

JAVASLAT A JÁSZBERÉNYI ÉS KÖRNYÉKE KÖZPONTI ORVOSI ÜGYELET BIZTONSÁGOS MŰKÖDTETÉSÉNEK KIALAKÍTÁSÁRA INTEGRÁCIÓVAL ÉS INTEGRÁCIÓ NÉLKÜL

- **A Régió Ügyeleti Központ Nonprofit Kft. rövid bemutatása**

Társaságunk 2009-ben kezdte meg a Jászberényi központi orvosi ügyelet működtetését. Jelenleg 3 ügyeleti központban látunk el központi orvosi ügyeleti szolgáltatást.

Számos orvos és szakdolgozó kolléga dolgozik társaságunknak. Társügyeleteink az ország számos központjában látnak el tevékenységet. Anyacégünk az Orvosi Ügyelet kft. 1999 óta működő egészségügyi szolgáltató, fő profilja az alapellátási ügyeletek szervezése és működtetése, de fekvőbeteg intézmények osztályos ügyeleteinek szervezésében és kórházi sürgősségi ellátásban is részt vesz.

Működésünk alapelvei: a szakmai és emberi korrektség, a minőség iránti elkötelezettség, az innováció és nem utolsósorban a pénzügyi fegyelem. Ezen alapelvek megtartása a gyakorlatban is megmutatta működőképességét, relevanciáját, a fejlődést meghatározó szerepét.

- **Az Régió Ügyeleti Központ Nonprofit Kft. szakmai működése Jászberényben**

Az alapellátási központi ügyelet célja és feladata

az érintett lakosság háziorvosi rendelési és rendelkezésre állási időn kívül történő, alapellátási szintű sürgősségi ellátása az adott területet ellátó mentőszolgálattal együttműködve. A betegek ellátása részint az ügyeleti rendelőben, részint lakáson ill. feltalálási helyen történik. Ez havonta átlagosan – az ünnepnapokat is figyelembe véve - 576 órányi ellátás biztosítását feltételezi Társaságunk részéről. Ezen időszakban kell folyamatosan rendelkezésre állnia 2 illetve hétvégén a gyermek szakorvossal együtt 3 fő – megfelelő képzettségű – orvosnak, 1 fő ápolónak és 1 fő gépkocsivezetőnek (aki a legtöbb esetben szintén rendelkezik ápolói végzettséggel), valamint az ügyeleti gépjárműnek, az összes orvosi felszerelésnek és anyagnak, az informatikai és telekommunikációs rendszereknek, továbbá az ügyeleti rendelőnek.

Itt szeretnénk hangsúlyozni, hogy a jelenlegi kapacitás (hétvégén) megegyezik egy nagyváros ellátási kapacitásával, ahol is százezres (akár kétszázezres) populációt lát el az orvosi ügyelet.

Ez bizonyos tekintetben olyan, mintha a területen további 4-5 háziorvosi praxist kellene működtetni, csak itt sofőr is van az ellátó team-ben és lényegesen magasabbak az elvárások a gépjárművek, az orvosi anyagok és eszközök tekintetében, a team sürgősségi felkészültségét illetően, valamint lényegesen több a területi betegellátás is.

- **Humán erőforrás**

Ennek megfelelően ügyeletünkben havonta átlagosan 5x576 +80-100 óranyi, azaz kb. 3000 óranyi időre kell olyan szakszemélyzetet foglalkoztatnunk akik mind az orvosi, mind a szakdolgozói munkakörökben a sürgősségi betegellátásban jártas, korszerű ismeretekkel rendelkező kollégák vagy legalábbis törekednünk kell ezen kvalitások preferálására. Hiszen a központi ügyelet működése a gyakorlatban jelentősen eltér az alapellátás „hétköznapi nappali” működésének jellegétől. A központi ügyelet ugyanis annak ellenére, hogy az alapellátás része, nem tekinthető a háziorvosi rendelés meghosszabbításának, hanem jellegéből adódóan szakmai értelemben sokkal inkább a sürgősségi betegellátás és mentés jellegzetességei érvényesülnek benne. Ezen kb. 3000 óranyi havi foglalkoztatási volumen talán jól szemléltethető azzal, hogy ha ezt minden esetben munkavállalókkal töltenék ki – akkor a pihenőidő, a szabadságok ill. esetleges táppénz figyelembe vételével -, 20-25 főt kellene főállásban foglalkoztatnunk az ügyeleti központban. Társaságunk legtöbbször vállalkozói jogviszonyú közreműködő orvosokkal és szakdolgozókkal végzi a betegellátó tevékenységét, tekintettel a rugalmasabb időbeosztás lehetőségére és arra, hogy gazdasági szempontból is ez a hatékonyabb.

Orvosok és szakdolgozók tekintetében is törekszünk az ellátás jellegének és sokszor fizikailag is nehéz voltának figyelembe vételével dinamikus és terhelhető kollégák alkalmazására, azonban az orvosok esetében észlelhető jelentős humán-erőforrás hiány miatt ez sokszor nagy nehézségek árán oldható csak meg.

A gépkocsivezetőinktől is elvárjuk a megfelelő sürgősségi jártasságot, és figyelembe véve azt, hogy kritikus szituációk lényegesen gyakrabban fordulna elő területi ellátás során, mint az ügyeleti rendelőben, az ügyeletes gépkocsivezetők esetében alapvetően ápolói vagy mentőtisztai képzettséggel is rendelkező kollégákat alkalmazunk.

Jászberényi sajátosságok:

Az ellátási területünkhöz képest Jászberényben a központi orvosi ügyelet munkájában a helyi háziorvosok egy része részt vesz (ezzel szemben az országos tendencia az ügyeletből való kimaradás). Ugyanakkor az országos tendenciákhoz hasonlóan a háziorvosi praxist betöltő kollégák átlagéletkora magas. Így a jelenlegi, akár ideálisnak mondható állapot csupán rövid ideig tartható fent.

Az ügyeletben általában hétköznapi helyi orvosok dolgoznak, míg hétvégén általában Budapestről, Szolnokról jönnek kollégák, mint ahogyan a gyermekgyógyászok is külsősök.

A hosszú távú, biztonságos ellátás érdekében szükséges egy olyan stratégia kialakítása, mellyel mind a helyi háziorvos utánpótlás, mind az ügyeletes orvosok utánpótlása megoldott lehet.

Ez mindenképpen -az országos tendenciának megfelelő- magasabb bérezéssel jár együtt.

- **Az ügyeleti tevékenység központi irányítása, háttérszolgáltatások**

Társaságunk betegellátó tevékenységének zavartalan és folyamatos működtetéséhez, az országban megtalálható több központunk irányításához komoly központi funkciók kialakítása volt szükséges, mely szerves és egyben tudatos fejlesztés eredménye. Központi funkcióink:

- Szakmai és szervezeti irányítás, a vonatkozó jogszabályoknak, szakmai irányelveknek, valamint külső és belső protokolloknak megfelelően
- Folyamatos szakmai és szervezeti működési audit
- Teljes körű humán-erőforrás biztosítás: felkutatás, foglalkoztatás
- Rendszeres belső szakmai képzések biztosítása a foglalkoztatott humán erőforrás részére illetve a jogszabályban előírt továbbképzési kötelezettségek ellenőrzése
- Teljes körű logisztikai szolgáltatás: eü. anyagok és eszközök illetve egyéb a működéshez szükséges anyagok beszerzése, kiszállítása, raktározása, készletkezelése
- Orvosi és egyéb eszközök rendszeres karbantartása illetve ellenőrzése és minősítettése
- Gépjármű üzemeltetés, karbantartás, szervizelés illetve tartalék gépjármű elérhetőségének biztosítása
- Informatikai rendszer működtetése: medikai és vállalatirányítási egyaránt
- A helyi háziorvosok elektronikus úton történő tájékoztatása az ügyeleti betegellátásokról (amennyiben igénylik)
- A jogszabályban előírt, illetve további a finanszírozótól, önkormányzatoktól vagy közigazgatási szervtől, hatóságtól származó jelentési kötelezettségek teljes körű biztosítása
- OMSZ-al (Országos Mentőszolgálat) közös diszpécsterszolgálat működtetése
- Rendkívüli helyzetek kezelése a társszervekkel együttműködésben
- Folyamatos kapcsolattartás a Megbízó Önkormányzatokkal, OEP-el, egészségügyi hatóságokkal, az Országos Mentőszolgálattal (OMSZ), valamint a helyi háziorvosokkal és gyógyszerészekkel
- Fenti funkciók ellátásához szükséges központi operatív-, szakmai-, logisztikai- és stratégiai- menedzsment, továbbá a központi adminisztráció, könyvelés, jogi háttérszolgáltatás biztosítása.

Saját diszpécsterszolgálat bekapcsolása:

2015. április 1-től megváltoztattuk a diszpécsterszolgálatunk működését. Eddig közvetlenül adott feladatokat az Országos Mentőszolgálat az ügyeletos orvosunknak (OMSZ-al közös diszpécsterszolgálat).

Ettől az időponttól kezdve ugyanakkor a hajdú-bihar megyei központunkban levő saját mentőtisztünkön keresztül történik a feladatok kiadása, mely sokkal nagyobb

odafigyelést igényel az OMSZ diszpécser részéről, és a mi diszpécserünk szűri, kontrollálja, rögzíti az irányító által átadott feladatokat.

Nyilvántartásainkból elemzések nyerhetők, a szakmai színvonal ellenőrizhetővé válik és megvalósulhat az igazságosság és az egyenlő hozzáférés elve.

- **Humán erőforrás helyzet**

A hazai egészségügy humánerőforrás helyzete drámai. Ez mindenekelőtt igaz az orvosi erőforrásokra. Egyre kevesebben jelentkeznek az orvosképzésbe, a diplomát megszerzett orvosok egy része nem folytatja az egészségügyben a pályafutását, másik részük már a szakképzést is külföldön kezdi meg, nagyobb részük pedig a szakvizsga megszerzését követően külföldre megy dolgozni ill. ezt tervezi 2-3 éven belül. Több szervezet felmérése szerint is, a 40 év alatti magyar orvosok 50%-a tervezi a külföldi munkavállalást. Az itthon maradók korösszetétele pedig kifejezetten „kedvezőtlen”, hiszen a praktizáló orvosok 30%-a 5-7 éven belül eléri a nyugdíjkorhatárt. Még rosszabb a helyzet az alapellátásban, a jelenleg dolgozó háziorvosok 25%-a ugyanis nyugdíjas korú, 40%-uk pedig 60 évnél idősebb. A posztgraduális képzési rendszerből háziorvos szakorvosként - igen alacsony számban - kikerülő kollégák túlnyomó része kizárólag megyei jogú nagyvárosokban kíván elhelyezkedni. Ezt a humán erőforrás hiányt nem lehet megoldani sem fokozott képzéssel, sem semmilyen más eszközzel, csak és kizárólag a legális orvosi jövedelmek drasztikus javításával (azaz a hazai nemzetgazdasági jövedelmi rangsor elejére történő pozicionálásával).

Az orvoshiány az egészségügy minden területén érezteti a hatását. Több száz alapellátási praxis áll évek óta üresen, a számuk folyamatosan nő. A kis- és közepes kórházak folyamatos orvoshiánnyal küzdenek, van ahol 1-2 orvossal működnek osztályok és csak a legnagyobb kórházi központok és klinikák azok, ahol még valamelyest konszolidált a helyzet (többek között azért is, mert a szakképzésüket itt töltik a szakorvosjelöltek). A háziorvosi praxisok vonatkozásában a helyzet megoldására további lényeges finanszírozás javítást ígér az egészségügyi kormányzat (pedig az alapellátási praxisok finanszírozása az elmúlt 4 évben 26%-al nőtt). A kis és közepes kórházakban pedig az égető szakemberhiány kompenzálására a közalkalmazotti bértábla 2-3x-osának megfelelő jövedelmeket kínálnak a szakorvosoknak, akkor is ha ezzel tovább növelik intézményi adósságukat.

Az elmúlt 2 év során pl a társügyeleteinkben dolgozó orvosainkból 12 távozott külföldre, pótlásuk rendkívüli erőfeszítést kíván tőlünk nap mint nap, és teljeskörűen nem is tűnik lehetségesnek, az egy orvosra jutó ügyeleti óraszám terhelés rendszerünkben is folyamatosan nő.

Ehhez társul az a tény, hogy az általánosan jelentkező orvoshiányra válaszul az elmúlt 1-2 év során működési környezetünkben 25-35% (500-1000 Ft) közötti orvosi óradíjemelések történtek, az érintett működtetők ugyanis semmilyen más utat nem találtak arra, hogy az ügyeletes sorokat kiállítsák.

A megmaradt orvosokért folytatott verseny tehát éleződik. Jászberényben az országos átlagnál és a környékbeli ügyeletekhez képest **500-1000 Ft-al alacsonyabb óradíjak** vannak.

Kizárólag az a tény tartja fent a rendszert, hogy szemben az országos tendenciával a Jászberény és környékén levő háziorvosok részt vesznek az ügyeleti rendszerben, így az ügyeleti óraszám legalább felét a helyi kollégák adják, és zömében hétvégre kell a fővárosból vagy más helyről orvost delegálnunk. (Díjak a környező ügyeletekben: Hatvan 2300 Ft/óra, Pásztó 2500 Ft/óra, Eger 2500 Ft/óra)

Ugyanakkor az óradíjak folyamatos emelkedése azt a kényszert vetíti elő, hogy a mi is emelésre kényszerülünk, és ez az emelés a jelenlegi forrásokból nem finanszírozható. (Csak az orvosi díjak 500 Ft-os emelése $576 \times 2 \times 500 = 576.000$ Ft költségnövekedést jelent, és a szakdolgozói díj még nem is emelkedett.)

Fenti finanszírozási helyzeten túl, problémát jelent a kollégák számára az is, hogy az OMSZ, akivel szoros és jó kapcsolatot ápolunk, szintén komoly anyagi és humán-erőforrás gondokkal küzd. Az esetkocsik mentőtisztai személyzetének létszáma – amely az OMSZ sürgősségben igazán kompetens és beavatkozni képes állománya – szintén folyamatos csökkenést mutat, amely bár nem olyan drasztikus, mint az orvosi körben tapasztalható, de pontosan „elegendő” ahhoz, hogy a meglévő esetkocsik egyre nagyobb számban a mentőtisztek hiánya miatt ne tudjanak részt venni az ellátásban. Tudomásunk szerint Jász-Nagykun-Szolnok Megyében 10 mentőtiszt hiányzik az OMSZ állományából. Gyakori, hogy egyes mentőállomásokon havonta 5-10 műszakban nincs meg az esetkocsi személyi állománya, azaz az nem tud részt venni a mentésben ezen alkalmakkor. Ez pedig azt jelenti, hogy az ügyeleti team – a közös diszpécserszolgálat utasítására - egyre többször kerülhet olyan helyzetekbe, amikor *kifejezetten mentési feladatot kell ellátnia*, amihez igazi kompetenciája nincsen (hacsak nem épp sürgősségi szakorvos látja el az ügyeletet). **Ezen esetek növekvő száma valóban frusztráló lehet több kolléga számára, ami tovább csökkenti az ügyeletben való részvételi szándékot.**

Ezt a helyzetet tovább rontja, hogy a szolnok megyei OMSZ irányítócsoporthoz a szűrő feladatait nem jól látja el, és gyakorlatilag érdemi kikérdezés nélkül adja át a hívásokat az ügyeletnek számára.

Mindezek következtében az ügyeleten feladatot vállaló nem helyi kollégáink díjazási igénye az utóbbi hónapokban drasztikusan (kb.35%-al) megemelkedett. Amennyiben nem tudunk megoldást találni a problémára a jelenleg dolgozó, a jó alkupozícióban levő ügyeletorvosok máshol fognak munkát keresni.

A saját diszpécser közbeiktatása a helyzetet javította, de a kapacitás hiány miatt (amikor nincs esetkocsija az OMSZ-nak) átadott hívások számát nem csökkenti. A későbbiekben javasolt mentőtisztai autó beállítása ezért is előremutató, mert az OMSZ által átadott azonnali (mentési) feladat ellátását ő is végezheti, ezáltal tehermentesíti az ügyeletet ellátó orvosokat.

Összefoglalás,fejlesztési javaslatunk:

Az egészségügyi ellátás Magyarországon ma krízis helyzetben van. A kórházak adóssága folyamatosan nő,a várólisták egyre hosszabbak. Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ adatai szerint évente 1000 orvos és 5-600 ápoló hagyja el az országot, de ebben nincs benne a pályaelhagyók tömege. Ma 54-56 ezer ápoló dolgozik az egészségügyben, és

becslések szerint 25-26 ezer szakdolgozó hiányzik a rendszerből. Bizonyos szakrendeléseken csak egyetlen orvos dolgozik. Ha megbetegszik, a betegellátás hetekig szünetelhet. A kórházak, szakrendelők megoldhatatlan finanszírozási és humán erőforrás gondokkal küzdenek. A betöltetlen háziiorvosi praxisok száma folyamatosan nő, jelenleg kb. 300-350.000 embernek nincs állandó háziorvosa. Amennyiben a jelenlegi tendenciák nem változnak meg 10 év múlva ez a szám 4-5 millióra nőhet. Az alapellátási ügyeletek is jelentősen alulfinanszírozottak, működtetésük a jövőben kizárólag a települési önkormányzatok széles körű összefogásával valósítható meg. A jelenleg működő kis létszámú ügyeletek fennmaradását a növekvő orvos és szakdolgozó hiány illetve a finanszírozás elégtelensége sem teszi lehetővé. Az ÁSZ háziorvosoknak kiküldött kérdőíves felméréséből megállapítható, hogy a háziorvosok már most is több időt dolgoznak, mint amit az EU munkaidő direktíva megenged. Ha betartanák a munkaügyi előírást, akkor az orvoshiány még nyilvánvalóbb lenne. A háziorvosok korösszetétele és szakmai képzettsége, egyesek gyakorlati felkészültsége sem teszi lehetővé az ügyeleti részvétel kötelezővé tételét. Ez a lehetséges forgatókönyv nem működőképes, az idősebb háziorvosokat önmagában is munkájuk befejezésére készítené, illetve még kevésbé lennének vonzóak a kistéleptületek praxisai. Az elhatalmasodó problémát/katasztrófa közeledtét az is jelzi, hogy más ügyeletekben (a megyében is) előfordul, hogy bizonyos napokra nem lehetett orvost találni, illetve egyes ügyeletekben nincs orvos. Az általunk működtetett ügyeletekben ez nem fordulhat elő, mivel több száz munkavállalóval rendelkezünk országosan, többszörös a tartalék a rendszerünkben, jól működő ösztönző rendszert alakítottunk ki a hasonló helyzetek elkerülésére. Ugyanakkor a rendszerben dolgozók utánpótlása nehezen megoldott.

MEGOLDÁSI JAVASLAT:

Javaslataink azon alaphelyzetből származik, hogy a jelenlegi ügyeleti feltételek, orvosi kapacitások egy Debrecen méretű nagyvárosnyi kapacitással egyenértékűek.

Így vetődött fel a gondolat, hogy vagy a jelenlegi rendszerben a kapacitásokat racionalizálva csökkenthetők a kiadások (azaz egy orvossal kevesebb teljesít szolgáltatást), és az így felszabaduló forrás allokalható a többi dolgozó felé (orvos, szakdolgozó egyaránt), vagy további lehetőség, hogy a kapacitáshoz nagyobb lakosság szám csatolható, azaz a forrás bővítése lakosság növelésével történne meg. (Ideális esetben az egész Jászságra kiterjeszthető a rendszer, és akkor fajlagosan gazdaságosabb a fenntartás)

Részleges csatlakozás esetén köztes megoldás képzelhető el.

Minden általunk javasolt az esetben **mentőtiszt erősítené a rendszert**, aki felsőfokú egészségügyi végzettséggel, és életmentő tapasztalattal rendelkezik. A mentőtiszt a jelenlegi orvosi bért kapná, míg az orvosi óradíj minimum 1000 Ft-al emelkedne (hétvégén többel). Így hosszútávon biztosítható a humán erőforrás.

1. INTEGRÁCIÓ NÉLKÜL:

A Jászberényi Központi Orvosi Ügyelet a jelenlegi határok között látja el a szolgáltatást:

Ebben az esetben 1 csatlakozott települést szervezetileg Hatvan (Orvosi Ügyelet Kft, azaz az anyacég) vesz át formailag, így 40.000 fő alá kerül a térség, ezért munkanapokon 1 orvos és munkaszüneti napokon 1 orvos és 1 gyermekorvos végez ellátást.

Az ápoló helyett mentőtiszt kerül a rendelőbe, hiszen távoli ellátás esetén magasabb szaktudással rendelkező szakdolgozó biztonságosabb ellátást ad.

Az Önkormányzati kiegészítést a rendszerben most bennlévő Önkormányzatoknak ebben az esetben 45 Ft/főre szükséges emelni.

2. INTEGRÁCIÓVAL:

(Integráció: A meglévő jászberényi ügyeleti kapacitás nagyobb területre terjeszti ki a szolgáltatást. Azaz települések csatlakoznak Jászberény ellátási körzetéhez.)

- **Az ellátást 3 orvos (2 felnőtt orvos, 1 gyerekorvos) és 1 mentőegység biztosítaná.**
- **Az ügyelet központja Jászberény lenne, és plusz kiegészítő telephely lenne a most funkcionáló másik ügyeleti központ.**
- **Külön ügyeleti rendelés lehetne a kiegészítő telephelyen, hogy a betegek zömét „odaszoktassák”.**
- **1 fő orvos a kijáró ellátást biztosítaná.**
- **A sürgősségi, területi ellátást 1 mentőegység erősítené. Ez tenné lehetővé, hogy bárhol sürgős eset lenne, akkor akárhol van az orvos, az életmentő egység azonnal megkezdje az ellátást. Ez az egység a kiegészítő telephelyen kerülne elhelyezésre.**

Jelenlegi ismereteink szerint kiegészítő telephely Jánoshidán lehetne, hiszen a Jászapáti körzet nem csatlakozna az integratív folyamathoz.

Gyermekgyógyászati rendelés hétvégén és ünnepnapokon.

Ez a települések részére plusz anyagi tehervállalással gyermek-szakorvos által biztosított, szakszerű és biztonságos hétvégi gyermekellátást jelenti. A jászberényi ügyeletben hétvégén jelenleg is elérhető gyermekorvos, ahová rendszeresen fordulnak a környező ügyeleti területéről akut esetekben a szülők. Ez –az egyébként most is működő rendszer- nem

jogszabályi előírás, de már jelenleg is funkcionál, jól működik, és lakossági elvárás is ennek fenntartása. **Javasoljuk megtartani!**

Munkaszüneti napokon (hétvégén és ünnepnapokon) gyermekorvossal (jelenlegi rendszer szerint) lehet tehát kiegészíteni a térségi ellátást, mely főleg infekciós időszakban és hosszabb (több napos) ünnepek alatt jelentősen javítja az ellátás minőségét, és a lakosság komfort érzetét. Az orvos Jászberényben lát el szolgálatot.

Mentőtiszti gépkocsi:

A már említett mentőtiszti gépkocsi egy fő tiszttel és egy fő mentő szakdolgozóval esetkocsi szintű felszereléssel, gyakorlatilag egyenértékű ellátást tud biztosítani az OMSZ esetkocsi által nyújtott ellátással.

Ez az autó betegszállítást nem végez, mert ebben az esetben az OMSZ elvezényelhetné akár Budapestre is. Jogszabályi háttérrel, szakdolgozóként jelenleg is dolgozhat mentőtiszt a rendszerben. A tiszt elsősorban az akut, életmentő beavatkozásoknál, de az urgens /sürgősségi/ esetekben is magas szintű, adekvát ellátást tud nyújtani. Ezzel a területi ellátások egy részét át tudja vállalni.

Finanszírozási feltételek:

Ebben az esetben javaslatunk, hogy a jelenlegi települések kiegészítése a fent számított 45 Ft/fő maradjon, míg az újonnan belépőké a jelenlegiről 58-65 Ft/fő összegre csökkenjen (ez függ a csatlakozott települések számától, lakosság létszámától). A csatlakozó települések számára ez kb. 25-35% költségcsökkentés. Ugyanakkor a kiegészítő telephelyfenntartása, a távolságok és a mentőtiszti gépkocsi (esetkocsi felszereltség!) pluszköltségei miatt valamivel magasabb a hozzájárulás.

A fent vázolt rendszer mindkét verziója a középtávon stabil működést nyújt.

Budapest, 2015. szeptember 1.

Harsányi Katalin

ügyvezető

Régió Ügyeleti Központ Nonprofit Kft.