

## Bomba ketyeg alattunk...

Dr. Velkey György MKSZ jelölt elnök helyzetértékelése

**XXV. kongresszusára készül a Magyar Kórházszövetség (MKSZ). Ebből az alkalomból a szervezet jelölt elnökét arra kértük, foglalja össze az intézményvezetőket leginkább foglalkoztató aktuális egészségpolitikai kérdések – a struktúraátalakítás, a finanszírozás és a humán erőforrás – jelenlegi helyzetét. Dr. Velkey György – a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkórháza főigazgatójaként – lapunknak adott nyilatkozatában szolt az egyházi fenntartású kórházak közötti együttműködés, szövetségbe tömörülésük háttéréről is.**

**– Egy évvel az országgyűlési választások előtt talán időszerű áttekinteni, hogy mit tett le az asztalra 2010 tavasza óta az egészségügyi kormányzat. Milyen előremutató lépések történtek, és melyek azok, amelyeket jogosan illet a kritika?**

Az egészségügy szervezésének örök dilemmája, hogy négy éves politikai ciklusokban kell értékelni nagyon nagy időigényű változásokat. Az egészségügyi állami kárság egyik legnagyobb horderejű intézkedése a struktúraátalakítás volt. Azt gondolom erről, hogy az irányzék mindenképpen jó, bár a megvalósítás néhol esetleges, hovatovább ellentmondásos volt. De még korántsem tartunk a végén! Jó elgondolásnak, sőt mi több: bravúros eredménynek tartom, hogy sikerült bevezetni a térségi modellt.

### STRUKTÚRA

**– Milyen érvek szólnak a térségi modell mellett?**

A nagy térségi modell koncepciója az, hogy betegút analízisek alapján, racionálisan felrajzolt ellátótérkép köré szerveződjön az ellátás. Olyan rendszer létrehozása volt a cél, amely figyelembe veszi, hogy hová fordul szívesebben a beteg, hol milyen a helyi infrastruktúra, adott településekről melyik intézmény közelíthető meg a legegyszerűbben a rendelkezésre álló tömegközlekedési eszközökkel. Mindezen szempontok alapján létrejött egy nyolc egészségügyi térséget magába foglaló ellátási térkép, amely nem elméleti, hanem gyakorlati síkon közelíti meg ezt a kérdést. Komoly eredménynek könyvelhető el, hogy az egészségügyi kormányzat meg tudta ezt valósítani, hiszen az új koncepciót át kellett „verni” a merev, rugalmatlan, csak megyékben vagy közigazgatási régiókban gondolkodni tudó közigazgatáson. Megye- és régióhatárokat kellett figyelmen kívül hagyni annak érdekében, hogy jó ellátásszervezés alakulhasson ki az országban. Érdemes a régebbi szervezési modelleket kontrollként megnézni. A hagyományos szervezésben a megyei modellre ráépült egy, a közigazgatási régiókat respektáló progresszivitási rendszer, aminek az lett a következménye, hogy a betegek különféle illegális utakon a közlekedéshálózat miatt könnyebben elérhető

központokban, többnyire a fővárosban kötöttek ki. A súlyponti kórházi rendszerrel pedig az volt a legnagyobb baj, hogy nem volt biztosítható sem az infrastruktúra, sem pedig a komplex ellátáshoz szükséges szakembergárda az egymástól 50 km-re csúcsintézménynek kijelölt kórházakban. Világos, hogy pl. a fehérgyarmati kórház – amelyet súlyponti kórháznak jelöltek ki – csak részben tudott definitív ellátást biztosítani. Egy jó rendszer tehát csak nagyon szigorú progresszivitási elvek alapján alakítható ki, a racionális elemek (közlekedés, meglévő kapacitások) gondos analízise után és figyelembevételével. Ezt célozza meg a térségi modell, ami ezért egyértelmű előrelépés.

**– A megvalósításhoz nyilván fel kellett mérni az egyes intézményekben rendelkezésre álló kapacitást is.**

Ez megtörtént. Közvetlen szakmában, a gyermekgyógyászatban ebben a folyamatban aktív szerepet játszottam. Komoly tisztázó munkával sikerült rögzíteni, hogy hol, milyen kapacitásokon, milyen szakfeladat zajlik. Amikor nekifogtunk ennek a feladatnak, rengeteg tisztázatlanságot találtunk. Saját szűkebb szakterületemen, a gyermek-intenzív ellátásban például a legeltérőbb szakmakódokon zajlott az ellátás az ország különböző osztályain. Ugyanaz a tevékenység az egyik kórházban aneszteziológia-intenzív terápia, a másikon neonatológia, a harmadikon gyermekgyógyászat kódon futott. A tisztázó munka eredményeképpen ma egységes szakmakódon, világos progresszivitási rendszerben működik mindaz a húsz kórházi osztály, amely gyermek-intenzív ellátást végez az országban. Világosan látszik az egymáshoz való viszonyuk, és az is, hogy melyik területéről hová utalandók be a betegek. Ez a betegbiztonság szempontjából is nagy előrelépés.

Azonban a teljes képhez hozzátartozik, hogy az egészségpolitika sajnos nem tudta racionálisan végigvinni a radikális struktúraváltást a helyi önkormányzati érdekekkel szemben. A nemzetközi szakmai evidenciákkal alátámasztott ellátásszervező elvek sok területen nem tudtak érvényre jutni. Így kis esetszámokkal dolgozó osztályok maradtak meg helyi politikai érdekből, ami hatékonyság és eredményesség javulás elmaradást jelent.

**– Ilyen értelemben kimondható, hogy az új rendszer nem optimális?**

Sajnos igen. Az előbb elmondottak mellett ennek oka, hogy a kórházak szakmai együttműködése, illetve alkalomadtán akár szervezeti egyesülése nem tudott elég gyorsan megvalósulni. Nyilvánvaló, hogy szerencsésebb lenne, ha egyes kórházcsoportokban gyorsabban megtörténne a funkcionális integrálódás, illetve máshol a szervezeti összevonódás.

Kudarc az is, hogy nem tudott életbe lépni a minimumfeltétel-rendszer. Kimondható, hogy ez a szakma sikertelensége. Nem annyira a kórházmenedzsmenté, hanem a szakmai kollégiumban megjelenő szakmáké. A szakmai kollégium dolgozta ki a minimumfeltétel-rendszert, amelyet a szakma folyama-

tosan támad és megvalósíthatatlannak minősít. Mi más ez, mint belső szkizofrénia? Azt jelenti, hogy a kidolgozás során nem működött megfelelően a szakmai kommunikáció. Nyilván ebben a menedzsment is felelős. Van olyan szakma, amelyben a tagozat leírta a minimumfeltételeket, a tagozat vezetőjének aláírásával, majd a három tagozati tagból kettőt, köztük a vezetőt is foglalkoztató kórház deklarálta, hogy a minimumfeltétel-rendszer betarthatatlan. Azt hiszem, többet kellene beszélgetnünk egymással az ilyen gubancok elkerülésére...

**– Holott az új szakmai kollégiumnak éppen, hogy a szakmák közötti párbeszédet kellene erősítenie...**

Általában azért be is tölti ezt a szerepet. Az új szakmai kollégiumi rendszer szerintem a jelenlegi egészségügyi irányítás egyik nagy vívmánya. Olyan rendszer jött létre, amely világos eljárásrenddel, rugalmasan biztosítja a szakmai dialógust a döntéshozók és a szakma mértékadó képviselői között. Míg korábban a szakmai kollégiumok szétszabdaltva működtek, a jelenlegi rendszerben a különböző orvos- és egyéb társult szakmák közös kollégiumban, egymással párbeszédkényszerben tevékenykednek. A tagozatokba és tanácsokba való szerveződés a tudományos társaságok delegálási metodikájával lényegében minden szakember véleményének biztosítja a csatornát a döntéshozókig. Tagadhatatlan, hogy a szakmai kollégium közreműködésének köszönhetően sok döntés felgyorsult így, de még mindig sok kiaknázatlan lehetőség van ebben a modellben. A minimumfeltételek rögzítésekor azonban ez a rendszer mégsem működött elég hatékonyan. Ennek a kérdésnek újra neki kell futni, hogy minél előbb rendezni tudjuk.

## FINANSZÍROZÁS

**– Vajon követte-e a finanszírozás a kapacitástisztázást?**

Ezen a területen egyértelmű lemaradás tapasztalható. Az új struktúrában világosan körvonalazhatók a feladatok: minden egyes szakmában látható, hogy az egyes intézmények milyen kötelezettséggel bírnak. Kulcskérdés, hogy a finanszírozás igazodjon ehhez az új struktúrához, és bosszantó, hogy ez nagyon lassan történik meg. Az egészségügyi államtitkárság elindult ugyan egy kis volumenű korrekció irányába, azonban ez önmagában nem elegendő. Szerintem radikálisabban kell elmozdulni a feladatarányos finanszírozás megvalósítása felé. Célszerű lenne eljutni arra a szintre, ahol térségi ellátáshoz kötött, zártabb finanszírozás jelenik meg. Jelentősen növelné az eredményességet, ha a térségekhez rendelt finanszírozással át tudnánk szervezni a betegutakat a helyi hatékonyság érdekében. Ehhez nyilván sok idő kell, de mindenképpen fontos lenne következetesen haladni ezen az úton, és szisztematikusan a struktúrához, betegutakhoz és progresszív ellátásokhoz igazítani a finanszírozást.

Meg kell említeni még egy izgalmas kérdést, amelyben jelenleg meglehetősen óvatos az egészségpolitika: a betegutaktól való letérések rendjét. Itt két, egymással ellentétes irányú igény ütközik. Egyfelől fontos lenne, hogy a beteg „szavazhasson a lábával”, azaz abba az intézménybe mehessen, ahol jobb ellátást sejt. Másfelől szükséges a kiszámíthatóság is: le-

gyen meg az adott feladathoz világosan rendelt betegút, azaz a beteg találjon oda, ahol az ellátása meg van szervezve. A két dolog között ellentmondás feszül, amelyet világos szabályzókkal feloldhatóvá lehet tenni. Nyilvánvalóan kompromisszumra van szükség annak érdekében, hogy minél kevésbé „csorbuljon” egyik vagy másik szervezőelv – a beteg szabad intézményválasztása, illetve az ellátás biztonsága. Érthető, hogy még nem jutottunk el ideig, de előbb-utóbb – legkésőbb a következő politikai ciklusban – el kell vállalni ennek a döntéssorozatnak a felelősségét, és a kérdést rendezni kell.

**– Két évvel ezelőtt, lapunknak adott korábbi interjújában Ön kifejtette, hogy az egészségügyi ellátórendszer alufinanszírozott. E tekintetben történt-e azóta valamiféle változás?**

Talán nem elég hangsúlyosan artikulálódik napjainkban az, hogy mennyire alufinanszírozott a kórházi rendszer. A HBCs karbantartása és validálása vagy a súlyszám-forintérték tekintetében legalább az inflációarányos pótlás nagyon hiányzik. Ugyanakkor pozitív fejleményként értékelhető, hogy az ideai költségvetésben – ahogy az előbb beszéltünk róla – ha kis mértékben is, de megjelent a teljesítmény-volumenkorlát (TVK) normatív alapon történt feladatarányos korrekciója. Ez azért jelzi a döntéshozók azon szándékát, hogy igyekezzenek életszerűvé tenni a finanszírozást. Összességében azonban világosan látszik, hogy bomba ketyeg alattunk. A jelenleg rendelkezésre álló pénzből nem finanszírozható a kórházi rendszer. Már nincs a struktúrában annyi makroszintű tartalék, hogy némi átszervezéssel jelentős összeg legyen felszabadítható, ez a racionalizálás a politikailag lehetséges mértékig megtörtént. Nincs számottevő intézményi szintű hatékonyságtartalék sem, ezen az úton az elmúlt évtizedben végigmentünk. Nemzetközi összehasonlításban is világosan látszik, hogy hazánkban az egészségügyi kiadásokra fordított összeg – GDP-arányosan és abszolút értékben még inkább – rendkívül alacsony.

**– Tehát gyakorlatilag ugyanott tartunk, mint két éve?**

Előrelépés azért történt, nem is kevés. Ilyen például az új típusú forrásteremtés, amit az ágazat nagy sikerének tartok. A népegészségügyi termékdíj bevezetésével nem csak forrás került a rendszerbe, hanem népegészségügyi hozadék is keletkezett. Hasonlóan bravúros – bár nem pénzügyi – lépés volt a nemdohányzók védelméről szóló törvény megalkotása. Nagyra értékelem a béremelés jellegű intézkedéseket és az ösztöndíjprogramokat. Ugyanakkor látni kell, hogy átütő beavatkozásra lenne szükség az egészségügyi finanszírozás radikális javítása érdekében, az alapellátásban és a járóbeteg-ellátásban éppúgy, mint a fekvőbeteg-ellátásban.

**– A hírek szerint a múlt év utolsó negyedében 115 milliárdra rúgott a kórházak összes tartozása. Van-e kiút ebből a csapdából?**

Rangsorolhatjuk a kórházakat aszerint, hogy mekkora az adósságállományuk, de akkor figyelembe kell vennünk azt is, hogy milyen áron valósul meg az adósságállomány növekedése vagy éppen csökkenése. A kórházak ugyanis hármass dilemmába kényszerítve gazdálkodnak: a rendelkezésre álló

alacsony forrásból vagy a munkatársak, vagy a betegek, vagy pedig a beszállítók felé képződik lemaradás. Saját intézményem példájával: a Bethesda Kórház közel 350 dolgozójának bére és az a betegforgalom, amit a kórház lebonyolít – száz-húszezer járó- és kilencezer fekvőbeteg évente –, továbbá az infrastruktúra fenntartása a rendelkezésre álló, részben az OEP-től átutalt, részben egyéb forrásokból biztosított 1,4 milliárd forintból nem kifizethető. Ez folyamatos kényszerhelyzetet hoz létre, vagyis nem tudjuk megadni mindenkinek azt, ami jár. Ezt a dilemmát csakis pénzzel lehet feloldani. Nem csak a mi kórházunk van nehéz helyzetben, sőt azt kell, hogy mondjam, egyáltalán nem vagyunk a legrosszabb helyzetű intézmények között, mindamelllett, hogy a gyermekellátás különösen alulf finanszírozott. Tudomásul kell venni, hogy ebben a tekintetben nagyon súlyos az ágazat lemaradása.

## HUMÁN ERŐFORRÁS

Mindennek következményeként láthatjuk, hogy az orvosok elvándorolnak, vagy éppen önsorsrontó, téves útkeresésekben próbálják kompenzálni a frusztráltságukat. Ideig-óráig szőnyeg alá seperhetjük ezt a problémát, azonban alapvetően nemzeti szintű változásra lenne szükség. Megértem, hogy a súlyos világgazdasági válság idején nem ez a legjelentősebb feladat, de előbb-utóbb prioritássá kellene válnia. Nem akarok „ágazatsoviniszta” lenni, hiszen látom, hogy más területeken – például a pedagógusok esetében – hasonlóak a gondok. E humán pályák társadalmi értékét kellene artikulálni.

**– Ha már a humán erőforrás kérdésénél tartunk, nem lehet szó nélkül hagyni a kórházigazgatók több körben lezajlott pályázatát. Ön hogyan vélekedik a történekről?**

Az elmúlt időszakban, illeszkedve az intézmények államosításához, megtörtént a kórházigazgatói pozíciók megújítása. Elfogadom, hogy szükség volt erre, azonban azt gondolom, hogy a lebonyolítás stílusa szerencsétlen volt. A folyamat nem volt esztétikus, és senki sem lehet büszke arra, ahogyan lezajlott a pályázat. Elhúzódnó módon, rossz kommunikációval kísérve történt a változás, és ez nem tett jót sem a döntéshozóknak, sem az egészségpolitikának, sem a menedzsmenteknek, sem az intézményi hangulatnak. Ugyanakkor nem kérdőjelezem meg a döntéseket. A jelenlegi kórházigazgatói garnitúra tagjait tehetséges, jó lehetőségekkel rendelkező szakembereknek tartom. Ez a generáció sokat tanulhatott az előzőtől, amelynek résztvevői nyugdíjba vonultak. Sok mindenért kell hálásnak lennünk nekik, leginkább azért, mert igen nehéz körülmények között tudták menedzselni és fenntartani az irányításuk alatt álló kórházakat.

## EGYHÁZI KÓRHÁZAK SZEREPE

**– A munkatársak megbecsülése és közösséggé formálása terén sok tekintetben járnak előttünk például az egyházi fenntartású kórházak. Mekkora ezeknek az intézményeknek az aránya az országban?**

Az egyházi kórházak mindössze 1,2 százalékos aránnyal vesznek ki a részüket az országos finanszírozásból. Nem az

a lényeg, hogy egy egyház vagy az állam a fenntartó és a tulajdonos, hanem az, hogy milyen értékeket képesek közvetíteni ezek az intézmények a betegek, és az őket gyógyító szakemberek felé. Azt gondolom tehát – a csekély részvételi hányad ellenére is –, hogy az egyházi kórházak szakmai és erkölcsi jelentősége ennél sokkal nagyobb. Az egyházi kórházügy túlmutat azokon a betegellátó kereteken, amelyek között működik.

**– Mit ért ezen?**

A jelenleg az országban működő egyházi kórházak példával szeretnének szolgálni arra, hogy ezen intézményekben a gyógyítás emberbaráti, értékhordozó környezetben zajlik. Igyekszünk olyan munkatársi közösségeket alkotni, ahol alázatos, egymásra figyelő emberek dolgoznak. Lelki gondozókat, szociális munkásokat, önkénteseket vonunk be a gyógyításba, akiknek a közreműködésével eredményesebbé és egyben humánusabbá tehető a betegek ellátása. Odafigyelünk egymás intézményeire, törekszünk a kölcsönös segítségre, a közös érdekképviseletre.

**– Gondolom, emiatt tartották szükségesnek, hogy szövetségbe tömörüljenek.**

Már korábban is szoros együttműködés alakult ki közöttünk: rendszeresen megosztottuk egymással a tapasztalatainkat, összehangoltuk a beszerzéseinket. A drasztikus változások közepette azonban fontosnak tartottuk, hogy közös erővel tudjuk képviselni az érdekeinket. Itt megjegyezném, hogy az egészségügy igen fontos terepe a különböző felekezetek és egyházak békés, szolgálatos együttműködésének. Jó példa erre, hogy a Bethesda Kórház és a református egyház vezető szervezetei által, néhai és nagyra becsült főigazgatónk, Dr. Dizseri Tamás emlékére alapított szeretetszolgálati díjat idén Dr. Tahy Ádám kardiológus főorvosnak – egy katolikus volt kórházigazgató kollégának – ítéltük.

**– Milyen jelenleg az egyházi kórházak és a kormányzat közötti viszony?**

Az elmúlt húsz év nem volt kedvező időszak az egészségügyi intézmények fenntartása szempontjából. Az egyházak jelentős anyagi terhet vállaltak magukra, amikor kórházak fenntartására és működtetésére vállalkoztak. A református egyház például a húsz éve zsinati fenntartás alatt működő Bethesda Kórházra, valamint átmeneti jelleggel a mosdói intézményre milliárdos nagyságrendű összeget költött, amihez a fenntartói hozzájárulást – szemben az oktatási és a szociális ágazattal – az állam nem biztosította. Ez az állapot a közelmúltban javult, ami annak köszönhető, hogy a kormányzat felszámolta az egyházi fenntartású intézményekkel szemben korábban több téren (bér jellegű kiegészítő finanszírozások, kapacitás és TVK hátrányok) meglévő diszkriminációt. Nagy előrelépésnek tartom, hogy a jelenlegi egészségpolitika – elsőként az elmúlt évtizedben – fajsúlyosan kiállt az egyházi kórházak mellett. Lehetővé tette, hogy intézményeink felvehetik az egyházi egészségügyet kereső betegeket, és erre a tevékenységre bizonyos TVK keretet is biztosított. Reményünk van arra is, hogy az egyházi egészségügyi fenntartói kiegészítő finanszírozás megvalósuljon a ciklus végéig.

## AZ MKSZ KONFERENCIA KÜSZÖBÉN

**– Lapunk megjelenésekor tartja XXV. Kongresszusát a Magyar Kórházzövetség. Mely témák kerülnek fókuszba az ideai tanácskozáson?**

Mindenekelőtt meg szeretném említeni, hogy ideai konferenciánkat volt elnökünk, a március 13-án elhunyt Dr. Varga Ferenc emlékének ajánljuk. Tisztújító közgyűlésünkön ünnepeleys megemlékezést fogunk tartani szeretett kollégánk tiszteletére. Fontos karaktere, alázatos munkása volt ő a kórházügynek, és kiváló minőségű munkát végzett sok évtizeden keresztül. Tette ezt emberségesen, hűségesen, a maga csendes módján. Mindannyian szeretjük és jó személyes kapcsolatot ápolunk vele, ami nem esett nehezünkre, hiszen igen barátságos, közvetlen ember volt. Mindenről megvolt a saját véleménye, ám azt mindig szerényen és méltósággal képviselte. Sok esetben érvényt tudott szerezni a maga igazának, ám azon ritka kórházvezetők közé tartozott, aki – ha úgy adódott – veszíteni is tudott.

**– Ezt támasztja alá lapunknak adott korábbi interjúja is, amelyben így fogalmazott: „Ha valami nem úgy sikerül, ahogy szerettem volna, továbblépek. És a legfontosabb talán, hogy saját magammal csendes békében vagyok.”\***

Igen, éppen ez a szelíd, alázatos hozzáállás az, ami – a szakértelme mellett – nagyon fog hiányozni, sőt már most hiányzik. Azt hiszem, hogy személyes hatása meg fog jelenni a további munkánkban, és kórházvezetőként sok elemében én is az ő stílusát szeretném képviselni.

**– Hogyan látja az MKSZ szerepét az állami egészségügyi rendszer bevezetésével kialakult új helyzetben? Milyen kórházzövetségi feladatok megvalósítását tartja fontosnak?**

Mindenekelőtt szükségesnek tartom, hogy a szövetség teremtse emberi közeget ebben a térben. Biztosítson fórumot

az intézmények és a fenntartó, illetve a különböző hatóságok közötti értelmes párbeszédnek. Ebben a szemléletben igyekeztünk megszervezni a Kórházzövetség ideai, XXV. Konferenciáját is. A különböző szekciókban egy asztal köré ültetjük az egészségügy felelős döntéshozóit és a kórházigazgatókat, hogy ne a korábban megszokott meetingek merev keretei között, hanem közvetlen diszkusszió formájában legyen módjuk megvitatni a kongresszuson tárgyalt témákat.

Másrészről arra törekszem, hogy konzultatív csapatmunka alakuljon ki a szövetség életében. Szeretném elérni, hogy az új elnökség tagjai szakértői minőségben, egy-egy témát magukra vállalva dolgozzanak konkrét feladatokon. Szakértői gárdát maguk köré gyűjtve alakítsák ki javasolataikat, amelyeket közösen formázhatunk szövetségi véleményekké. Így tematizálhatnánk az egészségpolitikát, és nem reaktív, hanem sokkal inkább proaktív jelleggel, erős szakértői bázis mentén nyilváníthatnánk véleményünket a különböző kérdésekben.

**– Mennyire tartja eredményesnek a Kórházzövetség elmúlt években végzett munkáját?**

Nagyon fontos eredménynek tartom, hogy az MKSZ vezető szolgáltatói szövetség tudott maradni. Nem forgácsolódott szét, hanem fajsúlyosan, szakértőként jelent meg a szakmai és társadalmi közösségekben. Ezt a szakmai munkát szeretném tovább erősíteni, ebben fogom kérni az új elnökség segítségét, és az MKSZ elnökeként igyekszem ehhez minden szükséges feltételt biztosítani. Kívánatos lenne, hogy ez megmutatkozzon a szövetség kommunikációjában is. Mindazok az elnökségben levő kollégák, akik egy-egy konkrét területhez legjobban értenek, szintén váljanak a szövetség arcaivá, és megjelenjenek minden olyan fórumon, ahol a Kórházzövetség megnyilvánul. A megújult kommunikáció további eleme, hogy az MKSZ kellő súllyal legyen jelen a kórházügyben, az egészségpolitikában és a társadalomban.

Boromisza Pirooska

\* Dr. Varga Ferencsel készült korábbi interjúnk az IME – Egészségügyi vezetők szaklapja 2006. márciusi, V. évf. 2. számában olvasható.

## NÉVJEGY

**Dr. Velkey György**

**Tanulmányok:** Debreceni Orvostudományi Egyetem ÁOK 1980-1986, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ 2004-2008

**Szakmai képesítések:** csecsemő- és gyermekgyógyászat (1990), aneszteziológia és intenzív terápia (1994), csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia (2009)

**Munkahelyek:** a Debreceni Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikáján klinikai orvos (1986-1990), egyetemi tanársegéd (1990-1994), osztályvezető egyetemi tanársegéd (Aneszteziológiai és Intenzív Osztály) (1994-1995). 1996 óta dolgozik a Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkorházában: az Aneszteziológiai és Intenzív Osztály osztályvezető főorvosa (1996-2004), orvos-igazga-

tó (1997-2003), főigazgató (2003-tól). A Magyarországi Református Egyház Mosdósi Tüdő- és Szívkorház főigazgatója (2006-2007), a Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár főigazgató helyettese (2007-2012).

**Jelenlegi munkahely, beosztás:** Magyarországi Református Egyház Bethesda Gyermekkorház, főigazgató.

**Egyéb funkciók:** a Magyar Gyermekaneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság elnöke 2003-2006., a Magyar Gyermekorvosok Társasága főtítkára 2007-2011., a Magyar Kórházzövetség jelölt elnöke 2010-től, az Egészségpolitikai Államtitkárság kabinetjének tagja 2010-től, a Fővárosi Önkormányzat Egészségpolitikai és Szociális Bizottságának elnöke 2011-től, a Kereszténydemokrata Néppárt Egészségügyi Szakbizottságának elnöke 2010-2013.

**Család:** öt gyermek édesapja, felesége gyermekradiológus főorvos.