az újonnan felállt szakmai testületbe.

A szakmai kollégium tagozatai szinte azonnal megkapták az egészségügyi államtitkárságtól az első, sürgős válaszra váró kérdéseket. Többek között nyilatkozniuk kell arról, hogy a Semmelweis Tervben előre jelzett új egészség-szervezési rendszeren belül a nagytérsegeknek és az országos intézeteknek megfelelő progresszivitási szinten milyen feladatokat kell ellátniuk a majdan oda sorolt intézményeknek.

A Szakmai Kollégium Radiológiai Tagozatának elnöke Battyány István a Pécsi Tudományegyetem Radiológiai Klinikájának igazgatója, a Magyar Radiológusok Társaságának elnöke, tagjai Gödény Mária, az Országos Onkológiai Intézet főorvosa és Bánsághi Zoltán, a Szent Imre Kórház főorvosa.

A Radiológiai Tanács tagjai: Baranyai Tibor, Barsi Péter, Berényi Ervin, Bérczi Viktor, Bogner Péter, Forrai Gábor, Harkányi Zoltán, Hüttl Kálmán, Kollár József, Lombay Béla, Martos János, Morvay Zita, Nagy Gyöngyi, Palkó András, Repa Imre. A Tanács elnökévé Bogner Pétert, titkárrá Nagy Gyöngyit választották meg.

A Radiológiai Tagozat és Tanács hatókörébe tartozik a képalkotó diagnosztikán és intervenció radiológián túl a tomográfia és lézer diagnosztika is.

Battyány István tanár Urat elsősorban a Tagozat előtt álló új feladatokról kérdeztük.

– A korábbi radiológiai kollégium az elmúlt években kiemelkedő teljesítményt nyújtott, mely elsősorban a volt elnök Palkó professzor érdeme. Nagyon sok, aktuális kérdést korábban már széles körben megvitattunk. Ezt a munkatempót kötelességünk tovább vinni. Fontos, hogy a szakma ne maradjon ki a döntésekből. Fő feladatunk most az, hogy az új, átalakuló egészségügyi rendszerben minél aktívabban segítsük a képalkotó diagnosztikának a komplex egészségügyi ellátó rendszerbe illeszkedését a magas színvonalú egészségügyi ellátás érdekében, természetesen a szakmai értékek megtartásával és alapvető érdekeinek szem előtt tartásával. Mindent megteszünk azért, hogy a Tanáccsal együttműködve lehetőség szerint a legjobb és a lehető leg szélesebb konszenzuson alapuló szakmai döntések születessenek.

– A tagozatok előtt álló legsürgősebb feladat az intézményi kompetencia szintek meghatározása volt. Mire jutottak?

– Korábban már kidolgoztuk a minimumfeltételeket, csupán ezek leporolására és a most kialakuló rendszerhez való igazítására volt szükség. A radiológia sajátságos, követő helyzetben van, hiszen az adott ellátási szintre meghatá-

zott betegellátást kell kiszolgáltatnia. Nincsen nagy játéktérünk, nem mi definiáljuk az ellátási struktúrát, nem mi alakítjuk egy-egy intézmény szakmai profilját. Magától értetődik, hogy mindenhol szükség van radiológiára, ahol olyan ellátást nyújtanak, amely igényli a képalkotó diagnosztikát. A kis városi kórházak ellátási profiljához nem tartozik hozzá a legfejlettebb MRI diagnosztika, de nyilvánvaló, hogy megyei szinten már feltétlenül szükség van – lenne – rá, míg a felsőbb progresszivitási szinteken elengedhetetlen a csúcsmagnosztikák alkalmazása.

– Elképzelhető, hogy a technikai eszközök nagyarányú átcsoportosítására is sor kerül majd?

– Nem valószínű – a csúcstechnikákból nem rendelkezőnk nagyszámú felesleges készülékekkel, de több helyen a létesített új profilokhoz, valamint a korábbi hiányosságok pótlása céljából gépeket kell majd telepíteni. Sajnos a csúcstechnika terén az 1 millió lakosra jutó CT és MRI berendezések számában jelentősen el vagyunk maradva az európai átlagtól. A progresszív ellátás csúcsán elhelyezkedő egyetemek technikai szintje változó, többnyire leamortizált vagy nem elegendő számú berendezéssel rendelkeznek.

– Ez hogyan lehet?

– Forráshiány az oka. Mivel az amortizáció költségei továbbra sincsenek benne a finanszírozási rendszerben, a fenntartónak kell gondoskodnia a fejlesztésekről. A korábbi években egyszerre tartoztunk az oktatási és az egészségügyi tárca fennhatósága alá, és egyik sem érezte igazán feladatának az egyetemeken működő gyógyító helyek technikai fejlesztését. Most, hogy egy tárca alá tartozik mindkét ágazat, megszűnik az egymásra mutogatás. Véleményem szerint a fejlesztés egyértelműen az egészségügyi feladata, függetlenül attól, hogy a klinikákon zajló egészségügyi ellátás során oktatjuk is a leendő orvosokat. Remélhetőleg az átalakításoknak köszönhetően az egyetemi intézetek idővel rangjukhoz méltó technikai színvonalal állhatnak a progresszivitás élére.

– A tárgyi feltételek tehát többé-kevésbé adottak. És a személyi feltételek? Milyen a radiológusok helyzete?

– Nehéz kérdés. Kollégáink túlnyomórészt az államtól kapott közalkalmazotti fizetésükből élnek és túlterheltek. Többnyire úgy tudnak többletjövedelemhez jutni, ha magán-szolgáltatónál, vagy másik kórházban is munkát vállalnak. Sok esetben napi 16 óra munkával, több mellékállásból is nehezen tudják biztosítani a megélhetésükhöz szükséges összeget. Sok kisebb kórházban vagy szakrendeléseken részmunkaidőben foglalkoztatott orvosokkal tudják csak fenntartani működésüket, így nem egy kolléga két-három városban is dolgozik párhuzamosan. Pihenni sem jut idejük, ezért nem tudnak elég időt fordítani a folyamatos szakmai tudásbővítésre, a napi egy-két órás szakirodalom olvasásra, a rohamosan fejlődő computer technika által generált újabb ismeretek megszerzésére. Persze ezen próbál enyhíteni a kötelező kreditpontos továbbképző rendszer. Mindeközben az USA-ban és Nyugat-Európában a legtöbbet kereső orvosi területekhez tartozik a képalkotó diagnosztika, és így is

nagy a hiány jól képzett radiológus szakorvosból. Fiatal kollégáim időnként e-mailen kapnak ajánlatot Dániából, ahol a kezdő bér nettó 6000 euro, tízszerese az itthoninak, minde mellett lakásukról és annak rezsijéről, valamint a gyerekek iskoláztatásáról ingyenesen gondoskodnak. Ilyen ajánlatokkal nagyon nehéz versenyezni, de meggyőződésem, hogy egy biztos és korrekt megélhetést biztosító életpálya modell itthon tarthatja a kollégákat, csak meg kell teremteni ennek a feltételeit. A kollégák többsége itthon szeretne dolgozni, ha megkapja munkájáért a társadalom (a betegek) megbecsülését és a havi megélhetéséhez elegendő anyagiakat. Emlékszem, fiatal koromban is alacsonyok voltak az orvosi fizetések, de az orvosoknak volt a betegek szemében megbecsültségük, és ezért „működött” a hivatástudat és elkötelezettség. Ma egyre inkább üzletivé vált a beteg-orvos kapcsolat, ami a kölcsönös megbecsülés helyett inkább ellentéteket szül és gyengíti a hivatástudatot. Ezért is fontosnak tartom a tervezett életpálya modellt, és sok tenni valónk van az egészségügy pozitív oldalának bemutatása terén is. (pl. Egy intézményben, ahol naponta több ezer beteget látnak el, ha ritkán egy hiba „becsúszik”, akkor rögtön hírül adja a média, de arról nincs szó, hogy közben sok ezer emberrel korrekt és jó ellátást nyújtottak. Így a hibából általánosítás lesz, ami máris jelentős feszültségforrást képez a rendszerben.) Tehát nem csak a fizetés, hanem a társadalmi megbecsülés is meghatározó az orvosok döntésében.

– Nagy tömegben vállalnak külföldön munkát magyar radiológusok?

– Mintegy fél éve kértem és kaptam pontos adatokat. Az alapnyilvántartás 1468 radiológus orvosról tud, közülük 954 főnek van érvényes működési engedélye. Az összlétszám megfelel az európai átlagnak, az ország népességéhez viszonyítva kielégítő, az viszont aggasztó, hogy számos időse kolléga nyugdíjasként dolgozik a rendszerben, azaz ha abbahagynák az aktív munkát, akkor jelentős hiány alakulna ki, fennakadást okozva az ellátásban.

Szerencsére 2010-ben mindössze 18-an kértek külföldi munkavállaláshoz szükséges hatósági bizonyítványt, sajnos kivétel nélkül fiatal szakorvosok. Arról nincs kimutatásunk, hogy végül pontosan hányan mentek el, azt viszont tudjuk, hogy reális a veszélye annak, hogy ha nem történik meg az életpálya modell kidolgozása és megvalósítása, komoly szakember hiánnyal kell majd számolnunk.

– Hányan szakvizsgáztak az elmúlt évben?

– 24-en, alig többen, mint ahányan távoztak, de örömmel mondhatom a szakvizsgázók szakmai felkészültsége – Nyugat-Európai mércével nézve is, – sokat javult. Ha azonban a fiatal szakorvosok elmennek, nem lesz elegendő utánpótlás ahhoz, hogy a nyugdíjas kollégáink tevékenységét kiváltsuk.

– Hogyan alakul a szakorvos képzésre jelentkezők száma?

– Jelentkezőkben nincs hiány, de nem tudjuk őket felvenni, mert nem tudunk státuszt adni a rezidens hely mellé. Az intézményi gazdasági megszorítások, bérkeret, bérghazdálkodás nem teszik lehetővé az éppen szükséges létszám

felett felvett utánpótlásképzést, pedig ezzel is számolni kell, hiszen egy radiológus szakképzése az európai gyakorlattal összehangban 5 évet vesz igénybe. Ha akut radiológus hiány van egy intézményben, akkor nem lehet azonnal pótolni a kieső szakembert. Ebben az esetben nincs más, mint segítségül hívni a teleradiológiai szolgáltatáson keresztül mások segítségét. A régiókban szerencsére több orvostól kórház tudott tölteni egy-két álláshelyet: például Mohács, Dombóvár 1-1 főt, Szekszárd, Kaposvár a Kaposi Mór Kórházban és az Egyetemi Egészségügyi Centrumban 2-2 főt, Szombathely 3 főt fogadott. Azonban Pécs és Zalaegerszeg nem tudott új radiológus rezidenszt fogadni.

– Milyen színvonalú Magyarország radiológiai ellátása?

– A kérdést két részre bontanám. Az egyik a technikai színvonal, a másik a szakmai tudás. Szakmai tudásban nemzetközi mércével mérve is jó színvonalú az ellátás, amit a technikai lehetőségek limitálnak, azaz egészében nehéz lenne világszínvonalúnak nevezni, de vannak kiemelt helyek, ahol nemzetközi mércével mérve is kiváló szakemberek és a legkorszerűbb berendezések állnak rendelkezésre, és valóban világszínvonalú tevékenység zajlik. Általánosságban a vizsgáló eszközök száma 1 millió lakosra számítva messze elmarad az európai átlagtól (beleértve a visegrádi országokat is), és még mindig nagyon sok analóg röntgenkészüléket használunk.

– A meglévő gépparkot megfelelően kihasználjuk?

– A diagnosztikus vizsgálatokat nem a képalkotó szakma generálja, hanem a klinikai szakmák a megrendelők. Ha a TVK-n felül rendelnek vizsgálatot, az nálunk jelentkezik mínuszként. A magánszolgáltatók megtehetik, hogy nem vállalnak több beteget, mint amennyit a TVK-juk megenged, az állami egészségügy ezt nem teheti meg. Alapvetően azonban elmondható, hogy a készülékek kihasználtsága jó, a nagyobb értékű berendezések 2 műszakban dolgoznak, és többségükben részt vesznek az ügyeleti ellátásban is. Ezt a kihasználtságot a relatív alacsony gépszám is indokolja.

– Hol a helye a diagnosztikának a gyógyítás folyamatában?

– Úgy gondolom, hogy a képalkotó diagnosztika a beteg-ellátásban stratégiai szereppel bír, alapvetően meghatározza a beteg további sorsát. A diagnózis pontossága meghatározó lehet a terápia megválasztásában és a kezelés sikerességében. (Pl. Rossz diagnózison alapuló kezelés nem gyógyítja meg a beteget.) Gazdaságilag is kulcsfontosságú a szerepe, hiszen a kórházban töltött napok száma, a kivizsgálás gyorsasága nagyban függ a diagnosztika technikájától, gyorsaságától és minőségétől. Egy kórház működésének színvonalát a diagnosztikus lehetőségek nagyfokban behatárolják, és meghatározzák az ellátás szintjét. Összességében kiemelt jelentősége van a képalkotó diagnosztikának egy kórház napi életében.

– Az újonnan létrejött megintézmény, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) keretei között most összekap-

csolták a szakmai kollégiumok és a szakfelügyelet tevékenységét...

– Valóban, és jól tették. Mert mit tehetett eddig a szakfőorvos? Ha valahol valamilyen hiányosságot észlelt, hatósági jogkörrel nem rendelkezve írásban jelezte az illetékes ÁNTSZ-nek az anomáliát. Közvetlenül semmit sem tehetett a rossz gyakorlat megváltoztatása érdekében, ellenőrizni is csak előzetes bejelentés és tervezés alapján mehetett. Az összekapcsolás hatékonyabbá teheti a rendszert azzal, hogy közelebb hozza egymáshoz és átjárhatóvá teszi az ellenőrzést és az operatív végrehajtást. Remélhetőleg ehhez megfelelő jogok is rendelkeznek.

– Zárszóként mit mondana el?

– A bérkérdés és az életpálya modell nem kerülhető meg, ezek pozitív változásai jelentősen stabilizálhatják a jól képzett szakemberek itthoni helyzetét. A diagnosztikát a gondosan megtervezett egészségügyi ellátó rendszerhez kell igazítani és nem fordítva, a technikai eszközök folyamatos cseréjének és megújításának lehetőségével. Időt és lehetőséget kell hagyni a folyamatos önképzésre, rekreációra, mert bármennyire is fejlett napjaink technikája, mindez csak annyit ér, amennyit a mögötte álló radiológus szakember precíz tudásával és áldozatos munkájával képes a betegek szolgálatába állítani.

Nagy András László

SEMMELWEIS ALUMNI TALÁLKOZÓ

2011. november 25.
Semmelweis Egyetem EOK
1094 Budapest, Tűzoltó u. 37-47



A rendezvényre szeretettel várjuk az egyetem, illetve jogelődjeinek (POTE, BOTE, SOTE, HIETE, TF, TE...) volt hallgatóit, oktatóit és kutatóit.
Különösen hívjuk a jubiláns évfolyamokban,
azaz 1951, 1961, 1971, 1981, 1986, 1991, 2001-ben végzetteket.



SEMMELWEIS
ALUMNI

Regisztráció: www.se-alumni.hu

Érdeklődni: +36 1 266-7359, alumni-iroda@semmelweis-univ.hu

Programok: évfolyam találkozók, egyetemi látogatások, egészségügyet érintő előadások, szakmai fórumok és kiállítások, kulturális és fakultatív programok, gálavacsora.



A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

TÁMOG-4.1.1/A-10-2/KMR-2010-0006
Hallgatói és intézményi szolgáltatásfejlesztés
a Semmelweis Egyetemen (DPR 2)