



**Dr. Oberfrank Ferenc**

ügyvezető alelnök

**Dr. Belső László**

alelnök

MOTESz

B u d a p e s t

ikt.sz.: 14034

Budapest, 2014. június 10.

Tisztelt Kollegáink!

Osztva az Önök ismételt és potenciális new wave-vel kapcsolatos optimizmusát mellékelem az MSOTKE kérdéseikkel kapcsolatos véleményét.

- 1. Melyek a folytatásra érdemesek az előző kormányzati időszakban megkezdett egészségügyi intézkedések, tevékenységek közül az egészségügyben általában és a saját szakterületén?*

A sürgősségi ellátás egy, a XXI. század elvárásainak megfelelni tudó, stratégiai szemlélet, így több mint egy szakterület. Azzal, hogy az előző kormányzat ezt izoláltan kezelte és ezen túl az adott, egységes szakterület megosztását szorgalmazta, sokat ártott az akut jellegű ellátás rendszerének, betegeinknek és a szakterület képviselőinek egyaránt. A már a Semmelweis Tervben megfogalmazott és már akkor általunk bírált irányzat tovább torzult. Az európai investitív potenciál, struktúraátalakítás és prioritások jelzésének hiányában nem hozták meg hasznukat, nem javították a hatékonyságot. A jelzett prioritás hiányában, a képzés és az életpálya a sürgősségi ellátásban nem facilitált, sőt inkább nehezített, ez mélyíti ennek a szakterületnek a kritikus humánerőforrás krízisét.

Mindezek alapján a sürgősségi ellátás – az aktív szakértők involválásával történő - újragondolását javasoljuk, a további, rendszerszintű károk elkerülése az eddig megteremtett értékek megőrzése érdekében. Amennyiben, nemzetközi, így európai példáknak megfelelően, az akut jellegű ellátás rendszerelméletként a sürgősség szemléletét kívánják érvényesíteni, az eddigi tevékenység felfüggesztését és azonnali krízismenedzsment bevezetését javasoljuk.



2. Melyek azok a területek, problémák, amelyek eddig nem kaptak elég figyelmet, illetve mielőbbi intézkedéseket igényelnek az egészségügyben általában és a saját szakterületén?

Az akut jellegű ellátás korszerű szemlélete a sürgősség három alapelveére épül – ezek mindegyike sérült az elmúlt időszakban:

a) integráció

- ☞ az akut jellegű betegellátásban a beteghez rendelt ellátás hatékony és hasznos – az ellátórendszer ilyen jellegű integrálása, centralizálása, strukturálása nem történt meg
- ☞ az egyes szakterület izolálódnak, ez a folyamat idegen a modern medicinától – akut ellátás szintjén az egyes diszciplínák sürgőssége értelmetlen. Az utóbbi időszakban mégis az egyes szakterületek lobby érdeke érvényesült
- ☞ hangsúlyos kormányzati szándék – rendeleti megjelenítéssel példázva – mutatkozott az egységes sürgősségi ellátás prehospitalis, hospitalis megosztására, ezzel egy 10-15 éves szakmapolitikai folyamat megfordítására
- ☞ nem integrálták a sürgősségi ellátás „alapellátási ügyeleti” szintjét
- ☞ nem sikerült az ellátási folyamat professzionális, integrált – egyben szolgáltatóktól független, hatósági és funkcionális irányítási jogkörrel felruházott – diszpécser és felügyeleti rendszerének megszervezése

b) allokáció

- ☞ a szaktárca nem támogatta egy olyan szakmai allokációs rendszer bevezetését (triage), ami az igazságosság elve érvényesülésének alapja, mind a beteg, mind az ellátó szakma részére
- ☞ ez az allokációs rendszer egyben minőségügyi folyamat indikátor, így a fejlesztés és a finanszírozás meghatározó eleme
- ☞ az MSOTKE egyelőre önerőből fejleszti ezt a rendszert és ajánlja fel felhasználásra (kollégiumi és széleskörű szakmai támogatással)

c) idő-dependencia

- ☞ a sürgősség idegen, nem irányított és izolált struktúra – egyes elemeinek erősítése ellenére – nem tud és így nem is fog megfelelni az esélyegyenlőséget biztosító, korszerű idő-dependens elvárásoknak

A jelen struktúrától idegen szemléletet képviselő szakterület konfliktushelyzete kódolt, a háttérrendszerek hiányában működésünk nem hatékony, nem hasznos, kifejezetten költséges. Megfelelő feltételrendszer hiányában még a betegeket veszélyeztető is lehet.



3. Melyik az a három legfontosabb kormányzati intézkedés, ami a legnagyobb javulást hozná belátható időn belül a lakosság egészségi állapotában?

- I. akut jellegű ellátási rendszer kialakítása – sürgősségi szemlélet alapján
- II. alapellátás feladatának és kompetenciáinak letisztázása és feltételrendszer biztosítása
- III. prevenció / rehabilitáció rendszerének átgondolása

4. Melyik az a három legfontosabb kormányzati intézkedés, ami a megfelelő emberi erőforrás biztosításához szükséges az egészségügyben hosszú távon?

- I. leírt struktúra alapján (jelenlegi feltételrendszer komplex ismerete – erre alapuló struktúra) a prioritások jelölése és a hiányterületek képzésének facilitálása, investíció
- II. struktúra kiépítése – életpálya modell alapjaként
- III. megbecsülés garanciája

5. Miben látja az orvos-társaságok és saját társasága/egyesülete legfontosabb teendőit az elkövetkező időszakban?

A saját Társaságunk eddigi túlélésének záloga a „csak azért is” szakmai tevékenység, az identitástudat erősítése volt. Ebben a nemzetközi kapcsolatok jelentős szerepet játszottak és játszanak. Szerencsés, hogy egyre több társ-társasággal tudunk ezen az úton együttműködni. A megkezdett strukturáló szakmai előkészítő munkát folyamatosan ajánlottuk fel a szaktárcának, sajnos minden effektus, visszacsatolás nélkül. Minden szakpolitikai menedzsmint váltása újabb, lehetséges mérföldkő: így befogadás esetén készséggel képviseljük a sürgősségi ellátás szemléletét, miközben folytatjuk a képzési rendszer és az ellátás irányelv szintű szakmai standardizálását.

6. A politikán túl van-e elvárása a társadalom, a közélet más tényezőivel szemben?

A potenciális új struktúra, így maga a sürgősségi ellátás is igényli, az ezt használni képes társadalmi ismeretet – az egészségkultúra részévé kell tenni, az elsősegélynyújtástól a kritikus állapotok alapvető menedzselési ismereteit, minden korosztály szintjén. A szolgáltatói potenciál valós ismerete alapja, hogy azzal éljenek és ne visszaéljenek, alapja továbbá a társadalmi megbecsülésnek is.



1. A betegek ellátása progresszivitási szintenként, a beteg-utak, a gyógyszer- gyógyászati segédeszköz ellátás.  
**2**
2. Az egészségügyi dolgozók megbecsülése, személyi minimumfeltételek, továbbképzés.  
**1**
3. A szolgáltatók szakmai hatékonysága, minősége, hatásköre, a betegek igényeihez való alkalmazkodás.  
**3**
4. A szolgáltatói tulajdonviszonyok, szakmai széttagoltságuk (alap/szak; járó/fekvő; patikák).  
**3**
5. Az irányítás, hatósági/szakmai felügyelet, a beavatkozások/változtatások irányai.  
**1**
6. A forrásteremtés szakmai megalapozása, módja, adósságrendezés, a magánforrások szerepe.  
**2**
7. Az ármegállapítások alapját képező szolgáltatások szakmai azonosíthatósága.  
**3**
8. A szakmai beavatkozások és a finanszírozási technikák, biztosítás-vásárlás, érdekeltség, ösztönzés.  
**3**
9. A szakmai egyeztetés, párbeszéd módszerei a döntésekben, a jogalkotásban.  
**1**
10. Az orvos-beteg kapcsolatok, a helyi közösségek betegellátást ellenőrző/véleményező szerepe.  
**3**



Tisztelt Szövetség, Tisztelt Alelnök Urak!

Tagtársaságunk nevében köszönjük képviselőtöket és erőfeszítésetöket!

A sürgősségi ellátás folyamatos hozzáférhetősége kapcsán is olyan, mint a skandináv kerttervezés. A betegek kijárják azt az utat, amit építenünk lenne érdemes. Multidiszciplináris megközelítésünk kapcsán pontos képünk van a hazai akut jellegű ellátás hibáiról, aránytalanságairól, elégtelenségeiről és természetesen az erősségeiről is. Ezt az ismeretet és a rálátás lehetőségéből adódó készséget ajánljuk fel folyamatosan a szaktárcának és ajánljuk fel most is Önökön keresztül a MOTESz-nek is. Azonos értékeink alapján és céljaink érdekében kérem Önöket, éljenek ezzel a potenciállal!

Megkeresésüket és a vezetőségünk választát Társaságunk körében publikussá tesszük.

Üdvözlettel:

Berényi Tamás dr.  
az MSOTKE elnöke

