

Meg kell felelnünk a kor kihívásainak

Interjú Dr. Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkárral

Immár három hónapja, hogy az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyért felelős államtitkára átvette kinevezését Áder János köztársasági elnöktől. Balog Zoltán, az emberi erőforrások minisztere azon elvárását fogalmazta meg Dr. Zombor Gábor államtitkár felé, hogy csökkentse az orvosok elvándorlását, folytassa és felügyelje a fejlesztéseket, és álljon őrt az egészségügy forrásai felett. Arról, hogy milyen elképzelésekkel látott neki a feladatnak, és melyek az egészségügyi kormányzat legfontosabb célkitűzései, Dr. Zombor Gábor lapunknak adott interjújában számolt be.

– Államtitkár úr, engedje meg, hogy ezúton gratuláljak kinevezéséhez magam és az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja szerkesztősége nevében! Mi az a három terület az ágazat irányításában, ahol mindenképpen változtatást szeretne felmutatni a ciklus végére?

Ahhoz, hogy előrébb jussunk, szinte mindennek változnia kell. A kormány egészségügyi politikájának középpontjában az egészségügyi intézmények fejlesztése, pénzügyi helyzetük rendezése, az egészségügyi dolgozók béremelése, megbecsülése, az alapellátás fejlesztése és a lakosság egészségügyi állapotának javítása áll.

Az ágazatot egészében kell szemlélni, hiszen jól működő alapellátás nélkül nincs megfelelő szakellátás, kellő színvonalú ápolás, rehabilitáció nélkül nincs kielégítő fekvőbeteg ellátás – ezek egymástól különválaszthatatlan elemei az egészségügyi rendszernek. A cél mindenképpen az, hogy megteremtjük a fenntartható, finanszírozható és jó színvonalú, minden állampolgár számára hozzáférhető egészségügyi ellátás kereteit. Mindezt úgy szeretnénk megvalósítani, hogy minél többet megőrizzünk abból az értékből, amit a jelenlegi egészségügyi ellátórendszer, a társadalombiztosítás jelent. Mindeközben természetesen fejlődünk is kell, megfelelve a kor kihívásainak. Ma az országban több mint 330 milliárd forintnyi egészségügyi beruházás zajlik, s nekünk biztosítanunk kell, hogy mindezek megfelelő minőségben, határidőre befejeződjenek, és a betegellátást szolgálják. Ahhoz pedig, hogy beüzemeljük, működésbe hozzuk az új infrastruktúrákat, meg is kell töltenünk azokat tartalommal.

HUMÁN ERŐFORRÁS

– Ez a gondolat átvezet a humán erőforrás kérdéskörére. Milyen lépéseket terveznek az orvosok elvándorlásának megakadályozására?

Az egészségügy volt az első, ahol a kormány béremelési programot indított. A bérrendezés 2012 óta több lépcső-

ben zajlik. Ápolók, orvosok, szakorvosok, mentőorvosok, fogorvosok, rezidensek, gyógyszerészek – mind részesei a bérrendezésnek, az alapellátás finanszírozásának emelésével a háziorvosok és a védőnők is többletjövedelemhez jutottak. Programok indultak a fiatal orvosok itthon tartására, az egészségügyi hiányszakmák pótlására, az egészségügyi szakközépiskolák újrarendezésével megújult az ápolóképzés. A fiatal orvosokat ösztöndíjakkal segítjük az elindulásban, a megélhetésben. Sikerült megfékeznünk az egészségügyi dolgozók elvándorlását. Ugyancsak kormányzati támogatás segíti a fiatal háziorvosokat, hogy minél többen vállaljanak praxist az ország minden részében. 2014-ben további 10 milliárd forintot fordítunk az alapellátásában dolgozók finanszírozásának emelésére.

Ahhoz, hogy itthon tartsuk az orvosokat és az egészségügyi szakdolgozókat, olyan emberi erőforrás stratégiát kell kidolgoznunk, ami által újra vonzóvá tehető az orvosi és a szakdolgozói pálya. Ez a versenyképes és kiszámítható jövedelmezés, az életpályamodell és a megfelelő munkakörülmények megteremtését jelenti. A béremelés önmagában ugyanis nem elegendő ahhoz, hogy lassítsuk, illetve visszafordítsuk a migrációs tendenciát. Megfelelő jövőkép kell, amihez az is hozzátartozik, hogy lazuljon a kórházak tekintélyvel alapuló hierarchikus rendszere. Ebben számítunk az orvos-szakmai szervezetek közreműködésére, amelyekkel közösen kell tennünk azért, hogy lebontsuk ezeket a falakat. Ennek keretében szükség lesz a főorvosi kompetenciák áttekintésére, és az ún. mentor-tutor rendszer felülvizsgálatára.

Tervezzük továbbá a különböző rezidensi ösztöndíjprogramok bővítését, és lehetőség szerinti kiterjesztését a teljes rezidensi állományra. A szakorvosjelöltek Markusovszky Lajos Ösztöndíjának és az egyéb speciális – például gyermekorvosi, aneszteziológusi – ösztöndíjak célja, hogy az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben résztvevőket támogatásban részesítse, segítve őket ezzel pályájuk kezdetén a szakmai gyarapodáshoz elengedhetetlenül szükséges anyagi biztonság megteremtésének érdekében. Az orvosi hivatáshoz méltó bérezés felé tett első lépés lehet az ösztöndíj, amelynek összege már most számos fiatal szakorvosjelölt számára nyújt lehetőséget, hogy tehetségét kibontakoztassa, szorgalmával, elkötelezettségével hozzájáruljon a hazai egészségügyi ellátórendszer eredményes működéséhez, valamint megteremti a kellő anyagi biztonságot a családalapításhoz és egzisztenciájuk felépítésének megkezdéséhez.

– Kifejtené bővebben, hogy ez az ösztöndíj milyen összegszerű támogatást jelent fiatal orvosok számára és milyen feltételek teljesítése esetén lehet hozzájutni?

Az ösztöndíjak százezer forintos nagyságrendűek, folyósításuk feltétele, hogy az ösztöndíjas a képzési tervének megfelelően teljesítse szakképzését és ezt a szakképzést koordináló egyetem igazolja. A szakképesítés megszerzése után az ösztöndíj folyósítása időtartamának megfelelő ideig hazai, társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál kell végezni főállásban orvosi tevékenységet. Fontos kritérium továbbá, hogy az ösztöndíjban részvétel után az ösztöndíj folyósítása időtartamának megfelelő ideig hazai, társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál kell végezni főállásban orvosi tevékenységet. Fontos kritérium továbbá, hogy az ösztöndíjban részvétel után az ösztöndíj folyósítása időtartamának megfelelő ideig hazai, társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál kell végezni főállásban orvosi tevékenységet. Fontos kritérium továbbá, hogy az ösztöndíjban részvétel után az ösztöndíj folyósítása időtartamának megfelelő ideig hazai, társadalombiztosítás által finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál kell végezni főállásban orvosi tevékenységet.

– Nemzetközi összehasonlításban mennyire versenyképesek az itthoni ösztöndíjak?

Nagyjából megfelelnek a nemzetközi szintnek, sőt, talán még valamivel jobbak is. Az igazi probléma azután kezdődik, amikor valaki szakorvossá válik. Ilyenkor a tudása zenitjén van már, ugyanakkor igen alacsony bérral tud csak nekiindulni a szakmai életének. Ez körülbelül a harmincéves életkor táján történik, amikor már időszerű lenne a családalapítás és az egzisztenciateremtés, ami kezdő szakorvosi fizetés mellett nem könnyű. Ez a csoport tehát a legveszélyeztetettebb, ezért nekünk abban kell lépnünk, hogy a pályakezdő szakorvosoknak ne csökkenjen le a jövedelmük, hanem legalább az addig elért nívót tudják tartani.

– Az imént elmondottak egybevágóak a Magyar Rezidens Szövetség elnökének véleményével is, aki úgy nyilatkozott, hogy az ösztöndíjprogramok csak az első építőköveket jelentik, mivel fontos lenne a szakorvosi bérek emelése is.

Igen, a nagy dilemma az, hogy a szakorvosi minimálbérezéssel hogyan lehet megtartani az orvosainkat. Nyilvánvaló, hogy nem tudjuk felvenni a versenyt a német, svájci, vagy norvég bérszínvonalal. De azt is látjuk, hogy a felsorolt pozitív lépéseknek – az ágazati béremelésnek, a rezidens ösztöndíjnak – megvolt a hatása: csökkent, illetve lelassult az elvándorlási hullám. Az orvosok Nyugat- és Észak-Európa felé történő áramlása egyébként nem magyar specialitás. Ugyanilyen gondokkal küzdenek egész Közép-Kelet és Dél-Európa egészségügyi ellátórendszerei is.

KÓRHÁZKONSZOLIDÁCIÓ

– Milyen elvárásokat támaszt az államtitkárság az egészségügyi intézmények vezetői felé, különös tekintettel az állami fenntartású intézményekre?

Elvárjuk, hogy megfelelő gondossággal, szakmaisággal irányítsák az intézményeket. Meg kell állítanunk közösen az eladósodási folyamatot, és hosszú távon meg is kell azt szüntetnünk. Felelős vezetői munkát várunk el, amihez megfelelő kompetenciákat fogunk hozzárendelni, mivel az intézményvezetői kompetenciák az utóbbi időben némiképp beszűkültek.

– Az eladósodott kórházak pénzügyi helyzetének rendezéséhez elkerülhetetlennek látszik a pluszforrásokallokálása.

Természetesen, a kórház-konzolidációhoz forrás szükséges, ez nem vita kérdése. Hogy pontosan mekkora ez az összeg, és azt milyen formában bocsátja rendelkezésre az állam, kormányzati döntést igényel. A kormány elkötelezett a kórházak pénzügyi helyzetének stabilizálásában, a kórházak és a betegellátás fejlesztésében és az egészségügyi dolgozók anyagi megbecsülésének javításában. A rendszerváltás óta legnagyobb – 300 milliárd forintos fejlesztés zajlik az egészségügyben, és az ország gazdasági teljesítményének köszönhetően lépésről-lépésre tudjuk javítani az egészségügyi dolgozók bérét is. A kormányváltáskor a kórházak 80%-át közvetlenül veszélyeztette a csőd, ezt a kormány intézkedéseinek köszönhetően sikerült elkerülni. Az adóssághoz konszolidáció a 2010-es kormányváltás óta gyakorlatilag folyamatos, a kormány rendszeresen többletforrásokat biztosít a működéshez, a tartozások újratermelődésének megakadályozása érdekében a fekvőbeteg-szakellátó intézmények nagy része a 2012. év folyamán állami fenntartásba került. A kórházak új fenntartója, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSI) is sokat tesz a kórházak gazdálkodásának javítása érdekében. A GYEMSI folyamatosan felülvizsgálja a kórházak vezetőinek intézkedéseit, és korábban felhalmozott adósságaikat is igyekszik csökkenteni. Mindezek mellett a központosított közbeszerzés is hozzájárul az intézmények beszállítói tartozásának csökkentéséhez, mely mindeztől eddig összesen 10 milliárd forintos megtakarítást eredményezett. Az EMMI folyamatosan vizsgálja és a kormány elé terjeszti a jövőben is az egészségügy további helyzetének javításáért szükséges intézkedéseket. Dolgozunk azon a konszolidációs javaslaton, amivel középtávon megakadályozható az adósság újratermelődése. Ennek során figyelembe kell vennünk azt is, hogy a nagyjából megegyező nagyságú, hasonló profilú kórházak gazdálkodása között igen nagy eltérés tapasztalható. Ugyanakkora dologi kiadás és bevétel mellett az egyik intézménynek hárommilliárd forint az adósságterhe, míg a másiknak nulla. Ezért egyenként górcső alá vettük a kórházakat, és azt tapasztaltuk, hogy az eltéréseket részben a menedzsment, részben a működési struktúra különbözősége okozza. A kórházvezetők kevésbé tudják befolyásolni a működést, ezért segíteni próbálunk nekik, nagyobb szakmai önállóságot adni, és olyan terheket levenni a vállukról, amire nincs ráhatásuk. Gondolok itt a közszolgáltatásokra, az ingatlanok fenntartására, amit terveink szerint a jövőben az állam közvetlenül finanszírozna. Magyarán ezeket az állandó költségeket kivonnánk a teljesítményfinanszírozásból, egyenlőbb esélyeket teremtve ezzel az intézmények között.

– Arra gondol, hogy ne kerülhessen hátrányba egy intézmény csak azért, mert előregedett, gépészetileg elavult épületben működik, amelynek a fenntartása jóval költségesebb?

Pontosan. Van olyan kórház, amelynek adottságai miatt a kiadásai harminc százalékát viszik el az állandó költségek – a fűtés, a világítás, a karbantartás, stb. –, viszont van olyan intézmény is, amelynek költségvetésében 20:80 ez az arány, tehát több pénz jut a betegellátásra, bérezésre. Ezt a kérdést mindenképpen az adóssághozjárólival együtt szeretnénk rendezni. Ezt a részt ki fogjuk vonni a teljesítményfinanszírozásból, ami kizárólag a szakmai betegellátásra vonatkozó díjtételeket tartalmazná. Az állami szerepvállalás egyben garanciát is jelent majd a rezsiköltségek fedezetére..

ÚJ IRÁNYOK AZ ALAPELLÁTÁSBAN

– Régóta elvárás a kormány részéről a háziiorvosi rendszer megerősítése. Túl a most megjelent pályázati rendszeren, terveznek-e további lépéseket?

Igen, tervezzük lépéseket a háziiorvosi rendszer megerősítésére és a működési körülmények fejlesztésére. Több program indult és fog elindulni a közeljövőben, amelyek mind a házi orvosok működési feltételeinek javítását szolgálják. Új minőséget teremthet az alapellátásban az a praxis-közösségi működési modell, amely az alapellátás hagyományos szereplői, az orvosok, ápolók, védőnők mellett erre a feladatra speciálisan képzett népegészségügyi szakemberek, dietetikusok, gyógytornászok, praxis-közösségi nővérek és egészségpszichológusok bevonásával új szolgáltatások – egészségi állapotfelmérés, prevenciók rendelés, életmódtanácsadás, közösségi egészségfejlesztés – nyújtásával járul hozzá a lakosság egészségi állapotának a javításához. Új elem az erőforrások jól szervezett, települések közötti megosztása: a praxis-közösségi működési modell keretében a szakemberek és a szolgáltatások szervezettebb módon jutnak el a lakossághoz. Így biztosíthatóvá válnak a könnyebben elérhető, magasabb színvonalú népegészségügyi és rehabilitációs fókuszú egészségügyi szolgáltatások. A lakosság bevonását segítik a helyi közösségből kiválasztásra került segéd-egészségőrök. Ezzel nem csak munkalehetőséget teremtünk a kiválasztott egészség-őrök számára, hanem OKJ-s képzést is, ami a munkaerőpiacon a projekt kereteitől függetlenül is jól hasznosítható, értékes szaktudást jelenthet.

– Hány praxisban működik jelenleg a modell?

A modell jelenleg Hajdú-Bihar és Borsod-Abaúj-Zemplén Megye 27 praxisában működik, de a középtávú cél az, hogy a többszörösére, akár ezres nagyságrendű praxisra is kiterjesszük. Ez egy jól megalapozott fejlesztési lehetőség, amelyre 4 milliárd forint áll rendelkezésre. Folyamatosan monitorizáljuk a praxis-közösségek működését, gyűjtjük a tapasztalatokat, amelyek alapján felmérjük, hogy mely részekem bizonyultak fenntarthatóak, és melyek kevésbé hasznosíthatóak. A hosszú távú cél mindenképpen az, hogy a 2014-2020 közötti időszakban az ország összes háziiorvosi praxisára kiterjesszük ezeket a „good practice” megoldásokat, így bővítve a házi orvosok, illetve az alapellátás szakdolgozóinak a kompetenciáját. Minderről egyeztetéseket

folytatunk a különböző kamarákkal és érdekvédelmi szervezetekkel.

EGYENLŐTLENSÉGEK FELSZÁMOLÁSA

– Mi a véleménye a köz- és magánellátások kapcsolatáról, együttes működésének veszélyeiről?

A kormány egészségpolitikájának az a célja, hogy az egészségügyi intézményeink és a betegellátás olyan színvonalú legyen, hogy minél többen gyógyuljanak az állami egészségügyi ellátásban, mert az egészségügy nem üzlet. A 2008-as szociális népszavazás legfontosabb eredménye az volt, hogy sikerült megakadályozni az egészségügy privatizációját, mert az egészségügyet nem lehet üzleti szempontok szerint működtetni. Semmiképpen sem tartom támogathatónak, hogy állami fenntartású intézmények épületeiben és eszközeivel magánellátás folyjon hálapénzért, a társadalombiztosított betegek ellátásának rovására. Nem megengedhető, hogy az orvos a szakrendelésről azért utalja be a kórházi osztályra a beteget, hogy aztán államilag finanszírozott körülmények között megoperálja, kezelje és ezért paraszolvenciát kapjon. Azt tudom elfogadni, ha mind a munkaidő, mind a szervezet, mind a helyszín tekintetében elkülönülten történik a magánbetegek ellátása, akár intézményi szervezésben, akár magánvállalkozás keretében.

– Lát-e lehetőséget a kórházi várólisták és a járóbeteg szakellátás betegbefogadási listáinak csökkentésére?

A várólisták részben pénzügyi okok miatt, részben pedig az imént részletezett okok, az aránytalan országos ellátási viszonyok miatt jönnek létre. Egyes kórházak még a saját kvótájukat sem tudják kihasználni, míg más intézmények hosszú várólistákat kezelnek, mert a betegek személy- vagy intézményfüggő okok miatt ott kívánják kezeltetni magukat. Ez utóbbiak esetében a területen kívülről érkező betegek magas száma miatt a saját területhez tartozó betegek ellátása problémás. Ezért azt tervezzük, hogy a fel nem használt kapacitásokat központilag összevonjuk, majd kiosztjuk azon intézmények számára, amelyek szabad kapacitással rendelkeznek. Aktuálisan ez mintegy 1,2 milliárd forintnyi várólista-csökkentési lehetőséget jelent, amit az intézmények rendelkezésére kívánunk bocsátani. Ezzel jelentősen tudjuk csökkenteni a várólistákat, és meg tudjuk akadályozni annak előfordulását, hogy egy kórház azért ne tudja ellátni a területileg hozzá tartozó betegeket, mert java-részt elektív műtétet végez.

Megjegyzem, érdemes azt is megnézni, hogy egy-egy várólista csökkentési akció alkalmával a várakozó betegek mekkora hányada jelenik meg ténylegesen a számára felajánlott időpontban az adott intézményben. Az OEP adataiból ugyanis kiderül, hogy a betegek mindössze 35-40 százaléka kívánja tartani a megadott időpontot....

– Eddig jószerével arról esett szó, hogy melyek a legégetőbb megoldásra váró problémák. Beszélgetésünk elején viszont Ön megemlítette, hogy fejlődésre, megújulásra is szükség van. Lehetünk-e ebben a tekintetben bizakodóak?

Mindenképpen. Számos olyan projekt zajlik, amellyel jelentősen segíthetjük a kórházvezetők munkáját. Ezek egy részét az intézmények összeköttetését jelentő informatikai beruházások, amelyek ötmilliárd forint értékű eszközbeszerzést és hasonló nagyságrendű szoftverfejlesztést jelentenek. Továbbá több milliárd forintot képviselnek azok a módszertani projektek, amelyeket uniós forrásból valósítunk meg. Egy most induló TÁMOP program keretében 9,5 milli-

árd forintos intézményi fejlesztést hajtunk végre. Utolsó szakaszába lépett a Semmelweis Egyetem legjelentősebb beruházása, a Korányi Projekt, amelynek elkészültét követően az új épületegyüttesben a betegek gyorsabb és hatékonyabb ellátása valósulhat meg.

– A kitűzött célok megvalósításához sok sikert és jó egészséget kívánok Önnek az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja olvasóinak nevében!

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Zombor Gábor egészségügyért felelős államtitkár 1989-ben szerzett általános orvosi diplomát a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvosi Karán. 1999-ben jogi szakokleveles orvos szakképesítést szerzett a Janus Pannonius Egyetem Állam- és Jogtudományi Karán, 2003-ban egészségügyi menedzsment szakértői diplomát

a Nyugat-Magyarországi Egyetem Közgazdaságtudományi Karán. Orvosi pályafutását a Kiskunfélegyháza Városi Kórházban kezdte 1989-ben. 1990-1995 között Kunbaján dolgozott háziorként. 1995-1996 között az MSD Hungary Kft. tudományos munkatársa volt. 1996-1999 között Baja Város Polgármesteri Hivatalának egészségügyi referense.

1999-2000 között a Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár igazgatója. 2000-2006 között Bács-Kiskun Megyei Kórház főigazgatója.

Közéleti tevékenység: 2005-2010 között az Dél-Alföldi Regionális Egészségügyi Tanács elnöke. 2002-től a Magyar Vöröskereszt Bács-Kiskun Megyei Szervezetének elnöke. 1994-1995 között Kunbaja Község képviselője. 1994-1996 között megyei közgyűlési tag (FIDESZ Bács-Kiskun Megyei lista). 2006-tól Kecskemét Megyei Jogú Város polgármestere. 2006-2010 között országgyűlési képviselő (FIDESZ-KDNP Bács-Kiskun Megyei lista), a Szociális és Ifjúsági Bizottság tagja. 2010-2014 között országgyűlési képviselő (FIDESZ-KDNP Bács-Kiskun 1. sz. választókerület). 2014-től országgyűlési képviselő (FIDESZ-KDNP Bács-Kiskun 2. sz. választókerület), a Népjóléti Bizottság elnöke.

Alzheimer Világjelentés 2014

A Nemzetközi Alzheimer Társaság 2014. szeptember 17-én Londonban, „Demencia és Rizikó Csökkentés: a védő és változtatható tényezők analízise” címmel tette közzé idei Világjelentését, amelyben arra szólítja fel az illetékeseket, hogy szükséges a demenciát is a Nem Fertőző Betegségekkel egyetemben a globális és a nemzeti közegészségügyi programokba integrálni.

A Világjelentés meggyőző bizonyítékot közöl a demencia rizikójának csökkentésére. A népesség számára fennálló demencia kockázatokat csökkenteni lehet a dohányipar ellenőrzésével, a hatékonyabb megelőzéssel, a magas vérnyomás és a cukorbetegség felismerésével és ellenőrzésével.

A Világjelentésben a londoni King's College professzora, Martin Prince hangsúlyozza, hogy a demenciát még késői életkorokban is ugyanúgy potenciálisan csökkentheti a cukorbetegség és a magas vérnyomás féken tartása, mint a dohányzás beszüntetésére és a szív-érrendszeri megbetegedések csökkentésére tett intézkedések.

Megállapította, hogy a cukorbetegség 50 %-kal emelheti a demencia rizikóját. Mivel a túlsúlyosság és a fizikai aktivitás hiánya fontos kockázati tényezők a cukorbetegség és a magas vérnyomás kialakulásában, emiatt szintén célterületek.

Folytatás a 14. oldalon