

Ónodi-Szűcs Zoltán: sok még a tennivaló Jelentős többlet a jövő évi büdzsében

Interjú az egészségügyért felelős államtitkárral



Fotó: IME – Dr. Gyüre István

Abszolút sikeresnek ítéli meg a költségvetési tárgyalásokat az egészségügyi államtitkár, aki lapunknak nyilatkozva elmondta: a jövő évi büdzsében bőven 200 milliárd felett van az egészségügyre jutó növekmény. Ónodi-Szűcs Zoltán hangsúlyozta: tovább dolgoznak a tavalyi bérmegegyeztetés eredményeinek megőrzésén, és cél az is, hogy a kollektív szerződést kiterjesszék a teljes ágazatra, annak részévé téve a bértáblát. Az államtitkár arról is beszélt, hogy bár sok még a tennivaló és idő kell ahhoz, hogy az intézmények minden területen alkalmazkodjanak a megváltozott helyzethez és elvárásokhoz, az látszik, hogy a kórházi menedzsmentek többsége tud élni a lehetőségekkel.

A kancelláriák kialakítását ugyan a választások utánra halasztotta a kormány, Ön azonban januárban bejelentette a kórházak pénzügyi-számviteli rendszerének egyszerűsítését. A központosítás azonban nem lépett hatályba áprilistól, ahogyan azt tervezték. Ezek szerint teljesen leállították a kórházak működtetését átalakítását?

A működés racionalizálására mindenképpen szükség van, és nem is lehet ezt megspórolni. Az elképzelhető, hogy később kell ezt megvalósítani, de mindenképpen szükséges lesz rendet teremteni. Ennyi kórházzal ez másképp nem megy.

Korábban Ön a kórházak pénzügyi-számviteli folyamatának egységesítése mellett érvként hozta fel, hogy ez garanciát jelenthet arra, hogy végre felszámolják azokat az anomáliákat, amiket az Állami Számvevőszék is feltárt tavalyi vizsgálataiban. Ráadásul egyre több kórházat bírságnak meg közbeszerzési szabálytalanságok miatt.

Ez is azt igazolja, hogy megalapozottak a terveink, amelyekről, hangsúlyozom, nem szándékozunk eltérni.

Az év első három hónapjában összesen 9,4 milliárd forinttal nőtt a kórházak lejárt adóssága. Ön az év elején még annak a reményének adott hangot, hogy az év végéig 20 milliárd forint alatt tartható az adósságállomány növekedési üteme.

Akkor azonban azt is mondtam, hogy ezért a kórházaknak még rengeteget kell dolgozniuk. Nézze, húsz hónap alatt több mint 121 milliárd forintot tett bele a kormány a magyar egészségügybe a kórházak adósságrendezésén keresztül, és soha nem kezdtek még az évet a kórházak olyan kevés adóssággal, mint az idén. A tavalyi év végén 13,4 milliárd forint lejárt számlájuk volt az intézményeknek, részben annak

köszönhetően, hogy a korábbinál lényegesen lassabban növekedtek az adósságok. Míg 2014-ben átlagosan havi 4,1 milliárd forinttal gyarapodott ez az állomány, tavaly már csak 2,5 milliárdot tett ki az átlagos növekedés.

Most azonban már havi közel 3 milliárd forintos átlagos adósságnövekedésnél tartunk. Oka lehet-e ennek a tavaly novemberben hatályba lépett tvk- és hbcs-változás?

Talán ez is lehet az ok, de akkor az azt jelenti, amiről beszéltem, hogy bizony sok még az intézményekben a tennivaló. A visszatanulással ugyanis új helyzetet teremtettünk, amihez alkalmazkodni kell. Nem lehet a korábban megszokott módon ellátni a betegeket, mert akkor valóban rosszabbul járnak az intézmények. Minden kórházban vannak elkerülhető kórházi esetek, a megyei kórházakban ezeknek az aránya átlagosan több mint 12, a városiakban több mint 25 százalék. De ha a menedzsment figyel arra, hogy azokat az eseteket, amiket el lehet látni egynapos sebészeti vagy járóbeteg-ellátásban, azokat oda is irányítsa – és nem enged az alternatív ösztönző nyomásának –, nem csökken a bevétele, viszont mérséklődik az összköltsége. Olyannyira, hogy ha egy intézménynek volt éves szinten mondjuk 5 százalékos mínusza, akkor, ha élt az új helyzet adta lehetőségekkel, annak akár a felét is eltüntetheti. Sőt, attól is óva intenek mindenkit, hogy a jelenlegi adósságadatokról bármilyen hirtelen következtetést vonjon le, hiszen a minimálbér és a garantált bérminimum növekedéséhez szükséges források sem kerültek rendezésre, mint ahogy a járulékcsökkentés sem. Ha mégis kellene adni valamilyen előrejelzést, akkor a rendezés nagyjából 800 milliót javít a havi adatokon. Így viszont nem rosszak, hanem kifejezetten jók az említett adatok. Szerintem ez is azt bizonyítja, hogy a menedzsmentek túlnyomó többsége, ha kap lehetőséget, akkor tud élni vele.

Az összadósság adatok nem éppen biztatóak e tekintetben.

Mi kórházakra lebontott adatokkal rendelkezünk, és az látszik, hogy van, ahol élnek az új helyzet adta lehetőséggel, és van, ahol nem. De egyelőre mindössze három hónapot tudunk monitorozni, novembertől februárig, amikor az első hónapban még mindenki kereste a saját helyét, a másodikban több napos ünnep volt, a harmadik pedig az év eleje volt. Ezekből az adatokból tehát még nem vonnánk le messze menő következtetéseket, ahhoz mélyebb elemzésre van szükség.

Ön továbbra is meglehetősen autokratikus vezetői stílust képvisel, amit láthatóan nehezen fogadnak el az ágazatban. De például a sajtó számára is nehezen belátható, miért kell előzetes engedélyt kérnie egy önök által kinevezett főigazgatónak, ha nyilatkozni szeretne egy újságírónak.

Én is érzem, hogy még mindig nehéz megértetni az ágazat szereplőivel, hogy az államiitkárságnak az emberek, a betegek érdekeit kell elsősorban képviselni és csak azután az ágazatban érdekelt szereplőkét. Ha ezt a függetlenséget valaki autoriternek titulálja, akkor az rendben van, de senki sem híheti, hogy a döntéseket nem egyeztetjük az EMMI-n belül, illetve a kormányzat többi tárcájával. Az engedélyre visszatérve hadd kérdezzek valamit: elképzelhetőnek tartja, hogy egy multinacionális cégnél az országmenedzser az igazgatótanács engedélye nélkül nyilatkozik az sajtónak? Ugye, ezt legfeljebb egyszer tehetné meg. Mi is csak azt szeretnénk, ha tudnánk arról, ha egy kórházigazgató valamiről beszélni kíván egy újságírónak. Természetesen nyilatkozhat a kórházzal, az intézményében zajló betegellátással kapcsolatos kérdésekben, az egészségpolitikát viszont hagyja ránk.

Lapzártánk idején nyújtják be a jövő évi költségvetést. Hogyan látja, milyen pozíciót sikerült kiharcolni ebben az egészségügy számára?

Abszolút sikeresnek ítélem meg a költségvetési tárgyalásokat. Óriási növekmény van benne az ágazat számára: csak a bérmegeállapodás folytatásának fedezetére több mint 132 milliárd forint, az Egészséges Budapest Programmal együtt növekmény bőven 200 milliárd felett van a 2017-es eredeti tervhez képest.

Ön néhány hónapja ígéretet tett arra, hogy lépéseket tesz a központi bérintézkedések nyomán „összecsúszó” egészségügyi bértábla kiigazítása érdekében a Nemzetgazdasági Minisztériumnál. Milyen eredménnyel járt?

Továbbra is szeretnénk megőrizni azt a pozíciót, amit tavaly sikerült elérni az ágazati bérmegeállapodásban. Az egészségügy 2-3 hellyel tudott előbbre lépni a különböző szektorok közötti listán, de miután a teljes munkaerőpiacon jelentős bérnövekedés valósult meg, eltűntek ezek az előnyök. Visszaállításuk érdekében, valamint mert a megállapodás óta lassan már eltelt egy év, időszerű felülvizsgálni, hol tartunk, min kell változtatni.

Az érdekképviseltek, különösen a fő tárgyaló EDDSZ szerint a bérmegeállapodás csak akkor nevezhető ágazati, ha az valóban minden egészségügyi dolgozóra kiterjed.

Ebben sincs vita közöttünk. Szektorsemlegessé kell tenni a béremelést, átvezetni a rendszeren. Elsőként is a kollektív szerződést kell kiterjeszteni a teljes ágazatra, annak részévé tenni a bértáblát, és akkor lehet ágazati bérekről beszélni.

Mit jelent pontosan a szektorsemlegesség? Fenntartótól, szektortól függetlenül meg kell kapnia mindenkinek a bértábla szerint járó bért? De ki finanszírozza majd ezt?

Ahogy eddig is, ezután is az Egészségbiztosítási Alap fedezi az egészségügyi ágazat állami kiadásait.

Külön meg kell említenünk a védőnőket, akik közül több százan írtak levelet a közelmúltban a döntéshozóknak. Lázár János, a Miniszterelnökséget vezető miniszter

néhány hete meg is ígérte, hogy rendezni fogják a helyzetüket. Hol tart ez a folyamat?

Elkészült az előterjesztés, amely rendezné a védőnők helyzetét. A védőnői tevékenység unikális, és mint szakellátást, újra kell szervezni. Amennyiben létrejönne a nemzeti védőnői hálózat, a védőnőkre is kiterjeszthetnénk az egészségügyi bértáblát. Így ki lehet egyenlíteni azokat a jövedelembeli különbségeket, amelyek jelenleg a védőnők és az egyéb, hasonló végzettségű egészségügyi dolgozók között fennállnak. Ráadásul a hálózat alkalmas lenne arra is, hogy megszüntesse azt a feszültséget, ami abból fakad, hogy a védőnői bevétel a praxisból érkezik, míg a kiadások jelentős része a bértáblához kapcsolódik. Jelenleg ugyanaz a praxis termelhet nyereséget és veszteséget is, attól függően, hogy a védőnő a bértábla melyik pozíciójába kap besorolást.

Számíthatnak-e plusz forrásra a háziorvosi praxisok? A Magyar Orvosi Kamara és a Fakoosz is többször jelezte, hogy nincs forrásuk a béremelésekre, hát még, ha továbbiak várhatók.

Az elmúlt években az alapellátásba csaknem 50 százalékkal több pénz került, ám itt is látszik, hogy csupán többletforrásokkal nem lehet érdemi változást elérni. A gondolkodást kell megváltoztatni, és az alapellátás átrendezésére koncentrálni, mert máskülönben nem tudják a háziorvosi szolgáltatók ellátni a mintegy kétmillió nem fertőző, de krónikus betegségben szenvedő embert. A svájci modellprogram ebben mutatott utat, ebben a modellben ugyanis erősebb a prevenció és nagyobbak az alapellátásban dolgozó orvosok lehetőségei, hogy a betegükről gondoskodhassanak. Ezért fordítunk az Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP) két projektje keretében 9,2 milliárd forintot a praxisközösségek működtetésére és fejlesztésére. A jövő évi költségvetés tervezése során további 2,5 milliárd forintot tervezünk a modellkísérlet kiterjesztésére, reményeink szerint száz fölé emelve a kísérletben részt vevő praxisok számát. Emellett a hátrányos helyzetű kistérségben dolgozó háziorvosi praxisközösségek létrehozására is tervezünk 5,2 milliárd forint többletforrást.

Az év elején, a bürokráciacsökkentés keretében számos érdemi változás történt az egészségügyi háttérintézményeknél. A legfontosabb talán az OEP és az ÁNTSZ megszűnése, illetve átalakulása volt. Hogyan látja, kell-e finomhangolni a rendszert, vagy beállt a működés?

Még rengeteg a tennivaló. Ezek közül néhány dolgot emelnék ki. Az egyik, hogy az OEP-utód Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) hamarosan kidolgoz egy érdekeltségi rendszert, annak érdekében, hogy az alapellátásban dolgozók valóban csak a szükséges laborvizsgálatokat rendeljék meg. Rendkívül fontosnak tartom emellett az egészségügyi intézmények, szolgálatok ellenőrzési rendszerének újraindítását, megújítását, amihez nagy segítséget adhat az őszre reményeink szerint teljes kapacitással működő Egységes Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT).

Szakmai vagy pénzügyi ellenőrzésre gondol?

Mindkettőre. Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet példája mutatja, hogy ha jól kidolgozott az ellenőrzés szempontjai, megalapozott az ellenőrzés, akkor sincs probléma, ha patikát kell bezárni. Az egészségügy minden területén a szabálykövető működés a cél. Ebben nemcsak a NEAK-nak, de az Országos Tisztiorvosi Hivatalnak is van feladata. Az ellenőrzésnek sem a ténye, sem a tartalma nem lesz meglepetés, a Kórházszövet-séggel ezt egyeztetettük.

Mikortól számíthatnak az ellenőrzésre az intézmények?

Mivel április 1-jével az OTH a tárcához került, májustól elkezdődhet a folyamat. A fenntartó, az OTH és a NEAK fokozatosan felülvizsgálják a megbízottsági intézkedéseket. Ugyanakkor bizonyos „minőségi ösztönzőt” is bevezetnénk. Azt szeretnénk, ha a betegek visszajelzést küldenének az EESZT-n keresztül egy formanyomtatvány kitöltésével az ellátásukról, és a pozitív példákat valamilyen formában honorálánk.

Másfél évvel ezelőtti hivatalba lépésekor öt kiemelt területet jelölt meg, ahol változások indulnak el. Decemberben azt mondta, egyetlen dologgal, az új kórházi minimumfeltételekkel vannak csak elmaradva. Három hónap telt el az óta, sikerült-e ebben előbbre jutni?

Sajnálatos módon nem történt érdemi előrelépés. Az egyes orvosi szakmáktól, szakmacsoportoktól vártuk az ehhez szük-

séges alapinformációkat, ám erre hónapok sem voltak elegendők. Ebből tanultunk, és a rendelkezésre álló projektmenedzsment módszertanok közül egy nagyságrendekkel hatékonyabb, agilis megoldást tervezünk megvalósítani. Ez a klasszikus rögbihez hasonló módszer, amiben egyszerre az egész csapat fut, és a csapattagok egymás között passzolgatják a labdát.

Mit szól ahhoz, milyen komoly szakmai vitát váltott ki az a tervük, hogy Magyarország is bevezeti a non-doktori rendszert?

Mi hangsúlyosan nem non-doktorinak hívjuk, hiszen itt az ápolói kompetencia bővítéséről van szó azzal, hogy egyetemi végzettségű ápolókat foglalkoztatnak az egészségügyi szolgáltatók. A reakciókon igazából nem csodálkozom, bár természetesen nem örülök neki. A visegrádi négyek között csak nálunk nem működik még ez a rendszer, az unióban is az utolsók között vagyunk, ahol nem létezik, tehát komoly lemaradást dolgoznánk le a bevezetésével. A tapasztalatok szerint azokban az országokban, ahol egyetemet végzett ápolókat foglalkoztatnak, ott a kórházakban ez csak az első találkozásor okoz problémát, viszont csökken a halálozás, és nő a betegek elégedettsége. A kórházak hotelrészelekein többnyire nem is dolgoznak orvosok, csak egyetemet végzett ápolók, az itthoni osztályos munka ott jórészt ismeretlen.

Haiman Éva

A WHO magyarországi irodája, valamint a Magyar Pszichiátriai Társaság közös állásfoglalása az Egészségügyi Világszervezet Egészség Világnapján

A WHO 2017. április 7-ét, az Egészség Világnapját a „Depresszió: beszéljünk róla!” témának dedikálta.

A depresszió egy mindennapos mentális betegség, amely kezelhető, gyakran megelőzhető, ugyanakkor kezelés nélkül végzetessé válhat.

A depressziós és a szorongásos megbetegedések gyakoriak a világ valamennyi táján, így Európában és Magyarországon is. Hatással van az érintett személyek hangulatára, érzéseire, és testi egészségére is. A depresszió különböző súlyosságú formában jelentkezhet, a tünetek időtartama, a betegség lefolyása hónapokban és években mérhető. A depresszió és a szorongásos megbetegedések gyakran krónikussá válhatnak. Ugyanakkor felismerhető, diagnosztizálható állapotok, amelyek különböznek az átmeneti szomorúság, stressz és félelem érzéseitől, amelyet valamennyien megtapasztalhatunk az életünk során.

Néhány tény a depresszióról:

- A depresszió 2015-ben első helyen állt a betegségben eltöltött életek rangsorában, az összes betegségben eltöltött életek 7,5 százalékáért felelős. Minden negyedik nő és minden nyolcadik férfi élete során legalább egyszer szenved depresszióban.
- A világon több mint 300 millió ember szenved depresszióban, Európában több mint 40 millió, míg Magyarországon minden huszadik, közel félmillió ember betegszik meg élete során a depresszió valamelyik formájában. Jelenleg a depresszió a tartós munkaképesség-csökkenés harmadik leggyakoribb oka Magyarországon.
- A WHO felmérése szerint a gyakori mentális betegségek aránya növekszik, elsősorban a kis- és közepes bevételű országokban.
- Évente több mint 800 ezer ember követ el befejezett öngyilkosságot világszerte, aminek a fő okozója a gyakran kezeletlen depresszió. Magyarországon évente 1800-1900 honfitársunk követ el befejezett öngyilkosságot. Ez a szám bár csökkenő tendenciát mutat, Európai viszonylatban még mindig magasnak tekintendő.

Folytatás a 13. oldalon