

A legnagyobb kihívás: az ágazat biztonságérzetének megteremtése

Cikluskezdő beszélgetés Dr. Mikola István

Az Országgyűlés mindenkori Egészségügyi Bizottságának legfőbb feladata az ágazat vezetésének parlamenti ellenőrzése, a bizottság hatáskörébe tartozó kormányzati előterjesztések fogadása, megvitatása, parlamenti vitára való alkalmasságának megítélése, módosító indítványok megvitatása és előterjesztése, részvétel az általános vitában, egyszóval a parlamenti döntések előkészítése.

A 2010. május 5-én megalakult Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának elnöke Dr. Mikola István, a magyar egészségpolitika utóbbi 20 évének meghatározó személyisége, aki a korábbi években számos funkciót töltött be. 2000-től 2002-ig az előző Orbán-kormány egészségügyi minisztere volt. Előljáróban arról kérdeztük, hogy nem érez-e csalódottságot, hogy ebben a ciklusban kormányzati – azaz operatív – feladat nélkül maradt.

– Világéletemben mindig annak a napnak örültem, amelyik következik. Ezt a feladatot is nagyon nagy örömmel vállaltam és csinálom. Próbálom segíteni a tárcát nem kis feladatában. Nem könnyű a helyzetük, mert új szerkezetben, új felhatalmazásokkal, új mozgástérben kell képviseljek az ágazat érdekeit.

– Ön a FIDESZ Egészségügyi Tagozatának is vezetője. Hogyan fogadta, hogy az ágazat vezetése a politikán kívülről érkezett?

– Valamennyi új vezetőt igen régről ismerem és nagyra becsülöm őket. Réthelyi Miklós miniszter úrral már az egyetemen is, mint rektorral többször találkoztam. Szócska Miklós államtitkár urat pedig még az egészségügyi menedzserképzés hőskorából ismerem, abból az időből, amikor elkezdte elsajátítani a menedzselés tudományát. Én akkoriban már 20 éves kórházi gyakorlaton, amerikai, kanadai tanulmányutakon túl, a Kórházszövetség elnöke, a Kórház Világszövetség európai alelnöke voltam és a Kanadai-Magyar Egészségügyi Menedzserképző társigazgatója, vagyis benne voltam a magyarországi menedzserképzés elindításában.

– Éppen a napokban adták hírül, hogy a kormány az egységes megyei államigazgatási hivatalokba tervezi beolvasztani a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárakat is. Az első szakértői reakciók szerint ezzel feleslegessé válik az OEP, és megszűnik az Egészségbiztosítási Alap függetlensége, ezzel együtt a biztosítási elvű egészség-

ügyi ellátás. Ön közismerten elkötelezett híve a biztosítási elvnek, a rendszerváltozás után miniszteri biztosként vett részt az akkor még egységes társadalombiztosítás létrehozásában, később tagja volt az Egészségbiztosítási Felügyelő Bizottságnak is. Ez a tervezett összevonás valóban veszélyezteti a biztosítási elvet? Mi a véleménye?

– Alaposan beleástam magam az egészségbiztosítás külföldi és hazai rendszereibe, alelnöke voltam a Társadalombiztosítási Tudományos Tanácsnak is. Valóban feltétlen híve vagyok a tömeges kockázatvállalásra épülő, bismarcki típusú szolidaritási rendszereknek. Vitathatatlan, hogy a hazai egészségbiztosítás reformokra, átalakításra szorul. Azonban a bizottságunk elé még nem került erről szóló kormányzati anyag. Arra gondolok, még nem jutott olyan stádiumba a tervezet, hogy arról akár a bizottságot, akár a nyilvánosságot tájékoztatni lehessen. A napokban levélben fordultam Réthelyi miniszter úrhoz, hogy majd az elkészült kormányzati anyagot, stratégiai koncepciót mihamarabb küldje meg a bizottságnak. A közigazgatás nagyléptékű átalakításáról van szó, aminek nyilván része lesz nem csak az egészségbiztosítás, de az ÁNTSZ szerepének és a fenntartói felelősség kérdéseinek újragondolása is. A koncepció szakmai viták során fog végleges formát öltetni, amelyekben természetesen részt veszünk majd mi is.

– Az elhangzottakból azt a következtetést vonom le, hogy szakítottak a közelmúlt gyakorlatával, amikor az egészségpolitikai koncepciók párhuzamosan, sokszor egymásnak is ellentmondva készültek a kormány és a koalíciós pártok egészségpolitikai műhelyeiben.

– A FIDESZ Egészségügyi Tagozata nem készít egészségpolitikai koncepciókat, ugyanakkor interaktív módon, konzultációkkal segíti a tárcát. Ennek szellemében hetenként találkozom az egészségügyért felelős államtitkárval, és nagyjából kéthetente Réthelyi miniszter úrral. Kérik és meghallgatják a véleményemet, de a kormány egészségpolitikai stratégiájának formálása a kormányzat és az ágazatvezetés feladata és felelőssége.

– A bizottság éppen, hogy megkezdte munkáját, utána nyári szünetre ment az Országgyűlés. Eddig mindössze egy törvény előkészítésében vettek részt. Mik az első benyomásai?

– A bizottságban felkészült szakemberek ülnek, az ellenzék részéről is, ennek köszönhetően ez egy magas szakmai

színvonalú bizottság, amelyben szakmai és szakmapolitikai viták folynak. Ez nem újdonság, mert a mindenkori egészségügyi bizottságok mindig is élen jártak szakmaiságukkal. Eddig nyolc bizottsági ülést tartottunk, ebből három az úgynevezett egészségügyi salátatörvénnyel foglalkozott. Lefolytattuk a tervezet általános vitáját, majd tárgyaltunk a módosító és a kapcsolódó módosító indítványokról is. Mindezen túl olyan nagyjelentőségű témákat is napirendre vettünk, mint a népegészségügyi helyzet és a korábbi népegészségügyi programok érvényesülése. Javaslatot tettünk – kihasználva Európai Unió elnökségünket – egy közép-európai népegészségügyi központ felállítására. A kormány a javaslatot magáévá tette és megkezdte az operatív előkészületeket. Áttekintettük még a pszichiátriai ellátás helyzetét, amelyet tragikusnak ítéltünk meg. Helyzetértékelésünket a kormány elfogadta és hozzálátott a helyzet felméréséhez és konkrét intézkedési tervek előkészítéséhez.

– Mi várható ősszel?

– Egyelőre annyit tudunk, hogy az őszi ülészek megkezdésekor első feladatunk a költségvetés zárszámadási törvénye egészségügyet érintő pontjainak megtárgyalása lesz. A házelnök tájékoztatása szerint az ősz folyamán egy nagy egészségügyi törvény kerül napirendre, mely szintén „salátatörvény”, amelyben több, fontos ügyet akarnak majd újraszabályozni. Ezen kívül – a tárcával egyetértésben – tervezzük a mentőszolgálat és a vérellátás áttekintését, és sok, a gyógyszerekkel és a gyógyszerellátással kapcsolatos téma is felmerül.

– Mi egy ilyen téma-áttekintés menete, és mi a következménye?

– A tematikát és az időpontokat a tárcával egyeztetjük. Előkészítő anyagokat kapunk, majd az államtitkár vagy a helyettes államtitkár eljön az ülésünkre, tájékoztatást ad, és az előzetes anyagokból felkészült bizottsági tagokkal megvitátjuk a tennivalókat. Végül születik egy állásfoglalás, amelyben a bizottság felkéri a tárcát, hogy hozza meg a szükséges intézkedéseket, majd később számoljon be arról, hogyan járt el az ügyben.

– Ezek szerint a bizottság tematizálni tudja az ágazatvezetés tevékenységét?

– Igen, ez is a feladata. Hangsúlyozom, mindezt előzetes egyeztetés után, a tárca egyetértésével tesszük. A tennivalók meghatározása a kormány feladata, de mi nem mondunk le arról, hogy azok alakítását interaktív módon segítsük.

– Közeledik a jövő évi költségvetés elkészítésének, a költségvetési törvény vitájának időszaka. Az egészségügyre még soha nem jutott annyi a költségvetésből, mint amennyire szükség lett volna. Ahogy visszaemlékszem, ebben az időszakban, ha nem is a kormánnyal,

nem is a minisztériummal, de a pénzügyvel mindig is konfrontálódott az egészségügyi bizottság. Most mi várható?

– Őszintén remélem, hogy nem kell konfrontálódnunk. Ám, ha szükség lesz rá, megteesszük. Azt remélem, hogy közreműködünk majd abban, hogy az egészségügy megkapja azokat a forrásokat, amelyek mellett biztosított a működése, továbbá a pénzt olyan elvek mentén osztjuk majd el, amelyek mellett a legnagyobb problémákat elszenvedő területek is létezni tudnak majd. Sok minden múlik a források elosztásának technikáján, sok mindenen változtatni kell. Szétzilálódtak a betegutak, a teljesítményvolumen-korlát (tvk) rendszeridegen, mert szembe megy a teljesítményfinanszírozás elvével, eltorzult a struktúra és még sorolhatnám tovább. Igazságosabb elosztást, a betegek számára jobb, és egészségben hatékonyabb, az ellátás biztonságát garantáló működést kell biztosítani.

A költségvetés az ágazatok közötti osztozkodás terepe, az egészségügynek keményen meg kell küzdenie az elégséges forrásokért. Nehéz lesz, nincsenek illúzióim. Nem hiszem, hogy az elmúlt években elvont 300 milliárd forintot egy csapásra vissza lehet juttatni a rendszerbe. Ugyanakkor nem mondhatunk le arról, hogy az ágazat konszolidációja, ha lépésről lépésre is, de megtörténjen.

– A konszolidáció első lépésének tekinthető, hogy a tárca felmérte a kórházak adósságállományát?

– Konszolidáció alatt korántsem csak a kórházak adósságának rendezését értem. A konszolidáció messze többet jelent, bár vitathatatlanul van pénzügyi oldala is. Legalább ennyire fontos a humán-erőforrás oldala: hiányoznak a háziorvosok, elfogynak a nővérek, elszívárognak az orvosok. Része a konszolidációnak a fejlesztés, benne az európai-uniós források hibás és kaotikus felhasználásának az áttekintése. Megakadályozása annak, hogy sorra épüljenek egészségházak oda, ahol se beteg, sem orvos nem lesz a működéshez. Újra kell osztani a kapacitásokat... Komplex, bonyolult feladatok, s mindezeknek a megoldása együtt jelentik a konszolidációt. Egyelőre csak az égetően forráshiányos területek rendezése van napirenden. Ilyen a kórházak elképesztő méreteket öltött lejárt határidejű adósság állománya. Erre forrást kell biztosítani, és jó, hogy a tárca felmérte, hogy pontosan mennyit. Nem szabad elfelejteni azt sem, hogy vannak intézmények, amelyek igen nagy áldozatok árán fenntartották likviditásukat. Rengeteg mindenről lemondtak ennek érdekében, még olyan intézmény is akadt, ahol a működőképesség fenntartása érdekében az orvosok lemondtak fizetésük egy részéről. Nem fordulhat elő, hogy ezek az intézmények nem kapnak semmit, ám pénzhez jutnak azok, amelyek nem gazdálkodtak jól, vagy más okokból adósdottak el. Nem akarom folytatni a nehézségek sorolását. De ha a költségvetésben lesz is forrás az adósságok rendezésére, nehéz feladat lesz úgy elosztani, hogy az ne csupán a számlák kifizetését, hanem a működés

hosszú távú fenntartását is biztosítsa, s ezzel valóban konszolidáljon.

És ami a legfontosabb. A megoldásokat a szakmával, a szakma szervezeteivel való teljes egyetértésben kell megtalálni. Megengedhetetlen, hogy úgy történjen a forrás többlet

elosztása, hogy annak eredményeképpen cirkuszok, veszedések kezdődjenek a szereplők között, a feszültségek növekedjenek, és ne az ágazat megnyugvása, biztonságértének növekedése következzen be. Ez a közeli jövő legnagyobb kihívása.

Nagy András László

NÉVJEGY



Dr. Mikola István

1947-ben született Veszprémben. 1972 óta orvos, szakterületei: belgyógyászat, infektológia. Az Egyesült Államokban egészségügyi szervezéstant és kórházi menedzsmentet tanult. Munkahelyei: Ajka, Magyar Imre Kórház (főorvos, majd igazgató), Fővárosi Szent László

Kórház (főigazgató), Nemzetközi Gyógyszergyártók Egyesülete (igazgató), Országos Vérellátó Szolgálat (főigazgató), egészségügyi miniszter az Orbán-kormányban. Volt a magyar és a világ Kórházszövetség elnöke, ill. alelnöke, az

Egészségügyi Tudományos Tanács elnökségi tagja, a Magyar Tudományos Akadémia elnökének főtanácsadója, a Magyar Egészségügyi Társaság elnöke, a Fidesz – Magyar Polgári Szövetség Egészségügyi Egyeztető Fórumának elnöke. A rendszerváltás idején a KDNP alapító tagja, majd alelnöke volt.

Egyetemi oktató, egészségügyi stratégiai menedzsmentet és minőségbiztosítást tanít. A 2006. és a 2010. évi országgyűlési választásokon Fejér megyei területi listán szerzett mandátumot. 2006-tól az egészségügyi bizottság alelnöke, 2010-től elnöke.

Nős, három gyermeke van.

Forradalom a kardiológiában

Az Országos Egészségügyi Pénztár közel 25 milliárd forintot fordít évente szívkatéterezésre. Részben a megfelelő finanszírozásnak, részben pedig a jól szervezett munkafolyamatoknak köszönhetően az elmúlt másfél évtizedben 15 ezerről 7700-ra csökkent az évi infarktus halálozás hazánkban. Az OEP befektetése semmiképpen sem kidobott pénz. Magyarországon 16 szívkatéteres labor a nap 24 órájában a hét minden napján azonnal látja el az infarktusos betegeket. A 16 laborból 3 privátlabor, ami arányában kevesebb, mint az európai átlag.

Az elmúlt 16 évben a heveny szívizom infarktus, a szívritmus zavar és a szívelégtelenség kezelésében hatalmas fejlődés következett be a világon, és ezzel lépést tartva hazánkban is. Harmincegy ország sorrendjében az intervenciós kardiológiai ellátásban a hatodik-hetedik helyen állunk.

A fiatalok körében csökkent a szívizom infarktusok száma, ám a negyvenes korosztályban továbbra is jelentős szerepet játszik. A korábbi EU-15 tagállamához képest nálunk a 65 évnél fiatalabb korosztályban háromszor gyakoribb ez a betegség, és az esetszám Magyarországon hatszorosa a Franciaországinak.

Ma MINDENKINEK, orvosoknak és laikusoknak egyaránt óriási felelősségünk van a gyógyulásban: lényeges a hozzáállásunk és tájékozottságunk is a szívbetegségeket illetően. Jó példaként, a tudatos egészségmegőrzés eredményeként Ausztriát említhetjük, ahol a szívizom infarktus kialakulását követő 60-70 percen belül a beteg megfelelő szakorvoshoz kerül, ez az idő nálunk 3,5 óra. A betegek gyors orvoshoz fordulásában kell még sokat javulnunk, azaz tartós mellkasi panaszok esetén a beteg azonnal hívjon mentőt.

Kardiológia Szakmai Kollégium
Dr. Merkely Béla, elnök
Budapest, 2010. szeptember 6.