

Interjú Dr. Szócska Miklóssal

„Egészségpolitikai paradigmaváltozás történik”
 „Az ellátás megszervezésének újragondolása a legfontosabb feladatunk”

Ha az ember gyakran bekiabál a pálya széléről, előbb-utóbb odapasszolják neki a labdát – foglalta össze sport-hasonlaltal kinevezése előzményeit Dr. Szócska Miklós. A Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségügyi államtitkára a változásvezetés, az egészségpolitika és az egészségügyi rendszerek átalakításában szerzett tudományos munkájának eredményeit a gyakorlatba is átülteti. Lapunknak adott interjújában a szakma bevonásában, egy több cikluson átívelő szervezeti alkalmazkodási folyamatban és az ellátás precíz tervezésében-szervezésében látja az egészségügyi rendszer fenntarthatóságának feltételrendszerét.

– Bemutakozó intézkedései a szocialista-liberális kormányzat által 2006-ban elsőként meghozott egészségügyi döntéseket radiózzák ki az ágazat működését szabályozó jogrendszerből. A patikaliberalizáció felfüggesztése, az Egészségbiztosítási Felügyelet megszüntetése, a kötelező kamarai tagság visszaállítása „hangulatjavító” csomag?

– Van ilyen hatása is, bár pusztán hangulatjavítás céljából az ember nem dönt sorsokról. Nem az egész Egészségbiztosítási Felügyelet szűnik meg, hanem erős ellenőrző funkciója. Gondoskodom arról, hogy hatósági és rendszerértékelő feladatai más szervezetekhez kerüljenek, így az ÁNTSZ-hez, az Egészségügyi Minisztériumhoz, az OEP-hez. A szakmának címzett üzenet lényege, hogy az új egészségügyi vezetés nem kényszerítéssel akarja megnyerni együttműködésüket az egészségügy fejlesztéséhez. Ebben a tekintetben valóban szimbolikus a döntés.

– A patikaalapítás moratóriuma milyen elvet szimbolizál?

– A patikaliberalizációval kapcsolatban gazdaságfilozófiai vita zajlik, amely leegyszerűsíthető arra a kérdésre: a gyógyszerári hálózat kereskedelmi egység vagy az ellátórendszer része? Szerintem a patika népegészségügyi találkozópontra, tehát inkább az utóbbi kategóriába sorolom. Ez az intézkedés is hordoz üzenetet a gyógyszerészi szakma számára: mi nem saját klientúránkat szeretnénk patikákhoz juttatni, hanem tisztes megélhetést biztosítani a gyógyszerészeknek.

– A tulajdonosi szerkezet, a minőségi gyógyszerellátás és a jövedelmezőség között lát összefüggést?

– A tervezett intézkedéssel valójában helyzetbe hozzuk a szakmát. A további liberalizáció károsnak vélt hatásait próbáljuk megelőzni, illetve a szakmát megerősíteni. Ez egy tárgyalási alap, amely megteremti a lehetőséget, hogy az ellátás biztonságát szem előtt tartva közösen újragondoljuk a patika-rendszer szabályozását.

– Milyen reakciókat kapott az első intézkedéscsomag bejelentése óta?

– Vegyeseket. A szakmák nagy többsége támogatja a bejelentett változásokat. Akad, aki azt üzeni: ez kevés, hadd lássuk, mennyi jut nekünk! Annak is eljön az ideje, hogy finanszírozási kérdésekről beszéljünk. A következő körben az egészségügyi ellátórendszer működőképességét közvetlenül veszélyeztető elemeket iktatjuk ki: újragondoljuk a kórházi minimumfeltételeket, a kompetencia-rendeletet, felülvizsgáljuk a TAJ online ellenőrzést és megállapodunk a rezidensekkel. Ezek az intézkedések együtt egészségpolitikai paradigmaváltást jeleznek.

– Tehát ezek után következnek a fajsúlyosabb, az ellátórendszer finanszírozását, struktúráját érintő változások?

– Pontosan tisztában vagyok azzal, hogy csapattal milyen nehéz helyzetben vállalkoztunk az egészségügy irányításának feladatára. Jelenleg kegyelmi állapot van, amely reményeim szerint alapot teremt arra, hogy nagyon nehéz kérdéseket is rendezhessünk. Nem teszünk hangzatos bejelentéseket, amelyeknek később vagy azért nem tudunk eleget tenni, mert túligértük magunkat vagy azért, mert nincs elegendő és megfelelő adminisztratív kapacitás a gyors és látványos végrehajtásra. Inkább akkor lépünk a szakmai nyilvánosság elé, amikor már mi, döntéshozók látjuk a főbb irányokat. Amikor ennek eljön az ideje, természetesen kikérjük a szakma véleményét, de ez nem egy vég nélküli egyeztetési folyamatot jelent, hanem a megvalósításhoz szükséges kritikus tömegű egyezség megteremtését.

– Mire gondolt, amikor lehetőséget kapott arra, hogy a változásvezetés, az egészségpolitika és az egészségügyi rendszerek átalakítása körében megszerzett tudományos ismereteit a gyakorlatba is átültetheti?

– Ha az ember túl gyakran bekiabál a pálya széléről, akkor előbb-utóbb odapasszolják neki a labdát. Nem készültem tudatosan államtitkári szerepre, céltom egy új típusú egészségpolitika feltételrendszerének megteremtése volt. Erre vállalkoztam, nem pedig egy pozíció betöltésére. Őszintén mondom, kinevezésem a személyemről független döntés, mivel egy rendszer vezetéséhez több szakértő, egy egész csapat összehangolt munkájára van szükség; én egy vagyok a csapattagok közül.

– „Fenntartható változások vezetésének feltételei magyar egészségügyi szervezetekben” című doktori disszertációjában – amelyért 2008-ban vehette át PhD fokozatát – az egészségügy átalakításáról értekezett. Az elméletet követi a gyakorlat?

– A kutatás olyan vezetőknek készült, akik mindenféle változtatásvezetési tapasztalat nélkül kerülnek abba a helyzetbe, hogy change managementet kell lefolytatniuk. Az volt a cél, hogy megismertesse őket azokkal a hibákkal, amelye-

ket mások korábban már elkövettek, illetve azokkal a kiváló okokkal, amelyek az ellenállást gerjesztik.

– Milyen hasonlóságokat és különbségeket lát az egy intézményre, illetve az ágazat egészére alkalmazott változtatás-menedzsmentben?

– Az egészségpolitikának – akárcsak az intézményi menedzsmentnek – tisztában kell lennie a szervezeti realitásokkal. Például hiába erőltet két éven belül sürgősségi ellátási reformot egy vezető, hiába akar lezavarni egy ilyen tömeges szervezeti változtatással járó reformot, ha egyszer tíz év alatt lehet kiképezni annyi szakembert, amennyi el tudná látni ezeket az osztályokat. Ugyanakkor a szervezetben dolgozó embereknek az egészségpolitikai környezetet jól kell dekódolniuk ahhoz, hogy a szükséges alkalmazkodási lépéseket megtegyék. A kölcsönösségre szeretnénk építeni, egészségpolitikai módszertani váltást elindítani. Ez a megvalósíthatóság fontossága miatt van így, nem pedig azért, mert a nehéz kérdéseket a szőnyeg alá szeretnénk söpörni.

– Milyen stratégiát követ a konfliktuskezelésben?

– Az ellenállást leküzdeni borzasztóan költséges, azt inkább megelőzni kell. A konfliktuskezelésben egyébként tit fortat-et játszom. A játékelméletben is bizonyított, hogy a kiszámítható együttműködés rendkívül hatékony stratégia. Az első lépésem mindig az együttműködés és a konfliktuskezelésben is a változásban érintettek bevonása.

– A tit for tat stratégia második lépésében viszont az ember ellenséges provokációra felveszi a kesztyűt. Mennyi küzdelemre számít?

– Küzdök, ha kell, de nem vagyok türelmetlen. Több ciklus feladata egy új, szolgáltató, betegközpontú, társadalmi szükségleteknek megfelelő egészségügyi rendszer beüzemelése. A népegészségügyi tendenciákban elérendő pozitív változások, a rehabilitációra és sürgősségi feladatokra megfelelő számú és végzettségű szakember kiképzése, az infrastruktúra korszerűsítése, új ellátási formák befogadása hosszú évek kitaró és következetes munkájának gyümölcse lehet. A következő négy év feladata a változások elindítása.

– A hatékonyság vagy a méltányosság gyakran egymással összeütközésben lévő elvét szeretné inkább érvényesülni látni a magyar egészségügy történetének legújabb fejezetében?

– A beteg érdeke, az egészség megőrzése, a rendszerben dolgozók megélhetési feltételeinek és munkakörülményeinek javítása, valamint a rendszer fenntarthatósága az a négy alapelv, amely köré az intézkedések csoportosulnak. Ezek egymással összefüggő értékek, amelyek között nehéz lenne prioritási sorrendet felállítani.

– Ha egyet kellene kiemelnie az ágazat legsúlyosabb problémái közül, melyik lenne az?

– Sajnos kettő legsúlyosabb is van: az ellátórendszer fenntarthatósága és a népegészségügyi helyzet.

– Az egészségügyi szektorban mely érdekcsoportot lesz legnehezebb meggyőznie változtatási szándékairól?

– Nem látok ilyen érdekcsoportot. Arra számítok, hogy kritikus tömegben lesznek azok, akik készek és képesek a változásra.

– Hogyan zajlik majd ez a nagyszabású csapatépítés?

– Most éppen ott tartunk, hogy egy központi menedzsmentet, egy ágazati vezetési magot hozunk létre. Meg kell találnunk azokat a partnereket, akik velünk összhangban cselekednek.

– Milyen ösztönzőkben látja annak zálogát, hogy képes összekovácsolni a különböző érdekcsoportokat?

– A pozitív ösztönzőkben és a józan észben hiszek, amelynek nagy szerepe lesz a deregulációs folyamatok elindításában, az ésszerű betegutak kialakításában.

– A betegutak szabályozó tételében látja az allokációs hatékonyság javulását?

– Igen.

– Dolgoznak az Irányított Betegellátási Modell gyakorlatba való átültetésén?

– Vannak az IBM-nek olyan tapasztalatai, amelyek felhasználhatók a hatékonyság javításában, de semmiképpen nem kell egy Radnai György-féle ellátásszervezési modellben gondolkodni. Számos korábbi ellátásszervezési kísérlet tapasztalatait szeretnénk beépíteni. Az összekuszálódott betegutak, a kapacitások koordinációjának teljes hiánya az utóbbi időszakban súlyos gondokat okozott.

– A kapacitás-szabályozás a kritikus betegségek kezelésének centrumokba sűrítését jelenti?

– Markáns állami szerepvállalással be kell indítani a területi kapacitás-koordinációt, erőforrás-koncentrációt, területi és funkcionális integrációt kell végrehajtani – azért, hogy a rendszerben meglévő működési tartalékokat a megélhetési feltételek javítására fordíthassuk. A szakmák bevonásával el kell dönteni, hogy az ellátórendszer egyes szintjein milyen típusú betegellátás történhet. Ez nem jelenti azt, hogy a kistérségek lakosai ellátatlanul maradnak. Úgy gondolom, hogy ebben az emberi erőforrás krízishelyzetben csak a nagyobb centrumok kistérségekbe való kinyúlásával biztosítható ez. Az ellátás megszervezésének újragondolásában látom a megoldást az orvos- és szakdolgozó-hiányra. Ez lesz a munkánk középpontjában.

– Az emberi erőforrásokkal való gazdálkodás mellett a tervezett kapacitás-átrendezésnek finanszírozási okai is vannak?

– Az ellátás fenntarthatósága érdekében abszolút szükségesnek látom, hogy területi és szakmai elvek alapján új munkamegosztás alakuljon ki a kórházak között. Például az egyes kórházak egyedi gyógyszerbeszerzésénél pénzügyileg előnyösebb, ha több intézmény összeáll és beszerzési társulást alakítva teszi ezt.

– Az erőforrás-koncentráció kapcsán egyes intézmények hátrányos helyzetbe kerülhetnek, mert elveszítik korábbi feladataikat, ami jelentős érdeksérelmekkel jár.

– Szerepváltást valóban jelenthet a koncentráció egyes kórházak életében. Minden kórházvezető egyetért abban, hogy ez egy helyes folyamat.

– Mit gondol a kétszintű egészségügyről?

– Sajnos azt, hogy valóság. Főként a járóbeteg-szakellátásban alakult ki, hogy a hozzáférés csökkenése miatt a tehetősebb páciensek gyorsabb és jobb minőségű ellátást vesz-

nek igénybe, miközben a szegényebbek várólistára kerülnek vagy alacsonyabb színvonalú szolgáltatást kapnak. A méltányosság erősebb érvényesülését fontos ösztönözni az ellátás középső szintjén.

– Eszközkészletében az allokációs hatékonyság mellett más típusú hatékonyságnövelés is napirenden van?

– Jó kérdés, de a válasz a gazdasági cselekvési tér függvénye. Ez számos egyeztetést jelent a pénzügyminiszterrel. Gondolkodunk a finanszírozási rendszer megújításán, amely teljesítmény alapú és pozitív hatékonysági ösztönzőkre épül.

– Forrásbővítéssel, új finanszírozási csatorna nyitásának lehetőségével foglalkozik a csapata?

– Egészségügyi akciótervünk – a már bejelentett gazdasági intézkedéscsomaghoz hasonlóan – egy képlet. Abban az értelemben képlet, hogy az egészségügyben is van bevételi és kiadási oldal és ezért nem független az országos adópolitikától. Vannak elképzeléseink, de ezekről még korai lenne beszélni.

– Mekkora az egészségügyi büdzsé feszítő ereje? Mennyi idő áll rendelkezésére az új egészségügyi vezetésnek, hogy finanszírozási kérdésekre is választ találjon?

– Érzékeljük, hogy felfokozott várakozások közepette vetjük át a tárca irányítását, mégis türelemmel, várakozással fordul felénk a szakma. Nem várom ugyan, hogy a források szűkössége miatt kellemetlen intézkedéseket kell meghozni, de ha mégis ilyen helyzet áll elő, arról is őszintén fogok beszélni.

– Mit gondol, az ágazatnak több forrásra lesz szüksége vagy a meglévők átcsoportosítására?

– Sinkó Eszter kolléganóm megállapítása, hogy ahhoz, hogy a rendszer a két évvel ezelőtti teljesítményt nyújtsa, sokkal több erőforrásra lesz szükség. Ezzel együtt az is igaz, hogy a rendszerben meglévő erőforrásokat lehetne sokkal hatékonyabban is felhasználni.

– Várható az egészségügyi kiadások GDP-arányos részesedésének növelése?

– Csak az összehasonlítás kedvéért: a visegrádi országokban (Szlovákia, Csehország és Lengyelország) az egészségügyi kiadások GDP-arányos részesedése 6 százalék, míg Magyarországon 4,3 százalék. Azaz hazánk a gazdasági mozgástér szűkülése miatt egyre kevesebből egyre kevesebbet költ egészségügyére.

– Mit szeretne látni négy év múlva?

– A gyerekeimet ébren.

Bánky Bea

NÉVJEGY



Dr. Szócska Miklós

Iskolák, végzettségek:

1983-1989: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, általános orvos. 1990. febr.-dec., 11 hónap: Hogeschool van Amsterdam – Amszterdam, Hollandia, Egészségügyi menedzsment. 1992. nov.-dec., 1 hónap: Japan International Cooperation Agency – Tokio, Japán, A japán egészségügyi rendszer tanulmányozása. 1992-95 között rendszeresen: rövid (1-4 hetes) továbbképzések formájában, Menedzsment-tréneri továbbképzés, King's Fund College – London, Egyesült Királyság. 1997-1998: Harvard University, John F. Kennedy School of Government – Cambridge Massachusetts, Amerikai Egyesült Államok, Master of Public Administration. 1998. és 1999. 2x2 hét: Economic Development Institute (The World Bank) – Washington D.C., Amerikai Egyesült Államok, Egészségügyi piacok regulációja, közszolgálati menedzsment az egészségügyben.

Munkahelyek, beosztás:
1992-1993: Egészségbiztosítási Alap Felügyelőbizottsága – Az Országgyűlés által választott felügyelőbizottsági tag. 1993-1994: Népjóléti Minisztérium közigazgatási államtitkári hivatala – A közigazgatási államtitkár Egészségbiztosítási Önkormányzat Elnökségével kapcsolatos ügyekben illetékes tanácsadója. 1998-1999: Országos Egészségbiztosítási Pénztár – A Pénztár felsővezetésének szervezetfejlesztéssel foglalkozó tanácsadója. 1991-2009: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ –

Egyetemi adjunktus, igazgatóhelyettes, megbízott vezető. 2009-től: Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ – egyetemi docens, igazgató. 2010-től: Az újonnan alakult Egészségügyi Közszolgálati Kar dékánja (Semmelweis Egyetem).

Közéleti megbízatások, tisztségek:

Vezetőségi tagja az egészségügyi menedzsment európai szakmai szervezetének, a European Health Management Association-nak, valamint az európai egészségügyi infrastruktúra stratégikus megújításán dolgozó európai kormányközi szervezetnek, a European Health Property Network-nek.

Szakmai tevékenység:

– Az Egészségügyi Menedzserképző Központ Posztgraduális programjának keretében az innovatív módszertannal dolgozó „Vezetői készségek és eszközök” című tantárgyat oktatja, emellett vezető oktatóként dolgozik az intézmény hazai és nemzetközi oktatóprogramjaiban.

Az „Intézményközpontú menedzsmentfejlesztő program”-ban az oktatás és a szervezetfejlesztői tevékenység szervesen összekapcsolódik.

– Kutatási tevékenysége az egészségpolitikai programalkotás folyamatával és az egészségügyi szervezetek menedzsmentjének különböző területeivel foglalkozik.

– Az utóbbi évek során számos változtatásvezetési és intézményi programot tervezett és vezetett, ezek közül több önkormányzati és szakmai vezető testületek ellátás-fejlesztési tevékenységéhez kapcsolódik.

– Két magyar és egy nemzetközi folyóirat szerkesztőségének munkájában vesz részt.