

Új pályára került a Péterfy Kórház

DR. SZEPESI ANDRÁS, BENE ZSOLT

Szép siker és eredmény, hogy a Péterfy utcai Kórház nemcsak befejezte az összevonását az Országos Baleseti Intézettel (OBSI), hanem elkezdett valóságos integrációban működni. Az OBSI-ban – amelynek új neve ezzel Baleseti Központ lett – 1984-ben volt az utolsó jelentős felújítás, a Péterfy pedig egyelőre csak reménykedhet, hogy egyszer rá is sor kerül. Dr. Budaházy Emil főigazgatót az integráció körülményeiről és a közös működtetés okozta kihívásokról faggattuk.

– Az OBSI egyre rosszabb állapotba került, most azonban olyan szintű fejlesztés érkezett, amely már 25 éve váratott magára.

– Új fejezet kezdődik a két nagyon erős szellemi munícióval rendelkező csapat egyesülésével. A kisebb traumatológiai egység a Péterfy volt, ahol húsz traumatológus szakember arra készült fel, hogy lehetőség szerint minden sérültet el tudjanak látni. A másik egység pedig a nagyhíru országos traumatológiai intézet. Érdekes kettősség továbbá, hogy az egyetemi tanszék ugyan a Péterfyben volt, ám az OBSI-ban is foglalkoztak oktatással. Tegyük hozzá, amíg a Haynal Imre Egyetem létezett, addig az OBSI is egyetemi tanszék volt. A Koltóiként is ismert intézmény mintegy száz orvosa specializálódott egyes betegségek megoldására, baleset-típusok következményeinek elhárítására – ez pedig a lehető legtökéletesebb gyógyításra enged következtetni.

– A két intézmény kétféle iskolát követ: a traumatológusok Manninger Jenő (OBSI) és Berentey György (Péterfy), az egykori nagy versengő páros nyomdokain jártak.

– A kicsit féltékeny, ugyanakkor szomszédvárként egymásra is utalt csapatok közül minden héten az egyik négy (OBSI), a másik három (Péterfy) napig volt felvételes. Az OBSI-ban lényegesen több volt a munkáltatottak száma, mint a Péterfy traumán, de az igazsághoz tartozik, hogy sokkal több feladat hárult rájuk a felvételes napjaikon: kézsebészeti, idegsebészeti,



Dr. Budaházy Emil

gyerektrauma specialitások stb. Március 21. óta – amióta ténylegesen együtt dolgoznak a korábban különálló csapatok – a kétféle szellemiség megtermékenyíti egymást: a más-más szakmai gondolkodásmódot követő, különböző elveket előtérbe helyező orvosok mostantól együttműködésre kényszerülnek. A közösséggé formálódás különböző fázisain mennek keresztül: eleinte eltűrik, majd megszokják egymást, majd kezdenek egymásról már jókat is mondani, figyelik a másikat és tanulnak tőle. Még a „nagyok” is elfogadják és becsülik a kollégájuk által követett metodikát. Az egyé válás felsorolt nyomai már felsejlenek, ennél fogva kialakulóban van egy még kiválóbb, erősebb és ütőképesebb gárda. Mindez a Baleseti Központ – ez lett az új elnevezése – és a Péterfy utcai Kórház számára új fejlődési pályát rajzol ki.

– A mai egészségügyi kultúrában borzasztó érdekes – és remélhetően hosszú távon sikeres – kísérlet két, ilyen markáns iskolát vegyíteni. Az élet már régóta, legalább 15 éve mutatja, hogy erre nagy szükség lenne.

– Jól látszik, hogy a teljesítményfinanszírozás 1993-as bevezetése óta az OBSI – a dominánsan monoton traumatológiai profillal, amelynek totális konziliáris igénye van szinte minden szakma irányában –, nehezen áll meg a saját lábán.

Nem véletlen, hogy a nyugat-európai országokban nagy kórházakon belül szokás elhelyezni a baleseti központokat. Kétségtelen, hogy Ausztriában máig él a Lorenz Böhlér Intézet modellje, és az OBSI-val is azt követték le, de ez úgy tűnik, nem felel meg sem a korszerű szakmaszervezésnek, sem a gazdasági racionalitásnak. Ez a történet most befejeződött az egyesüléssel.

– A Péterfy a főváros egyik legerősebb sokszakmós nagy kórháza, amely hosszasan bukdácsolt – főként korábbi menedzsment problémák miatt –, és ennek az intézménynek sem volt jövőképe.

– Amikor felkérték a Péterfy utcai Kórház reorganizálására, vagyis hogy hozzam rendbe gazdaságilag – ami tudjuk, hogy egyet jelent a szervezeti rendbehozással, mert nincs egymástól független szervezet és gazdaság –, akkor az intézmény ezzel az intézkedéssel egyúttal egy új lehetőséget is kapott. Amikor aztán ideérkezésemkor rendbe hoztuk munkatársaimmal a szervezetet, ésszerűsítettünk, a kórház egyszer csak elkezdett termelni. Az adósságkonszolidációban részt vett Péterfy esetében 2002–2003-ban kétféle döntés jöhetett szóba. Vagy bezárják, mert műszakilag rettenetes állapotban volt és hatalmas összegű adósságot halmozott fel. A másik kínáló lehetőség a talpra állítás, és a

későbbiekben valamely intézménnyel történő összevonás volt. Logikusnak az látszott, ha a háromszáz méterre lévő OBSI-val vonják össze, és nem a két kilométerre fekvő Uzsokival vagy a négy kilométerre lévő István Kórházzal.

– A belvárosban amúgy is nagy volt a kórház-sűrűség, hiszen akkor még a Szabolcs utcában hatalmas kapacitással működött az OGYK, és ott volt még – a Péterfy utcából szintén gyalog elérhető távolságban – a Rókus Kórház is.

– Budapesten, a belvárosban történelmileg sok kórház alakult ki. Egy biztosítási rendszerben nincs nyilvánvalóan ennyi aktív ellátásra szükség, mert nincs elegendő erőforrás ezeket jól fenntartani. A sors a kezünkre játszott, amikor Molnár Lajos 2007 elején, a lemondását megelőző negyedévben meghozta azt a törvényt, amelyben meghatározta a területi ellátási kötelezettségeket, különböző csoportokba sorolta a kórházakat, átszervezett és intézményeket záratott be. Ennek következtében a Péterfy utca közelében lévő egykori Orvostovábbképző Intézet, a BM Kórház és a Rókus Kórház kiszállt az aktív betegellátásból, két telephely – BM, OGYK – meg is szűnt. Ezzel a Péterfy szerepe felértékelődött a főváros belső területeinek ellátásában. Ugyanakkor a viszonylag közeli Állami Egészségügyi Központ és az Uzsoki utcai Kórház továbbra is konkurenciát jelent.

– A helyzetet az is nehezíti, hogy az utóbb említett intézményeknek teljesen új az infrastruktúrája, míg a Péterfy az elavulttal küzd.

– A Péterfy „belül” sokkal jobb – a szakemberek és a műszaki felszereltség szempontjából –, mint amit a külseje sugall.

– Beszéljünk egy kicsit a traumatológiai intézetről. A Baleseti Központ az ország legerősebb ilyen jellegű intézménye. Számos kórház küldi át a betegeit, mert a speciálisták itt tudják ellátni többek között a me-

dencetöréseket, arc-állcsontsérülteket és a bonyolultabb mellkasi ügyeket stb.

– A volt OBSI elveszített mintegy havi ötszáz súlyszámot azzal, hogy elvették az ellátási területét. Azonban hiába veszik el egy országos híru intézménytől a területet, attól a betegek még nagy számban áramlanak ide. Ennek a fő oka talán nem is a nagy méret vagy az országos hírnév, sokkal inkább a sürgősségi jelleg. Rengeteg beteg kifejezetten a Fiumei útra igyekszik kerülni. Átnéztem a kórlapokat, és megállapítottam, hogy még a súlyponti kórházak is kérik átvételre a betegeiket, mert nem tudják ellátni őket szakmailag vagy műszeresen. Miközben a legnagyobb cash-flow-t hozó terület a baleseti ellátás nettó veszteséges. A két kórház külön-külön nem volt súlyponti besorolású, se a Péterfy, se az OBSI. Még ma sem értem: a háromszáz ágyas, traumaellátást végző intézmény miért nem súlyponti?

– Ez az egészségügyi szervezés súlyos kritikája.

– A másik probléma, hogy a traumatológiában – ez szintén érinti mindkét kórházat, és így a gond hatványozódik – a HBCS-karbantartás nem történt meg addig a mértékig, hogy a sérültellátás beavatkozások minimálisan költségfedezők legyenek. Mikola István minisztersége idején, 2001-ben a traumatológusok éhséglázadást szerveztek, ennek hatására történt korrekció, de ez napjainkra már elkopott. Pedig akkor néhány évig pozitív volt a szaldó, és az OBSI is jobban „muzsikált”, de ez már a múlté. Amennyiben nem szeretnénk, hogy a sérültellátás Magyarországon – a periférián csendesebben, a nagy intézetekben pedig „zenés körülmények között” – nagyon nagy bajba kerüljön, akkor korrigálni kell a költségoldalát. Ezen a területen szükséges lenne alkalmazni a – németeknél ismert – költségfedező elvet.

– Milyen tipikusan veszteséges ellátásokat működtetnek?

– Három különleges ellátásunk is van, ami csak nyeli a pénzt, és nem hozza. Itt található az ország egyetlen önállóan szervezett, ápolási egységben működő szeptikus csontsebészeti osztálya – hangsúlyozom, osztály, nemcsak részleg vagy ellátás, mert az másutt is van. Itt működik az egyetlen kézsebészeti osztály a fővárosban, ehhez hasonló még Kecskeméten, Győrött és Nyíregyházán van. Ilyen nagy, specializált neurotraumatológia, amely a koponya mellett a gerincsérülésekkel is foglalkozik, nem biztos, hogy van még egy. Ezeknek közös a problémájuk. A fejlett országokban, ott ahol eset-átlányokkal finanszíroznak, a sürgősségi ellátásokban megjelenik egy külön fogalom, és ez a rendelkezésre állás. A sürgősségi ellátásban kialakult hierarchia szerint – a mentők statisztikáját figyelembe véve – 40% a traumatológiai, 26% a kardiovaszkuláris, 16% a gyermek-sürgősségi eset, 10% a nőgyógyászati, a többi pedig egyéb eset. A traumatológiában szezonális és az időjárással összefüggő óriási ingadozások vannak, ezért sohasem lehet pontosan tudni, mekkora személyzetet – ügyeletek, készenlétisek, konziliáriusok – kell optimálisan rendelkezésre bocsátani ahhoz, hogy a rendszer biztonságosan működjön. Könnyen előfordul, hogy mondjuk az útburkolat – a megjósolttal ellentétben – nem csúszós, ezért nem érkezik be annyi beteg, aki a teljesítmény-elszámolásos finanszírozási rendszerben a személyzet bérét fedezné. Ezért a külföldi gyakorlat azt mutatja – főleg, ahol van balesetbiztosítás –, hogy erre a finanszírozott területre beállítanak egy finom korrekciót.

– Van erre egy jó hasonlat: ha a tűzoltókat a tüzesetek száma szerint fizetnék, akkor a város mindig leégné, mert soha nem lenne elegendő kapacitás, amely a készenléthez szükséges. Amikor már ég valamelyik városrész, akkor már nem lehet összeszedni elegendő számú, azonnal bevethető tűzoltót szabadságról meg vidékről.

– Ugyanez a helyzet, amikor bejön egy időjárás front vagy egy csúszós nap, és a mentő „önti” a sérülteket, akkor már nem lehet „real time” összeszedni annyi kapacitást, amennyi feltétlen szükséges. Mivel ezt a felelősséget nem lehet vállalni, ezért a kapacitás mindig egy picit nagyobb – sőt, néha jelentősen nagyobb –, mint az átlagos napi forgalom. Mi több, átlagos nap szinte sosincs, mert vagy átlagon felüli vagy átlagon aluli napok váltakoznak. Ellentétben a várólistás szakmákkal, ahol be lehet tervezni a műtő kapacitását 90%-ra, és a legtöbb szakma fekvőbeteg-kapacitását 90–100% közé. Itt viszont nem tudom

PÁLYAKÉP

Dr. Budaházy Emil 1948-ban született Debrecenben. A város orvosgyetemén 1974-ben szerzett diplomát. Szakvizsgái: általános orvostan (1984), társadalom-orvostan (1987). Volt körzeti orvos, intézeti igazgató, megyei főorvos, városi tiszti főorvos. Két alkalommal kolóniaorvosként dolgozott Mongóliában (1978–81, 1989–90). 1995-től az Euromedic Trading Kft. orvosigazgatója volt, 1999-től 2002-ig pedig a Flór Ferenc Kórházat igazgatta. Előbb megbízott, majd 2003 szeptemberétől kinevezett főigazgató főorvosa a Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézetnek. A Magyar Kórházszövetség elnökségi tagja. Az orvostudományok kandidátusa, akinek munkásságát 1998-ban Baththyány-Strattmann-díjjal, 2006-ban Semmelweis-díjjal ismerték el.

pontosan „belőni”, örülök, ha 80%-on megyek, de az egész ország inkább csak 75%-kal megy, amelyhez ugyanannyi nővér kell, és az ügyeletbe annyi orvos, amennyire szükség van. Az összevonással óriási terhet vettünk a nyakunkba, mert ezzel multiplikálódik ez a probléma.

– Erre hosszú távon csak a HBCS-korrekciónak és egy, a rendelkezésre állásról szóló jogszabály adhat gyógyírt.

– A Péterfy és a Baleseti Központ az integráció előkészítése miatt nem vállalt pluszfeladatokat, egyetlen kivétellel: a traumatológiai szakmában zömében mi vállaltuk, hogy a ráfordítás-vizsgálat részére adatokat gyűjtünk. Reménykedünk az igazságos korrekcióban, bár a vizsgálat eredménye későbbre várható, és addig akár tönkre is mehetünk.

– A tervezett műtétek valamennyire javíthatnak az OBSI gazdálkodásán.

– Az összevonás óta a Baleseti Központ 12 műtőjéből egyelőre csak hatot tudunk használni, hiszen az építkezés még nem fejeződött be. A hat műtőben nem nagyon lehet elektív műtéteket végezni, ami a bevétel szempontjából előnyös volna, mert áramlanak be az akut ellátást igénylő sérültek.

– Hogyan osztják meg az ügyeleti feladatokat a folyamatos ellátás érdekében?

– A feladatmegosztás a következő elv szerint működik. Nyolc mozgásszervi osztályt képeztünk, amely négy párost alkot. Hétfőn az első páros egyik tagja nappali műszakot visz, a páros másik tagja pedig éjszakás. Kedden ugyanígy dolgozik a második pár, szerdán a harmadik, csütörtökön értelemszerűen a negyedik. Az ötödik napon, pénteken, aki az első párból nappalos volt, most éjszakás lesz, és fordítva. Aki az első nap leadta a műszakot, a második napon elektív beavatkozást végez, a harmadik napon kontrollos lesz, a negyedik napon pihenhet, mert szabadnapos. Egyébként ez a már említett Böhler Intézet szisztémája.

– Egy sürgős ellátásra szakosodott intézmény kiváló képalkotó diagnosztikai részleg feltételez.

– A radiológia ez ideig óriási veszteséggel működött, mert a CT már 13 éves volt – az OEP pedig nem finanszíroz tíz évnél idősebb gépet. Ugyanakkor az OBSI részt vett a fővárosi CT-ügyeletben, áramlottak a betegek, ám a vizsgálatokat nem lehetett elszámolni. (Budapesten nemcsak a kórházak vannak beosztva az ügyeleti rendszerbe, hanem az egyes képalkotó di-

agnosztika központok is.) Ezen a gondon – a Nemzetközi Egészségügyi Központtal (NEK, IMC) kötött szerződéssel – most már sikerült túllépnünk. Az idegsebészetben a CT és az MR minimumfeltétel. Ma már MR nélkül komoly kardiológiát, vaszkuláris ellátást nem szabad végezni, de az MR gerinc és agy vizsgálatához is nélkülözhetetlen. A röntgengépek matuzsálemi korban voltak, az intézmény 1984-es átadása óta üzemeltek. A maga korában modernnek mondható traumatológiai intézetben a röntgendiagnosztikát döntően Medior berendezésekkel szerelték fel, egy kivétel volt: ez idáig egy Siemens angioszkóp digitális érvizsgáló berendezés egészítette ki a diagnosztikát. 1984-ben még nem volt CT, az első ilyen készülék 1991-ben került ide, mégpedig az akkori legkisebb méretű Siemens Somatom CT. Öt-hat évvel később érkezett egy modernebb – bár nem a csúcstechnológiát képviselő – Siemens gép. Tulajdonképpen ez a CT-készülék működött egészen eddig.

– Milyen kritériumokat támasztottak a NEK gépbeszerzéseit illetően?

– A NEK számára mi csak a képalkotó diagnosztikai berendezések paramétereit határoztuk meg (például hány szeletes legyen a CT, hány Teslák legyen az MR stb.), a készülékeket ők választották ki. A Siemens termékeit szállították, mert ezekkel nagyon meg vannak elégedve. Az MR 1,5 Teslák, a legmodernebb szériából való. A CT 16 szeletes, modern és nagyon strapabíró.

– A felújítási munkálatok másik elengedhetetlenül fontos része a műtők korszerűsítése.

– Jelenleg öt műtő teljes, hétnek pedig részleges felújítása van folyamatban. A műtő lelke a műtőasztal. Saját Péterfys tapasztalataink alapján a műtőasztalokat és a műtőbútorokat a Wochna Medical Kft. szállította, amely árban és minőségben egyaránt megfelelt elvárásainknak. A műtők egyébként három csoportot alkotnak, és azért egyformák, hogy csereszabatosak legyenek, azaz bármikor, bármelyikben, bármilyen beavatkozást el lehessen végezni. A mélyföldszinten öt sürgősségi műtő található, a többi pedig a programozott műtétekre szolgál, ezeket kizárólag tömegbalesetek esetén nyitják meg. További két szepsztikus műtőben pedig a külön kúbatúrába tartozó, a tömbben a többtől elkülönített osztály a gennyes sebeket, a csontfertőzéseket látja el, amely nagyon nehéz orvosi probléma. Az ország számos kórházából küldenek ide betegeket, mert helyben nem tudják megoldani. Ne felejtjük el, hogy

az egyetlen folyamatosan működő budapesti járóbeteg-szakrendelés is a Baleseti Központban van.

– A traumatológiai intézetben rendkívül nagy a műtőigény.

– A műtőkben jobb volt a helyzet az orvostechnikai felszereltséget illetően, a kiegészítő Medior generátorral és Siemens képalkotóval működött. Ezeket valószínűleg korábban már lecserélték, de most telepítettünk újakat is. A Péterfyben már öt éve megvalósult a digitalizálás, a Baleseti Központban pedig még csak most kezdődik. A NEK a Péterfy képalkotó diagnosztikai berendezéseit – a nyolcvevű CT-t, a ragyogó DSA-készüléket, a mammográfot és az UH-készülékeket – is átvette, mert így a közös üzemeltetésből további előnyök származnak. A NEK a Péterfybe új, 64 szeletes CT-t és egy SPECT-CT-t helyez üzembe.

– Hogyan változik az infrastruktúra az összevonást követően?

– A kardiológiai és az urológiai osztályok az alsóerdősori telephelyről átköltöznek a Péterfy utcába, a traumatológia helyére. Hamarosan kiürítjük és leadjuk a Csengeri utcai telephelyet, mert az ottani 93 krónikus ágy beköltözik az Alsóerdősorra, a kardiológia és az urológia helyére. Ezzel végre minden műtétes szakma egy telephelyre kerül. Az Alsóerdősoron – ahol egyébként több az ágy, mint a Péterfy utcai tömbben – marad még aktív szakma: a toxikológia, a szájágyas C-belgyógyászat és a pszichiátria.

– A mostani történet arról szól, hogy a volt OBSI jelentős rekonstrukciós fejlődési lehetőséget kapott. Amennyiben a fővárosi egészségügyi rendszerben létezik logika, akkor a Péterfy Kórháznak is kellene kapni fejlesztési forrást, amely felhozza XXI. századi szintre.

– Jogilag és gazdaságilag egy intézmény lettünk az OBSI-val – tulajdonképpen egy nívós, szakmailag színvonalas telephellyel gazdagodtunk –, ezt valóban a Péterfy infrastrukturális fejlesztésének kellene követnie. Erre pillanatnyilag nem látok nagy lehetőséget sem központilag, sem a tulajdonosunk által. Jelenleg más kórházak fejlesztése van napirenden. Ugyanakkor elismerve tulajdonosunk aktivitását, az egészségügyi bizottság és minden politikai erő kórházunk irányában megnyilvánuló jóindulatát, bizalmát, és bizonyos értelemben türelmét, amellyel megértik gondjainkat, reményeim vannak, hogy a Péterfy utcai Kórház is sorra kerül abban a rekonstrukciós lépéssorban, amiből most a Baleseti Központ részesült.