

# **Az Országos Mentőszolgálat átalakítása**

## **Szakmai program**

*Dr. Kunetz Zsombor*

# Tartalom

Bevezetés.....	3
A jelen.....	5
Azonnali intézkedések.....	8
Az OMSZ gazdálkodásának azonnali felülvizsgálata .....	8
A mentésirányítás azonnali átszervezése.....	9
A kivonuló állomány motiválása.....	11
Kiválasztás, toborzás .....	12
Rendezvénybiztosítás, külföldi betegszállítás .....	12
Rövidtávú intézkedések.....	14
Betegút optimalizálás és mentőállomás struktúra, futásteljesítmény csökkentés.....	14
Képzés, továbbképzés .....	15
Emberi erőforrás menedzsment .....	16
Mentés irányítás.....	17
Informatika .....	17
Minőségbiztosítás.....	18
Középtávú intézkedések.....	19
Az Országos Mentőszolgálat struktúrájának átszervezése.....	19
Összefoglalás.....	22

# Bevezetés

---

Az Országos Mentőszolgálat 2008-ban ünnepelte 60 éves születésnapját, időszerű struktúráját, a magyarországi mentés szervezését felülvizsgálni.

**A tanulmány célja, hogy segítséget nyújtson az elengedhetetlen átalakításhoz, lehetőségeket vázoljon fel a további fejlődéshez, és a betegellátás színvonalát ismét Európa élvonalába emelje.**

Az Országos Mentőszolgálat modernizálása elengedhetetlen, e nélkül nem képzelhető el a 90% feletti 15 percen belüli kiérkezés, a minőségi betegellátás. A kiérkezésen kívül hatalmas jelentősége van a magas időfaktorú betegségek, vagy sérülések tekintetében a definitív ellátó helyre való érkezésnek is. A szakmán belül régóta ismert fogalom az „aranyóra”. Ismert tény, hogy amennyiben a baleset bekövetkeztétől számított egy órán belül a sérült a végleges ellátó helyre kerül, a további életkilátásai az átlagoshoz képest nagyságrenddel megnőnek, ezt az időintervallumot szimbolizálja ez a kifejezés.

A mentést nem lehet külön kezelni a sürgősségi ellátó rendszertől, ezért alapvetően fontos, hogy a prehospitalis ellátást minél közelebb vigyük a kórházi ellátáshoz, azaz a beteg az ellátása során folyamatos és egymást kiegészítő szemléletek és protokollok összhangjaként kaphassa meg a legjobb kezelést. Sajnos, ez jelenleg nem adott, így a prehospitalis és hospitalis terápiák gyakran nem egymás kiegészítő, komplementerei.

**A tanulmány azonnali (1 év), rövid távú (1-3 év) és középtávú (3 évtől) teendőket, javaslatokat fogalmaz meg.**

Az azonnali intézkedések, olyan jellegűek, amelyeket gyorsan meg lehet tenni, észlelhető szolgáltatás-javulást okoznak, és nem borítják fel az Országos Mentőszolgálat költségvetését. Feltérképezi a gazdálkodási hiányosságokat, és hibákat valamint javaslatot tesz ezek kijavítására.

A rövid távú intézkedéseknek már jelentősebb költségvonzata van, ennek fedezete az az uniós forrás, amit az Országos Mentőszolgálat a TIOP-pályázattal kaphat. Ezen teendők jelentékeny hosszú távú hatással is bírnak és megalapozzák a középtávú programot is. A rövid távú intézkedések segítségével elérhetővé válik az erőforrások hatékonyabb felhasználása.

Végül, a középtávú teendők természetesen olyan javaslatokat tartalmaznak, melyek megvalósításához több időre van szükség, több intézményt is érintenek, a jelenlegi struktúrát teljesen átszervezik, azonban az Országos Mentőszolgálat hosszú távú fejlődését és az igen magas fokú betegellátás biztosítják.

## A jövő

Meg kell kezdeni az OMSZ informatikai rendszerének kifejlesztését. Ennek tartalmazni kell a vállalat-irányítási rendszert teljes dokumentumkezeléssel és ki kell fejleszteni a beteglapok, esetlapok adatainak kezelését biztosító informatikai rendszert. Meg kell oldani a két rendszer működéséhez szükséges adatcseréjét, ugyanakkor biztosítani kell a betegek személyes adatainak védelmét.

Ki kell dolgozni a betegellátás teljes minőségbiztosítási rendszerét.

A jelenlegi régiós szemléletű betegút szervezést fel kell váltani egy a lakosság számát és úthálózatot figyelembe vevő kör alakú lefedettség alapján történő betegút szervezésnek.

A mentés irányítás területén égető szükség van egy jól működő dispatch rendszerre. Ez a rendszer a térinformatikai támogatáson kívül komoly kockázat elemzésre képes és döntéstámogatási funkcióval bír, a kikérdezési protokoll által szerzett információk alapján javaslatot tesz arra, hogy kell-e, milyen szintű és mennyi mentőegység a kárhelyre, megmutatja, hogy melyek a legközelebbi mentőegységek és ezen egységek riasztását a rendszer el is végzi.

A mentőállomások tekintetében is bevetési körben kell gondolkodni, azaz a mentőállomásnak a kör középpontján kell lennie a kör sugara, pedig a 15 percen belüli kiérkezést biztosítja, figyelembe véve a lakosság számát és az úthálózatot.

Át kell szervezni a mentő egységeket, és olyan mentő egységeket kell kialakítani, amelyek a mai feladatokhoz jobban illeszkednek.

Oktatási központokat kell felállítani, ahol minden dolgozónak kötelező továbbképzésen kell részt vennie. A képzések kiegészítéseként rotációs rendszerben minden főállású orvos havi szolgáltatásának egy részét a sürgősségi osztályon töltene, az ott dolgozó orvosok, pedig ugyan ilyen rendszerben kivonuló szolgálatot teljesítenének. Ezzel az intézkedéssel a prehospitalis és hospitalis szemléletmód jelentősen közeledne egymáshoz.

## Finanszírozás

A fenti feladatok finanszírozásának egy része megoldható a belső tartalékok feltárásával és pénzeszközök átcsoportosításával.

Az informatikai és minőségbiztosítási rendszer finanszírozható a T.I.O.P. támogatásból befolyó pénz egy részéből. Valószínűleg lesznek olyan feladatok, amelyek nem valósíthatóak meg pályázati pénzekből, így arra a költségvetésnek kell fedezetet biztosítania.

## A jelen

Az Országos Mentőszolgálat (a továbbiakban OMSZ) átalakítása, nem képzelhető el kultúrája, a közelmúltbeli történelmének és statisztikai adatainak ismerete nélkül.

A szervezetet 1948-ban alapították, története azonban sokkal korábban kezdődött, hiszen Európában másodikként hazánkban hozták létre a szervezett mentési tevékenységet végző Budapesti Önkéntes Mentő Egyletet (BÖME).

Az Országos Mentőszolgálat eddigi működése során számos újítással előzte meg a korát, vált úttörővé és követendő példává Európában, és az egész világon.

Néhány példa a teljesség igénye nélkül:

- Magyarországon először állítottak rohamkocsit szolgálatba (1954).
- A légmentés korai szervezése, már 1941-ben, majd 1957-ben (Egészségügyi és Mezőgazdasági Repülőcsoport).
- Dr. Gábor Aurél nevéhez fűződik az oxyológia fogalmának megalkotása, sőt maga az elnevezés is.
- A Mentő Kórház, a maga idejében a sürgősségi osztályoknak az előfutára volt, korát lényegesen megelőzve.

A fenti néhány példa is azt bizonyítja, hogy van mire büszkének lennünk a múltban, nem is olyan rég még mi írtuk a mentés történetét. Sajnos, fennállása alatt hasonló mélypontra talán még sohasem volt a szolgálat, sem szakmai, sem erkölcsi értelemben.

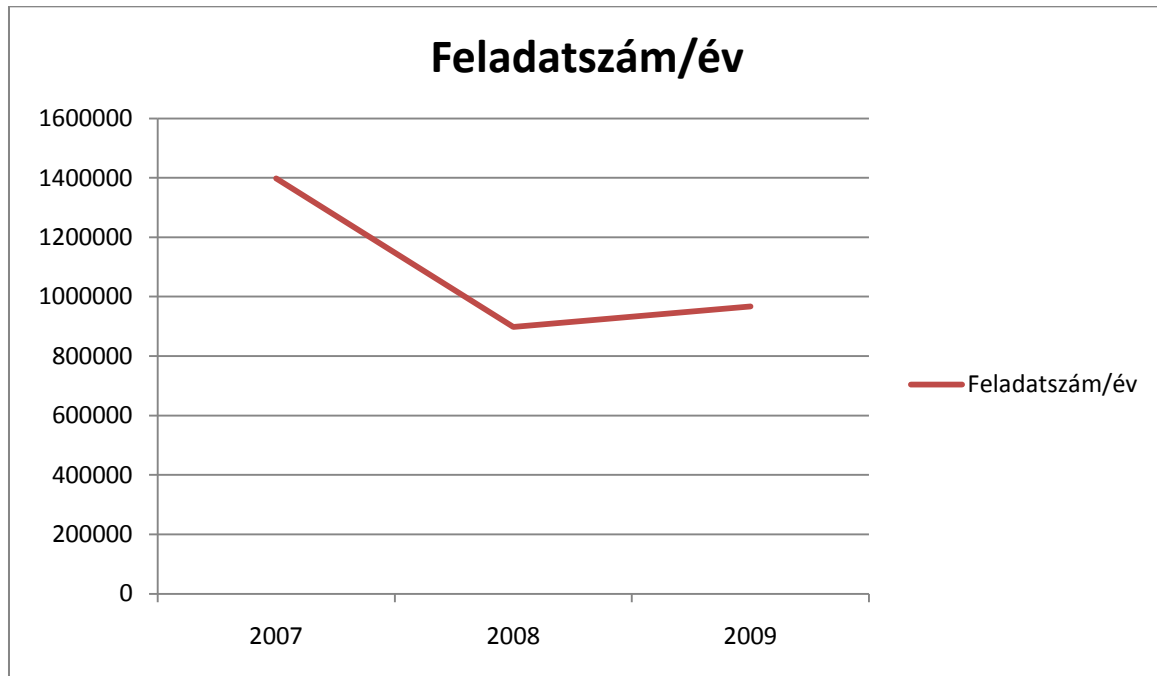
Napjainkban az alábbi mentőegységekkel találkozhatunk:

- Mentőgépkocsi: nem szakképzett mentőápoló és egy gépkocsivezető teljesít rajta szolgálatot.
- Kiemelt mentőgépkocsi: szakképzett mentőápolóból és egy gépkocsivezetőből álló egység.
- Esetkocsi: Orvosból, vagy mentőtisztból, mentőápolóból, gépkocsivezetőből álló egység.
- Rohamkocsi: Szakorvosból, mentő szakápolóból, gépkocsivezetőből álló egység.
- Mentő Orvosos Kocsi (MOK): Szakorvosból és gépkocsivezetőből álló egység.

A fentiekén kívül létezik még mentőmotor, mentőrobogó, helikopter, gyermek rohamkocsi, gyermek MOK, Mobil Intensive Care Unit (MICU) és tömeges baleseti egység is.

A beérkező segélykéréseket az ország 26 pontján lévő irányító csoportjában fogadják és dolgozzák fel, illetve ezek irányítják a helyszínre a megfelelő mentőegységet.

2007-ben 224 mentőállomásról 773 futó mentő gépkocsi teljesített szolgálatot (a mentő gépkocsik összes száma 915). 2008-ban már 228 mentőállomásról indulhattak a mentőautók, a futó kocsik száma ekkor 770 db volt (a mentő gépkocsik összes száma 909). A főbb adatok lényegesen 2009-ben sem változtak, az EÜM honlapján fellelhető átadás-átvétel dokumentáció alapján.

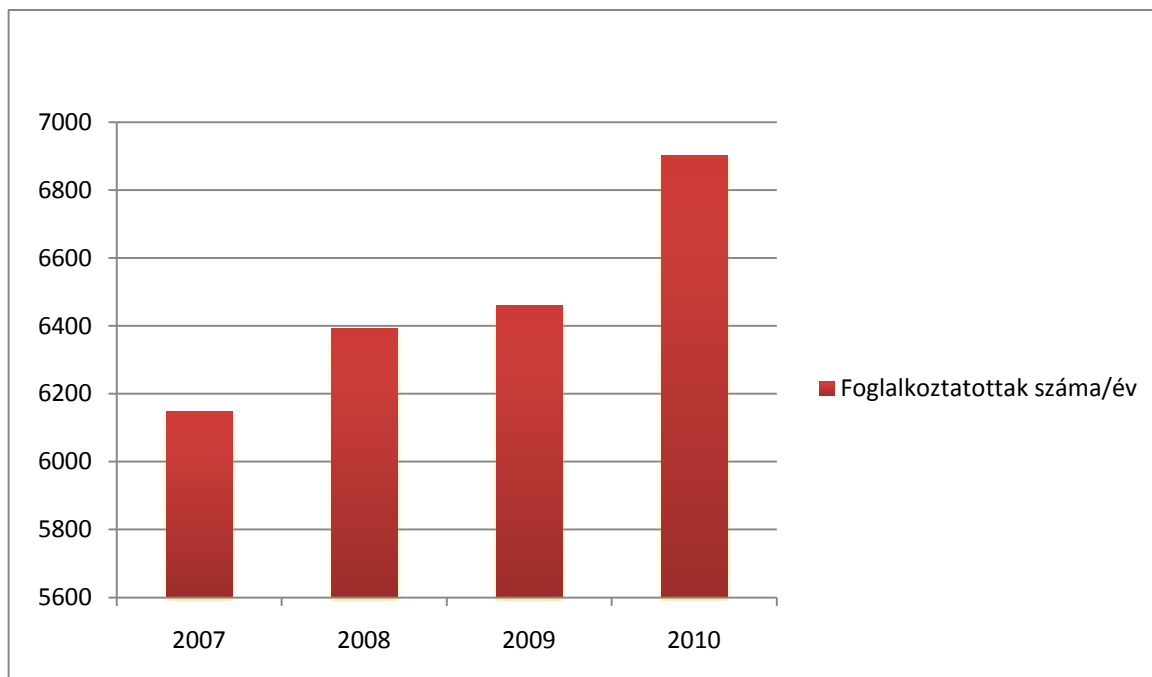


**Forrás KSH**

Az Országos Mentőszolgálat 2007-ben összesen 1 398 203 feladatot látott el (a betegszállítással együtt), míg 2009-ben több mint 30%-kal kevesebbet, összesen 967 196 feladatot. **Mindeközben az OMSZ finanszírozása 3%-kal csökkent**, 2007-ben 23 564,3 millió HUF, 2008-ban 22 628,9 millió HUF, 2009-ben 22 865,9 millió HUF (forrás OEP: statisztikai zsebkönyv).

2008-ban az akkori egészségügyi vezetés úgy döntött, hogy az OMSZ-nél profiltisztítást hajt végre, a szakfelügyeletet nem igénylő betegszállítást leválasztja a mentésről. Ennek célja nem elsősorban fiskális megfontolás volt – amint a fenti számokból is kitűnik –, hanem a hatékonyság és a 15 percen belüli kérésre érkezések fokozása, illetve elősegítése volt.

**Fontos tény, hogy az OMSZ feladatainak közel 1/3-t elvonták, gyakorlatilag változatlan költségvetés mellett. 2009-ben a foglalkoztatottak létszáma 12%-os növekedést mutatott a 2007 évihez képest! Az Országos Mentőszolgálat éves költségvetésének 65-70%-t teszi ki a bérköltség.**



Forrás KSH

Az így megmaradt többlet finanszírozás sem vezetett egy modern mentőszolgálat létrehozásához, fejlesztésre, beruházásra, vagy képzésre, nem csoportosítottak át eszközöket, ugyanakkor további, költségvetésen felüli pénzek folyósítására került sor szinte minden évben.

**Érdekes adat továbbá, hogy a futó kocsi park arányában a napi egy kocsira eső feladatszám azt mutatja, hogy 24 óra alatt egy mentőgépkocsi mindössze átlagosan 3,4 feladatot teljesít!**

Jelenleg, az Országos Mentőszolgálat a James Reason szerinti szervezeti struktúrában patológiás szervezatként funkcionál (Reason megkülönböztet fejlesztő, bürokratikus és patológiás szervezetet). Ugyanis magán hordozza mindezen szervezet jellemzőit, azaz a menedzsment a felmerülő problémákról nem vesz tudomást, az akciót legtöbbször nem követi reakció. (Reason, 1997) Azon egyéneket, akik felhívják a figyelmet a felmerülő problémákra (whistleblower), eltávolítják, a vezetők felelősséget sem egyéni-, sem szervezeti szinten nem vállalnak, az újdonságokra nincs kereslet, hiszen ezek leginkább csak gondot és munkát jelentenek.

# Azonnali intézkedések

---

## Az OMSZ gazdálkodásának azonnali felülvizsgálata

Elengedhetetlen és azonnali feladat, hiszen, mint fent láttuk, több mint 30%-os feladat elvonás után, szinte változatlan finanszírozás mellett az ellátás színvonala jottányit sem javult.

Csak néhány példa, amely reményt ad arra, hogy a gazdálkodásban találhatóak olyan pontok, ahonnan valószínűsíthetően anyagi erőforrások csoportosíthatók át más területekre:

- OMSZ Mentés Irányítás Rendszer Programiroda működéseinek költség támogatása az EüM által 32.487.000 Ft. (EüM honlap)
- 2010 áprilisában az EüM szerződött az OMSZ-szel a 6. Tömeges Baleseti Egység (TBE) kialakításának támogatására 21.960.000 Ft összegben (a teljes költség 24.500.000 Ft lenne).  
A TBE egy utánfutóból álló egység, amin mentés technikai felszerelést van. A mai napig ezen egységek tényleges használatára még nem került sor (természetesen egy csillagháborús támadás során esetleg lenne némi értelme a TBE-k fenntartásának). Ráadásul, minden légimentő bázisra telepítettek tömeges balesetek ellátásához plusz felszerelést, amit ilyen esetekben a helikopter a helyszínre szállít, ennek fényében a 6 TBE létjogosultsága abszolút megkérdőjelezhető. Összehasonlításképpen ebből az összegből három komplett mentőmotor kiállítható lenne, védőruházatokkal együtt.
- A Kass és Társa Háziorvosi BT. 2008-ban összesen 14.000.000 Ft-t kapott ügyeleti díjként elszámolva, hasonlóan a RENDEL-MED Bt-hez, aki ugyanezen a címen ugyanebben az évben 17.000.000 forintot kapott, szerződésük határozatlan időre szól. A kérdés az, hogy az OMSZ miért foglalkoztat alvállalkozókat ügyeleti tevékenységre, amikor minden személyi és tárgyi feltétele adott ahhoz, hogy ezt a feladatot önállóan ellássa. Ráadásul, a két cég tulajdonosi köre azonos lehet, hiszen az egyikben Kass Ferenc a tulajdonos, a másikban Kass Ferencné. (Adatok az OMSZ honlapjáról letölthetők)
- A TIVA MED Eü. Keresk. és Szolg. Kft. 2008-ban összesen 15.760.000 Ft-t számlázott az OMSZ-nak, aki ki is fizette elektróda jogcímen. A Kft. tulajdonosa és egyben ügyvezető igazgatója főállású OMSZ alkalmazott. (Az adatok az OMSZ honlapjáról letölthetők)
- 2010-ben a motoros mentésnek adományozott mentőmotorok tulajdoni joga nem az Országos Mentőszolgálatnál, vagy annak az alapítványánál van, hanem egy magán-alapítvány birtokolja ezen eszközöket úgy, hogy az OMSZ az üzemeltető.



## Azonnali teendők

- Teljeskörű gazdasági és jogi átvilágítás annak érdekében, hogy feltárhatók legyenek a szabályzatokkal nem lefedett tevékenységek és fel lehessen tárni a gazdálkodás azon pontjait, ahonnan anyagi eszközöket lehet átcsoportosítani a szervezet átalakításához. Ahol lehetséges és nincs még kialakított normatíva rendszer, azt is ki kell alakítani.
- A hiányzó szabályzatokat azonnal pótolni kell.
- A beszerzés optimalizálása (példa: az OMSZ nagyságrendekkel nagyobb mennyiségű egészségügyi fogyóeszközt drágábban vásárol, mint a méretében jóval kisebb Magyar Légimentő Nonprofit Kft).
- Az aránytalan szerződések és javadalmazások felülvizsgálata, és jogi lépések kezdeményezése.
- A gazdálkodás racionalizálásával elért megtakarítást a rendszer fejlesztésére kell visszafordítani.

## A mentésirányítás azonnali átszervezése

Az Országos Mentőszolgálat jelenleg országszerte 26 irányító csoporttal látja el feladatát. Az irányító csoportok fogadják a hívásokat, döntenek a beérkező hívások alapján, arról, hogy milyen szintű mentőegységet küldjenek a helyszínre, monitorozzák az egységek mozgását, és szükség esetén további segítséget adnak a feladat ellátásához. Feladatuk a korrekt betegellátáshoz komplex és nélkülözhetetlen.

### A problémák

A 26 irányító csoportban döntő többségben mentőápolók töltik be a mentésvezetői pozíciót, az úgynevezett felírók (akik a bejövő hívást kezelik), sokszor még mentőápolói végzettséggel sem rendelkeznek, ők gyakran az egészségügyi szak- vagy szakközépiskolából egyenesen ide kerülnek, minden fajta további képzés nélkül. Bevett gyakorlat, hogy a mentésre alkalmatlanná vált (nem csak fizikai alkalmatlanság, hanem szakmai is) dolgozók szociális foglalkoztatója az irányító csoport. A mentésvezetők döntéseiket gyakran ad-hoc szabályok szerint hozzák meg. Nincsenek teljes leírt útmutatók a feladatok ellátásához, ami van, az gyakran alkalmatlan a korrekt szakmai munkára, és sok helyen ellentmondásos. Így fordulhat elő az olyan abszurd helyzet, hogy a mentésvezetőt felelősségre vonhatják egy konkrét eset kapcsán azért is, mert küldött egységet a kórhelyre és azért is, mert nem. Ezért még a legjobb képzettségű és legmotiváltabb dolgozó is hamar fásulttá, kiégetté válik. A döntések empirikus úton születnek, nem előzi meg a döntést kockázat elemzés sem.

Azonban nem csak a jogkörök nem tisztázottak, hanem a felelősségkörök sem, az elmúlt években a legtöbb irányítási hibának nem volt felelőse, vagy a fegyelmi tárgyalást a szabályzók kuszasága miatt nem lehetett lefolytatni.

Ahogy a szabályozás hiányossága, úgy a képzetlenség is sújtja ezt a szektort. A korszerű térinformatikai rendszereket, a jármű nyomkövető rendszereket a dolgozók megfelelő képzés híján

még mindig nem tudják kielégítően kezelni, így nehézséget okoz egy-egy jármű megtalálása a monitoron, ami a segítségére siető másik egység késlekedését okozza, végső soron a betegellátást veszélyezteti. (Valószínűleg, egy nagyobb helpdesk office-ban dolgozó munkatárs komolyabb és tartalmasabb képzést kap, mint az ide tévedő dolgozó.)

**Néhány kirívó irányítási hiba a közelmúltból, amit a sajtó is bemutatott** (és ez csak a jéghegy csúcsa):

- Kolonics-ügy. Felelős nincs.
- Vértesboglár- a helikopter küldésének elmulasztása a hóval körülvárt faluba. Felelős nincs.
- Varga Zoltán halála. Felelős nincs.

A fentiekből jól látszik, hogy az ezen a területen dolgozó munkatárs, amennyiben nem kellően képzett, vagy nem ismeri a saját szervezetét, illetve nem egységes és letisztult szabályzók szerint dolgozik, az komolyan veszélyezteti a betegellátást.

#### **Azonnali teendők**

- A mentésirányítás hiányzó szakmai útmutatóinak azonnali elkészítése, a kapcsolódó szabályzatok elkészítése, amely kiterjed a jogkörökre és a felelősségvállalásra is.
- Egy jól felépített képzés megszervezése addig, amíg a középtávú tervben szereplő dispatch rendszer bevezetésre nem kerül.  
A képzés után vizsgán kell a dolgozóknak megfelelni, amennyiben ez nem sikerül, egy hosszabb továbbképzésre kell kötelezni és ha ezt a továbbképzést sem abszolválja, akkor meg kell válni az alkalmazottól.
- Kommunikációs tréning bevezetése.
- Kötelező pihenőidő kialakítása a munkaidő alatt, azaz meghatározott időnként az itt dolgozóknak fél-egy óra pihenőidőt előírni, hogy az addig felgyülemlett feszültséget levezethessék, feldolgozhassák.
- Irányítási hiba esetén a hiba rendszer szintű feltárása, a hiba keletkezésével, kezelésével kapcsolatos adatok, események beépítése a képzési rendszerbe, gondatlanság esetén felelősségre vonás.
- Természetesen vonzóvá is kell tenni ezt a munkakört, ezt egyrészt a kiemelt bérezéssel, másrészt a munkakörülmények megváltoztatásával lehet elérni.

## A kivonuló állomány motiválása

A mentő munka legszebb, legizgalmasabb és egyben a legnehezebb része az, amit a kivonulók végeznek, sokan ezért az izgalomért választják ezt a hivatást. Jelenleg az állomány fásult, motiválatlan, ez következik egyrészt a képzetlenségükből (megdöbbentő tény, hogy a gépkocsivezetők több mint ötven százalékának nincs érettségije), másrészt a jelenlegi rendszerben kilátástalanak tartják a helyzetüket.

A bérek alacsonyak, a dolgozók a munkájukhoz támogatást nem kapnak. Nincs egységes oktatási-továbbképzési- és számonkérési rendszer. Szomorú példa, de a 2005-ös újraélesztés ajánlásaival a kivonuló állomány egy része nincs tisztában, pedig ez az alfája a munkájuknak (jellemző, hogy a fenti ajánlást 2007-ben kezdte az Országos Mentőszolgálat átvenni és alkalmazni). Nincs pszichológiai vizsgálat a kiválasztás során, de pszichológiai támogatás sem kapnak a dolgozók a munkájukhoz. Mindezen felül, a kivonuló dolgozókat jelentősen demoralizálja az irányítás nem megfelelő működése. A magasan képzett orvosokat is sokszor olyan betegekhez küldik, akik csupán mentőápolói ellátásra szorulnának, és a tudásuknak megfelelő kórhelyekre a rossz irányítási stratégia miatt nem jutnak el, így munkájukat feleslegesnek, nem megbecsültnek érzik. Nem megfelelő az állomány fizikai kondíciója sem, ezért gyakran előfordul, hogy a megterheléstől (bérház 3. emeletére való felgyaloglás), az ellátást csak percek múlva tudja megkezdeni a személyzet. A problémákat tetézi a gyalázatos bérezés.

### Azonnali teendők:

- Egységes, jól felépített oktatás, továbbképzés. A képzés után vizsgán kell a dolgozóknak megfelelni, amennyiben ez nem sikerül, egy hosszabb továbbképzésre kell őket kötelezni és aki ezt a továbbképzést sem abszolválja, attól az alkalmazottól meg kell válni.
- Létrehozni az oktató centrum és a dolgozók közötti fórumot, ami lehetővé teszi a legfrissebb szakmai információk megosztását és megtanulását. (pl.: online továbbképzési és vizsgáztatási rendszer)
- Rendezni a kompetencia-köröket.
- Rendezni a munkaruha-kérdést (a kivonulók egy részének még nincs munkaruhája).
- Teljesítményarányos ösztönző rendszer kialakítása.
- Éves fizikai felmérő bevezetése, amelyhez biztosítani kell valamilyen formában a sportolás lehetőségét is, munkaidő után (akár a mentőállomáson, akár valamilyen sport hozzáférés támogatás formájában). Természetesen a fizikai felmérő eredményét az ösztönző rendszerhez kell kapcsolni.
- Életpálya-modell kialakítása.

## Kiválasztás, toborzás

Az Országos Mentőszolgálatnál jelenleg két HR-csoport is létezik, azonban egyik sem működik. Nincs kialakult HR-stratégia, nem ismert fogalmak a toborzás, vagy a kiválasztás. A kialakult helyzetet jól jellemzi, hogy az Országos Mentőszolgálat jogi osztályvezetőt a Blikk és a Metró újságokban keresett. Nem működik teljesítmény-, ösztönzésmenedzsment sem és a fegyelmi eljárások nagy része sem kerül lefolytatásra, eljárási hiba miatt.

### Azonnali teendők

- Megszüntetni a párhuzamosságot a két külön álló HR-vezetés között.
- Létrehozni egy hatékonyan működő HR-osztályt.
- Vizsgálni a jelöltek pszichológiai alkalmasságát is.
- A bujtatott állások azonnali megszüntetése.

## Rendezvénybiztosítás, külföldi betegszállítás

A rendezvények egészségügyi biztosítását jelenleg kisebb-nagyobb cégek látják el, hullámzó minőségben. A személyi és tárgyi feltételek a mentésről szóló 5/2006-os EüM rendeletben lefektetettek, de az ellenőrzés hiánya miatt, ennek a rendeletnek csak addig kell megfelelni, amíg az ÁNTSZ a működési engedély ki nem adja. Az ÁNTSZ feladata a szolgáltatók ellenőrzése is. A jogszabályok tiszták, de betartásukat nem ellenőrzik. Gyakran előfordul, hogy egy-egy rendezvényt nem a jogszabálynak megfelelő mentőegység biztosít. Ennek oka, hogy ma Magyarországon ez a piac rettentően ár-érzékeny, így a rendezvényszervező megpróbálja a lehető legolcsóbban megoldani az egészségügyi biztosítást, ezért szerződést köt a legolcsóbb szolgáltatóval. Tekintettel arra, hogy ellenőrzés gyakorlatilag nincs, és a rendezvényszervező nem ért az egészségügyi kérdésekhez, a szolgáltató olyan alacsony felszereltségű és olyan alacsonyan képzett munkaerőt használ, amelyet nem szégyell. Így már érthető, hogy a versenyhelyzete egy állami cégnek jelentősen rosszabb, mint egy magánszolgáltatónak (például: az OMSZ nem engedheti meg, hogy orvos helyett mentőtisztával állítson ki mentőegységet, ha az előbbit vállalta, míg egy magánszolgáltató ezt minden következmény nélkül megteszi).

A fentiek mellet ráadásul **az Országos Mentőszolgálat gyakorlatilag kivonult a privát szférából, sorra elvesztette a mozgóőrségeit**, köztük olyan nagy megrendeléseket veszített el a jelenlegi menedzsment vezetése alatt, mint a Hungaroring (itt már csak a Forma 1 biztosításánál lát el feladatot). Érdekes tény, hogy 2008-ban az Országos Mentőszolgálat az év legnagyobb autó-motor rendezvényére, a Central Europe Rally-ra pályázatot sem adott be, pedig lebonyolítására készen állt.

Az Országos Mentőszolgálaton belüli szervezeti egység, az Alarmcentrum a felelős az OMSZ-hez beérkező külföldi betegszállítási igények megszervezéséért és lebonyolításáért. Az elmúlt években az OMSZ itt is jelentős piacvesztést szenvedett el, és az ilyen jellegű **külföldi betegszállításokat egyre**

**inkább a magánszolgáltatók végzik.** Természetesen a fent leírtak itt is igazak, hiszen ez a piac is ár-érzékeny, és az ellenőrzés itt is hiányzik.

A fenti két piac jelentheti az OMSZ-nek azt a plusz bevételi forrást, amivel az arra érdemes dolgozókat jutalmazni lehet, illetve amit az állami költségvetésen kívül fejlesztésre lehetne fordítani. Éppen ezért rendkívül fontos, hogy az Országos Mentőszolgálat pozícióját e téren megerősítsük, akár további jogszabályokkal is.

#### **Azonnali teendők**

- Az ÁNTSZ- en belüli esetleges összeférhetetlenségek megszüntetése (ÁNTSZ alkalmazottak, vezetők és magánszolgáltatók között).
- Az ellenőrzések számonkérése.
- A nem megfelelő szolgáltatók kiszűrése, és eltávolítása, engedélyük bevonása.
- A mozgóórési díjszabás átgondolása az OMSZ-en belül (jelenleg valamivel a budapesti taxi-tarifák felett vannak az árak, ezen a szinten ez megengedhetetlen, az önköltségi árakat sem termeli ki).
- Az Alarmcentrum 24 órás assistance-centrummá fejlesztése.
- A külföldi betegszállításhoz szükséges személyi- és tárgyi feltételek betarttatása az ÁNTSZ által.
- Az OMSZ rendezvénybiztosítási és külföldi betegszállítási lehetőségeinek promotálása.
- Fontos lenne elérni, hogy állami-, vagy többségi tulajdonú állami cég csak az OMSZ-től rendelhesse meg a fenti szolgáltatásokat (pl.: OEP csak az OMSZ-től rendelhessen szállítást stb....).

# Rövid távú intézkedések

---

## Betegút optimalizálás és mentőállomás struktúra, futásteljesítmény csökkentés

Napjaink hazai egészségügyi struktúrája városokban, megyékben és régiókban gondolkodik és ennek megfelelően szerveződnek a betegutak is, adott esetben teljesen függetlenül a beteg szükségleteitől, illetve a rendelkezésre álló kapacitástól. Így gyakran előfordul, hogy a beteg nem a legoptimálisabb, legegyszerűbb és legolcsóbb ellátást kapja meg. Sajnos előfordulhat az az abszurd helyzet, hogy amennyiben valakinek szívizom infarktusa alakul ki, és Bács-Kiskun megye északi részén, pl. Felsőlajoson lakik, akkor a közelebbi Budapest helyett a kétszer távolabbi Szegedre kell elszállítani. A szívizom infarktus egy magas időfaktorú betegség, ugyanis minél előbb definitív ellátó helyre kerül a beteg, annál eredményesebben gyógyítható. Talán még markánsabb a példa, ha valakit szerencsétlenségére Dunavecscén ér baleset, ugyanis még életveszély esetén is a kijelölt ellátó hely Kecskemét (69km), szemben a Duna túl oldalán levő, hasonló ellátást nyújtani képes Dunaújvárossal (21km).

A fenti anomáliák országosak, és részben magyarázatot adnak arra, hogy miért kerül be oly kevés stroke-os beteg „időablakon” belül kezelésre, vagy miért nem kerül be a sérültek jó része a definitív ellátó helyre az „aranyóra” alatt. Természetesen ez nem csak szakmai, de komoly finansziális kérdéseket is felvet, a mentőgépkocsik megnövekedett futásteljesítményétől a kiesett munkanapok számáig.

### Teendők

Az említett jelentős problémák kiküszöbölésére, és az ellátás színvonalának jelentős emelésére, a fenti betegút-szervezés helyett **a kör alakú lefedettség alapján történő betegút szervezést kell megvalósítani**. Ez a struktúra attól függene, hogy a kijelölt ellátó helyre milyen sugarú körből lehet beteget vinni, **súlyozva a lakosság számmal és az úthálózattal**. Azaz szakítsunk azokkal a hagyományokkal, hogy a beteget a régiója szerinti definitív ellátó helyre szállítsák és nem a legközelebbi definitív ellátó helyre. Természetesen a finanszírozást is ehhez kell rendelni.

## Képzés, továbbképzés

A jelenlegi struktúrában sem az új belépők, sem a már foglalkoztatottak képzése, továbbképzése nem megoldott megnyugtató módon. Jellemző, hogy az Országos Mentőszolgálat menedzsmentjében, és szakmai vezetésében sem található tudományos fokozattal rendelkező vezető, holott ez már egy kórház osztályvezetői pozíciójánál sokszor alap követelmény.

A jelenlegi gyakorlat szerint, amennyiben valaki a mentőknél szeretne dolgozni gépkocsivezetőként, vagy szakképzetlen ápolóként, az kéthetes képzés után azonnal mentőautóra ülhet és akár kritikus állapotú betegekkel is foglalkozhat. A tanfolyam után az új belépő a gyakorlatban tanulja meg a szakmát a többé-kevésbé képzett kollégáitól.

Sajnos, a továbbképzések tekintetében sem áll jobban az OMSZ, erre jó példa, hogy az állomány egy részének még mindig nem sikerült elsajátítania 2005-ös újraélesztési protokoll laikusoknak szóló részét sem. Nincsen egységes továbbképzés, ez régióként változó. Létezik ún. állomásvizsga, de a számonkérés itt is minimális. Bár ezen a területen az utóbbi időben van elmozdulás, az OMSZ Módszertani Központja dolgozik az OMSZ felnőttképzési akkreditációján.

### Teendők

- Az új belépők professzionális képzése, erre képzett oktatókkal, egy jól felépített képzési terv alapján.
- Elengedhetetlen a trénerek továbbképzése is.
- Képzőcentrumok felállítása.
- Napi szintű továbbképzés, minden nap, meghatározott időben 2-4 órás képzések meghatározott kocsiknak a képzőcentrumokban, természetesen forgó jelleggel. Azaz a fenti időszakra a mentésből kivonjuk az adott kocsikat, helyettesítésük biztosítása mellett, és az adott team-et együtt, egyidejűleg képezzük. Tekintettel arra, hogy a mentő munka csapatmunka, nagyon fontos a csapat egészségét képezni.
- Hosszabb távon együttműködés **a sürgősségi osztályokkal, jobshare-rendszer kialakítása.** Rotációs rendszerben minden főállású orvos havi szolgálatainak egy részét a sürgősségi osztályon töltené, az ott dolgozó orvosok, pedig ugyan ilyen rendszerben kivonuló szolgálatot teljesítenének. Ezzel az intézkedéssel a prehospitális és hospitális szemléletmód jelentősen közeledne egymáshoz.
- Saját szakmai lap indítása.
- Kongresszusokon, konferenciákon szervezett részvétel és képviselet.
- Külföldi szakmai konferenciákon is reprezentálni az OMSZ-t.
- Az ellátás minőségének mérésének a lehetőségét megteremteni, az ellátás színvonaláról visszacsatolást kapni.
- Szigorú éves továbbképző- és számonkérő rendszer felállítása.
- Kommunikációs, pszichológiai tréning bevezetése.
- Crew Resource Management program bevezetése.
- A jelenleginél több és egységesen szervezett gyakorlat megtartása.

## Emberi erőforrás menedzsment

Az azonnali teendők leírásánál a problémákat már ismertettem, **gyakorlatilag nincs működő humán erőforrás-osztály az Országos Mentőszolgálatnál.**

Az Országos Mentőszolgálatnál **a dolgozói létszám ez elmúlt időben, 12%-os növekedést mutatott annak ellenére, hogy a szervezet feladatainak közel 40%-át elvonták.** Az alábbi táblázatban látható a foglalkoztatottak tevékenység szerinti megoszlása.

### Az Országos Mentőszolgálat létszáma (2010.04.30-i állapot)

LÉTSZÁM MUNKAKÖRI CSOPORTONKÉNT			
2010. 04.30-i állapot			
	Szervezett státusz 2010.03.01	Állományi létszám (8 órára átszámítva)	Feladatellátásban rész vesz* (8 órára átszámítva)
1 Orvos (szakmai vezetés, mentésirányítás, kivonuló orvosok)	238	249	198
3 Eü. szakdolgozó /III/a (mentőtiszt, mentésirányító)	673	668	653
4 Eü. fizikai dolgozó (ápoló, mentésirányító)	3056	2967	2927
5 Gazd., műszaki ügyviteli	371	357	335
6 Gépkocsivezető	2628	2570	2549
7 Egyéb fizikai	109	91	90
Összesen	7075	6902	6752

A táblázatból jól kitűnik, hogy 249 orvusból mindössze 198 vesz részt az ellátásban, **az orvosok több mint 20%-a nem végez kivonuló szolgálatot, azaz betegellátást.** Felmerül a kérdés, hogy milyen munkakörben foglalkoztatnak 51 orvost a 249-ből? Az informatikai rendszer hiánya miatt felduzzasztott a gazdasági állomány létszáma is. Emlékeztetőül, az Országos Mentőszolgálat költségvetésének 65-70%-a a bérköltség.

### Teendők

- A klasszikus HR-rendszer kiépítése.
- A teljesítménymérés rendszerének megteremtése.
- A teljesítményarányos ösztönző rendszer kialakítása minden dolgozóra tekintettel.
- Létszám-optimalizálás (orvosok, gazdasági terület).



## Mentésirányítás

A mentésirányítás jelenlegi rendszeréről az azonnali teendők között már szó volt. Égető szükség van egy jól működő dispatch-rendszerre. Ez a rendszer a térinformatikai támogatáson kívül komoly kockázatelemzésre képes és döntéstámogatási funkcióval bír. A dispatch-rendszer egy kikérdezési protokoll által szerzett információk alapján javaslatot tesz arra, hogy kell-e, és ha igen milyen szintű és mennyi mentőegység a kárhelyre, megmutatja, hogy melyek a legközelebbi mentőegységek, és ezen egységek riasztását a rendszer el is végzi.

### Teendők

- Felül kell vizsgálni, hogy mennyi és milyen jogkörű irányító csoportra van szükség (nem biztos, hogy mind a 26 irányító csoport szükséges a feladat ellátásához, elképzelhető, hogy priorizálni kell irányító csoport és irányító csoport között).
- A Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP) keretében az OMSZ-hez érkező támogatás felhasználását erős kontroll mellett kell végrehajtani, biztosítva az összeg korrekt felhasználását.
- A fenti összegből egy már a világon bevált és több helyen is működő dispatch-rendszert kell megvásárolni. Semmi esetre sem engedhető meg egy egységes rendszer „magyarítása” a rendszer gazdája nélkül, és ezt az összeget kísérletezésre sem szabad fordítani, egy új, még referenciákkal sem bíró rendszer esetleges megvásárlásával.
- Folytatni kell a rendszer üzemeltetéséhez szükséges diszpécserek képzését, különös figyelemmel a térinformatikai és kommunikációs képzésekre.
- A dispatch-rendszer keretén belül szakmai kollégiumok bevonásával kell lefektetni, hogy melyek azok a feladatok, amiket Országos Mentőszolgálatnak a jövőben el kell látnia, és melyek azok, amelyeket esetleg más szolgáltatóknak kell elvégeznie (pl.: nem közterületi, és nem sürgősségi kórképek).

## Informatika

Az Országos Mentőszolgálatnál **jelenleg nincsen kiépített informatikai hálózat, az irányítás kivételével**. Ebből következően az adatok feldolgozása, visszakeresése, értékelése élő munkával történik. A beteg adatainak, dokumentumainak rögzítése is mind papíralapon történik. Túl azon, hogy így az adatok visszakeresése, és bármiféle statisztika készítése szinte lehetetlen, az adatok tárolása sem teljesen megoldott, ami a betegjogokat is sértheti. A betegdokumentáció nem teljes, hiszen az esetlap (a beteg mentő ellátásának dokumentációja), nem válik a beteg teljes dokumentációjának részévé, és a fogadó kórház az esetlapból sem kap másolatot. Ráadásul, így a későbbi vitás helyzetekben nehezen bizonyítható, hogy a mentőellátás során milyen beavatkozások voltak, a beteg milyen kezelést, illetve gyógyszert kapott, ugyanis a kézi dokumentáció mindig újraírható, hamisítható.

## Teendők

- Az informatikai rendszer hardver- és szoftver igényeinek tisztázása.
- Az informatikai rendszer és hálózat kiépítésének azonnali megkezdése. Ennek tartalmazni kell a vállalatirányítási rendszert teljes dokumentumkezeléssel, és ki kell fejleszteni a beteglapok, esetlapok adatainak kezelését biztosító informatikai rendszert. Meg kell oldani a két rendszer működéséhez szükséges adatcseréjét, ugyanakkor biztosítani kell a betegek személyes adatainak védelmét. Erre keretet nyújt a TIOP támogatásból befolyó pénz.
- A futó kocsikon, illetve a helyszínen történő dokumentációt önátíró eset lappal és okos tollal lehet megoldani. Az esetlap egyik példányát a kórházba lehet leadni, így a hospitális és prehospitális dokumentáció végre egy egységet képezhetne. A mentőállomáson pedig az okos tollból az adatok elektronikusan kinyerhetők. Másik, de költségesebb megoldást nyújtanak azok a már most is elérhető táblagépek, amelyekbe már a helyszínen, illetve ellátás után az adatok és az ellátás dokumentációja bevihető. Előnye, hogy nehezen manipulálhatóak az adatok, akár a beszállítás előtt már a fogadó kórház is releváns információkhoz juthat, illetve az ellátási protokollokat a gépben lehet tárolni, így ezek szükség esetén, akár a helyszínen is lekérhetőek. Ez utóbbi rendszerrel a betegellátás színvonala jelentősen növelhető, hiszen nem csak az ellátási protokollok tárolhatóak rajta, hanem bármilyen, a betegellátást segítő döntéstámogató rendszer is.

## Minőségbiztosítás

**Az Országos Mentőszolgálatnál jelenleg semmiféle minőségbiztosítási rendszer nincs.** A prehospitális ellátás minőségéről nincs rendszerszinten működő visszacsatolás. Így az Országos Mentőszolgálat az egyetlen állami egészségügyi szolgáltató, akinek a bírósági idézésen kívül hivatalos visszajelzése nincs a munkájáról.

A fentiek értelmében a teljes minőségbiztosítási rendszert az alapjaitól kell bevezetni, legyőzve a kivonuló állomány esetleges idegenkedését.

## Teendők

- A minőségbiztosítási és irányítási rendszer megtervezése és kiépítésének megkezdése, az ellátás indikátorainak tisztázása.
- Visszacsatolási rendszer kialakítása a hospitális szereplőkkel.
- Folyamatos teljesítménymérés, ellenőrzés.
- Adatkezelés, adatvédelmi szabályzók létrehozása (jelenleg ilyen nincs).

# Középtávú intézkedések

---

Ezen intézkedések részben a már említett teendőkre épülnek, de tartalmaznak teljesen új gondolatokat is, azonban annyira komplex rendszert képeznek, hogy a pontokba foglalásuk az intézkedések megértését akadályozná.

## Az Országos Mentőszolgálat struktúrájának átszervezése

A jelenlegi struktúrában a speciális egységeken kívül mentés szervezése mentőgépkocsikra, esetkocsikra és rohamkocsikra épül.

- *Mentőgépkocsi*: mentőápolóval és mentőgépkocsi-vezetővel kivonuló, egészségügyi alapfelszereléssel, felszerelt gépkocsi. Egyszerűbb feladatok ellátására és betegszállításra alkalmas egység.
- *Kiemelt mentőgépkocsi*: szakképzett, ezen felül további 40 órás speciális képzésben részesült mentőápolóval és mentőgépkocsi-vezetővel kivonuló mentőegység, egészségügyi többletfelszereléssel ellátott mentőgépkocsi. Orvost nem igénylő, mentőápolói szakellátást biztosító egység.
- *Esetkocsi*: mentőtiszttel vagy mentőorvossal kivonuló, egészségügyi többletfelszereléssel ellátott mentőgépkocsi. Sokszor, a mentőtiszt, un. mentőtiszt III. (az orvosi egyetemen tanuló, szakképzéssel nem rendelkező hallgató, aki oxiológiából sikeres vizsgát tett, és részt vett egy nekik szóló képzésen). Komplex, általában teljes ellátást nyújtani képes mentő egység, néhány magasabb orvosi szintű beavatkozás kivételével (pl.: centrális vénabiztosítás, helyszíni narkózis).
- *Rohamkocsi*: szakorvossal, szakápolóval, gépkocsivezetővel, illetve többlet felszereléssel ellátott esetkocsi. Teljes magas szintű ellátást nyújt.
- *Speciális rohamkocsi (MICU-Mobil Intensive Care Unit)*: intenzív őrzést és ellátást igénylő betegek gyógyító intézetek közötti diagnosztikus vagy definitív ellátás céljából történő szállításra alkalmas rohamkocsi.
- *Mentőorvosi gépkocsi*: szakorvossal és gépkocsivezetővel ellátott gépkocsi. Orvosi kompetencia körbe tartozó tevékenységeket végez, segélykocsinak, nagyobb kárhelyeken kárhelyparancsnoknak alkalmazott mentőegység.

### A szerkezeti átalakítás ismertetése előtt fontos néhány tény ismerete.

- A mentőgépkocsi vezetők több mint 50%-a nem rendelkezik érettségivel, azaz nem megoldható szakápolói képzésük.
- A mentőegységek száma a komplexitásukkal fordítottan arányos.
- A mentőtisztek-néhány beavatkozás kivételével-, orvosi jogkörrel vannak felruházva a prehospitalis ellátás tekintetében.

- Az ún. mentőtiszt III. kategóriába tartozó egyetemisták ugyanolyan önálló munkát végeznek, mint a mentőtisztek, azonban sokkal kisebb tapasztalattal bírnak.
- A mentőtiszt főiskolák ontják magukból a mentőtiszteket.
- A jelenlegi rendszerben a mentőtiszt ápolóval és gépkocsivezetővel vonul.
- A mentőorvosok nagy része az Országos Mentőszolgálatnál részállásban van foglalkoztatva.
- Az OMSZ, saját országos értékelése alapján is csak 60-70%-ban tud orvosokat ültetni a rohamkocsijaira, szakorvosból ennél jóval kevesebbet.
- A betegelhelyezés sokszor nem a racionalitást követi, hanem a megállapított beutalási rendet.
- A secunder transport a kórházak között jelenleg ingyenes a kórházak tekintetében.
- A beteg életkilátásait alapvetően befolyásolja az első szakellátó tevékenysége.
- A futó kocsipark arányában a napi egy mentőegységre eső feladatszám azt mutatja, hogy 24 óra alatt egy mentőegység átlagosan 3,4 feladatot teljesít.

### **A hosszú távú struktúraváltásban át kell gondolni a jelenlegi mentési és beutalási rendszert is.**

A mentésben az egyenlő hozzáférés elve alapján alapvető fontosságú a 15 percen belüli megfelelő szintű mentőegység biztosítása. Nem kerülhet hátrányba egy kis faluban élő és mentésre szoruló állampolgár a nagyvárosival szemben. E célok elérése érdekében a 228 mentőállomás elhelyezését át kell gondolni. Véget kell vetni annak a gyakorlatnak, hogy amennyiben a településnek van pénze, akkor építtetnek mentőállomást (átvállalva ezt az állami feladatot), ugyanis a mentőállomás üzemeltetését ezen települések önkormányzatai nem vállalják, azt az OMSZ veszi át. A fentiek, és a rossz, átgondolatlan gyakorlat következtében, számos olyan helyen is üzemeltet az OMSZ mentőállomást, ahol stratégiaileg nem lenne rá szükség, ellenben olyan helyen, ahol nagy szükség lenne rá, forrás hiány miatt nem épül.

A mentőállomások tekintetében is bevetési körben kell gondolkozni, azaz a mentőállomásnak a kör középpontján kell lennie a kör sugara pedig a 15 percen belüli kiérkezést biztosítja. Természetesen nagyszámú mentőállomás esetében a körök számos helyen fedik egymást, így biztosítva az ellátás folyamatosságát. A mentőállomások elhelyezésénél azonban nem szabad elfelejteni a lakosság szám és az úthálózat figyelembevételével a súlyozást. Új mentőállomások létesítése esetén elengedhetetlen a már meglévők helyzetének vizsgálata és az új integrálása a már létező rendszerbe.

### **A mentés szerkezetének átalakítása is alapvető feltétele a struktúraváltásnak.**

Jelenleg túlságosan pazarló a humánerőforrás-gazdálkodás. Szükséges a mentőegységek újra gondolása is. Túl sok orvost foglalkoztat a rendszer, fluktuáló szakmai színvonallal. Törekedni kell a főállású jól képzett orvosok számának növelésére, a főállású foglalkoztatottság előnyei miatt is (nem függenek az egyéb munkahelyeiktől a főállású dolgozók, tervezhetőbb a továbbképzésük és a karrier útjuk is).

A mentőtiszt III. kategóriát meg kell szüntetni, az VI. éves egyetemisták a speciális mentő tanfolyammal együtt sem tudják a megfelelő és megnyugtató szakmai színvonalat hozni, természetesen a képzésükről nem kell lemondani, az egyetem elvégzése és a törzsképzési idő után önállóan foglalkoztathatóak először esetkocsin, majd egyéb magasabb szintű mentőegységen is.

A 45 évesnél fiatalabb gépkocsivezetőket be kell iskolázni, minimum egy európai mentő technikai kompetenciával kell ellátni őket. A 45 év feletti gépkocsivezetők, amennyiben a beiskolázást nem vállalják, úgy a KIM egységekre vezényelhetőek, más mentőegységekre nem.

A mai rendszerben, mint feljebb már részleteztem az esetkocsik három fővel vonulnak: mentőtiszt, ápoló és gépkocsivezető. Az egyik legnagyobb változtatás ezen a téren lenne, ez a mentőegység ebben a formában megszűnne, helyét egy mentőtisztból és megkülönböztetett jármű vezetésére jogosult ápoló(szakápoló) venné át. Tehát az esetkocsik két fővel teljesítenének szolgálatot, ezzel a feladatok nagy részét el tudnák látni. Újraélesztésnél segélykocsiként vagy egy magasabb szintű MOK egység, vagy egy KIM egység tudna a helyszínre menni.

A mentőgépkocsik továbbra is megmaradnának, azzal a különbséggel, hogy a rajtuk szolgálatot teljesítő ápolók KIM képzést kapnának, így már a mentési lépcső legalján elhelyezkedő egységek is komoly kompetenciákkal rendelkezének.

A karcsúsítás mellett szükség lenne a MOK rendszer fejlesztése, hiszen a jövőben ezek az egységek látnák el a segély kocsik feladatát, ugyanis gyorsak, jól felszereltek és magas kompetenciájú mentőorvos teljesít rajtuk szolgálatot, szükség esetén bármely egyéb mentőegység felszerelését használva és a beteget a kórházba kísérve. Régióként 2-3 MOK elégséges ellátást tudna nyújtani.

A rohamkocsikra az új rendszerben, a jelenlegi formájában már nem lenne szükség. A magas kompetencia szintet igénylő őrzött szállítások kielégítésére a speciális MICU kocsik fejlesztését kell kitűzni, régióként 2 ilyen jellegű egység elég lenne, és ezek az egységek egy-egy nagyobb kórházon is bevetettek lennének.

A továbbiak mellett fejlesztendő lenne a mentő motoros egységek száma is, elsősorban az autópályák, autóutak mentén, de természetesen ezek tágabb (10 km-es) körzetében is bevetettek lennének.

A dispatch rendszer bevezetésével nagyobb szerepet kaphatnának a házi orvosi ügyeleti ellátásban dolgozó szolgáltatók is, hiszen számos egyszerűbb, de orvosi kompetenciába tarozó feladat ellátását ezen szolgáltatók is meg tudnák oldani, így mentési kapacitás szabadulhatna fel.

Átgondolásra szorul az őrzött szállítások finanszírozása is. A jelenlegi struktúrában a kórházak szakmai kontroll nélkül rendelhetik meg ezen szállításokat. Előfordul, hogy egy kórházban az egyik osztályról a másikra történő szállítást az OMSZ végzi, még abban az esetben is, ha ugyan azon a telephelyen vannak az osztályok. Bevett gyakorlat országszerte, hogy amennyiben a beteg nem a lakóhelyének környezetében szenvedett egészségkárosodás, tehát a lakóhelyétől távolabb, egy másik kórház illetékessége területén - egy akár még intenzív ellátást igénylő beteg esetében is - és a kezelés finanszírozása lejárt, vagy az osztály a költségvetését már megterheli a kezelés, a beteg átszállítását kezdeményezik. Így nem egyszer kell súlyos sérülteket, még lélegeztetve az ország egyik pontjából a másikba szállítani. Talán a legabszurdabb szállítás nyugatról keletre az az eset volt, amikor az egyébként teljesen jó állapotú beteget helikopterrel kellett átszállítani a fogadó kórházba, mert ott állt rendelkezésre a kezeléshez szükséges gyógyszer.

A fenti példákból jól kitűnik, hogy az őrzött szállítás eme kontrollálatlan módja nem csak jelentősen pazarló, hanem igen sokszor a beteget is veszélyezteti (régóta ismert fogalom a szállítási trauma). Ezért a kórházak finanszírozásába kellene beépíteni az őrzött szállítások költségeit, és az Országos Mentőszolgálat jogosult lenne ezen szállítások ellenértékét kiszámlázni a küldő kórház felé. Így biztosítható lenne, hogy valóban csak a szükséges szállítások legyenek megrendelve.

# Összefoglalás

---

A tanulmány azzal a céllal íródott, hogy az Országos Mentőszolgálat jelenlegi helyzetéből való kitörés vezérfonalaként szolgáljon. Tudatosan nem foglalkoztam a légimentés fejlesztésével, tekintettel arra, hogy a mentés ezen része jelenleg jól funkcionál, illetve a légimentés fejlesztésének kérdésköre bonyolult, ezért önálló tanulmányt érdemel. A leírt intézkedések megvalósítása során természetesen lesznek akadályok, melyeket le kell győzni. Valószínűleg nem kevés érdeket sért(het)nek a fenti gondolatok, azonban ezek megvalósítása véleményem szerint elengedhetetlenek ahhoz, hogy egy európai színvonalú mentőszolgálatot építsünk fel.

Amennyiben a fenti változások megtörténnek, a lakosság biztonság érzete jelentősen javulni fog, hiszen ne felejtsük, az Országos Mentőszolgálattal nap, mint nap találkozunk szinte az összes magyar állampolgár, a mentőautókat akarva akaratlanul is látjuk, ennek a szervezetnek a munkája a kirakatban van.

Bízom abban, hogy a fenti gondolatok az egészségügy jelenlegi vezetőinek a figyelmét felkeltik, és megvalósításukra sor kerül, mindannyiunk érdekében.