

Ne a struktúrát finanszírozzuk, hanem a beteget kövesse a pénz!

Interjú Dr. Rácz Jenő egészségügyi miniszterrel

Rácz Jenőnek, a szociális feladataitól megszabadított új tárca, az Egészségügyi Minisztérium vezetőjének olvasóink nevében is gratuláltam kinevezéséhez, megjegyezve, hogy külön ok a gratulációra, hogy érkezését a szakma megleléssel, jól érzékelhető megnyugvással fogadta. Sőt, mintha a politika is elfogadná. Erre mutat, hogy a miniszterjelölt alkalmasságáról tartott szavazáskor az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának ellenzéki tagjai közül öt nem utasította el személyét, csupán tartózkodott.

– Örülök, ha így érzi. Miniszterelnök úrtól azt a feladatot kaptam, hogy – amennyire lehet – próbáljak meg békét teremteni az egészségügyben. Ez persze nem jelenthet elvtelen kompromisszumokat, de azt igen, hogy próbáljuk meg megbeszélni a problémákat, tegyünk közösen javaslatokat azok megoldására, s együtt állítsunk fel fontossági sorrendet.

– A közmelegedésből az is kihallatszik, hogy az orvosok és az őket képviselők Önt eddigi minisztériumi beosztásai ellenére nem politikusnak, hanem közülük való szakembernek tekintik...

– Számomra megtisztelő, ha ez így van. Eddigi beosztásaimban és az azokból fakadó közszerepléseim során mindig hangsúlyoztam, hogy szakember és köztisztviselő vagyok, és nem politikus. Most, hogy kormányzati funkciót vállaltam, magamnak is tudomásul kellennem, hogy beléptem a politikusok táborába, ám azt hiszem, hogy helyes, ha eddigi alapelveimen nem változtatok. Ezek közül talán a legfontosabb, hogy az ember ne kerülje meg a problémákat, hanem igyekezzen azokat megoldani. Ezt pedig ne a konfrontáció szándékával tegye: hallgasson meg minden érdekeltet, majd ha döntött, tartsa magát következetesen döntéséhez. Másik, hogy nem szabad konfliktusokat gerjeszteni pusztán csak azért, hogy történjen már valami az adott területen.

– Mi következik konkrétan ezekből az elvekből?

– Az elmúlt 15 évben nagyon sok fontos változás következett be az egészségügyben, sok pozitívummal, de jó néhány kudarccal is. Tudnunk kell, hová szeretnénk eljutni. A változások minden pozitív elemét meg kell tartani, biztosítani a kontinuitást, s mindenkit megnyerni partnernek, akinek hasonlóak a céljai. Én szeretném partnereinkkel tudatosítani,

hogy azonosak a céljaink, ha vannak is viták közöttünk arról, hogyan kell oda eljutni. Nem kétséges, hogy bármerre is lépünk, érdekek sérülnek. Ezért kell fontossági sorrendet, divatos szóval prioritásokat felállítani. A beteg érdeke az első. Nem lehet vitás, hogy az egészségügyben ez a legfontosabb elv, s ebben mindenki egyet is ért. Ehhez az elvhez kell viszonyítani minden létező részérdeket.

– Melyek azok a részterületek, amelyeken a kormányzati ciklusból hátralévő szűk időben még érzékelhető változásokat, eredményeket lehet elérni?

– A legfontosabb, s legsürgősebb feladatunk a regionalitás kialakítása. S nem csupán az egészségügyé. Nem véletlenül létesült egy új, tárcanélküli miniszteri poszt Klotjber István vezetésével ennek „levevénylésére”. Emlékezzen, amit a kontinuitásról mondtam! Igaz, hogy az ellátásszervezésről szóló törvény nem valósul meg, de az egyik legfontosabb eleme, a decentralizált fejlesztéspolitika és a regionalitásra való áttérés, igen. Elsőrendű feladat, hogy helyben, s ne országos szinten hangoljuk össze a rendelkezésre álló állami, önkormányzati, EU-s és befektetői forrásokat. Az egészségügy területén ez a Regionális Egészségügyi Tanácsok feladata lesz. S ne feledjük, az egészségügy nem valamiféle elefántcsont-toronyban létezik. Összehangolt, intersektoriális gondolkodásra lesz szükség.

– Mondana példát?

– Természetesen. Célunk, hogy egy sérült beteg minél előbb részesüljön szakszerű ellátásban. 15 percen belül kapjon segítséget, majd egy órán belül szakszerű kórházi ellátást. Ha nem lehetséges, meg kell keressük, hol, mi a legszűkebb keresztmetszet. Nincsen elég mentőautó? Az egészségügy vagy az önkormányzat büdzséjéből kell beszerezni. Rosszak az utak? Építeni kell! Szolgálati lakás kell ahhoz, hogy a közelben elegendő számú egészségügyi személyzet legyen? Településfejlesztési feladat! És így tovább!

A RET-ek már megalakultak, bár törvény még nem szabályozza hatáskörüket, s források sem állnak még rendelkezésükre.

– A koncentrálandó források között nem említette az OEP finanszírozást. Felmerült, hogy az ellátásra szolgáló összegeket „per capita” átadnák a régióknak...

– Erről nincsen szó. A szolidaritáson alapuló, egységes biztosítási rendszert fenn kell tartani, s ebben domináns ma-

rad az állam szerepe. Az egészségügyi ellátás túlnyomó részét továbbra is közvetlenül az E. Alap finanszírozza. A közeli jövőben nincsen arra szándék, hogy több biztosítás modellét alakítsunk ki, akár regionális, akár bármilyen más alapokon. Ugyanígy arról sincsen szó, hogy a lakosságnak co-payment-tel kellene megfizetnie a szabad orvosválasztást!

– Miniszterelnök úr nyilatkozatai szerint most nem a reformot, hanem a népegészségügyi program továbbvitelét tartják a legfontosabbnak. Szó esett arról is, hogy a programokat közelebb viszik a lakossághoz. Mit kell ez alatt érteni?

– Miközben a program három éve alatt már kézzel fogható eredményeit is tapasztalhatjuk, mégis úgy érzem, hogy nagy szakadék választja el a programok kidolgozóit a lakoságtól. Pedig világos, hogy a program sikerét az határozza meg, hogy az egyén felelősségét hogyan tudjuk összehangolni az ösztársadalmi felelősséggel. Ennek megoldása céljából úgy döntöttünk, hogy az Egészségfejlesztési Intézet szorosabban integrálódjon az ÁNTSZ-hez, annak is elsősorban területi szerveihez. Az ÁNTSZ létrehozásakor a korábbi járványügyi és közegészségügyi teendők mellett alapfeladatává tették a népegészségügyi programok szervezését, végrehajtását. Szándékunk, hogy egy integráló szerepet játszó személyt is beépítsünk a rendszerbe, akinek a feladata a népegészségügyi programból más tárcákra háruló feladatok koordinálása és a magyarországi programok EU programokhoz való csatlakoztatása lesz.

– Az ellátás lakosság közelivé tétele kapcsán kistérségi egészségügyi centrumok létesítéséről szolt. Mit ért ez alatt?

– Népegészségügyet is, egészségnevelést is, leszakadó rétegek integrálását is, közösség formálást is. Beszélünk arról, hogy megerősítjük az alapellátást és színvonalas sürgősségi ellátóhelyeket alakítunk ki. A kettő közé azonban kell valami olyan lakossághoz közeli centrum, amelyik közvetíteni képes az egészségügyi ismereteket, gondozást nyújt, felzárkóztat.

– Kik és hol hozzák létre ezeket a centrumokat?

– A tárca a programot készíti el, s nagyban számítunk az önkormányzatokra. Nem kell különösebb beruházásra gondolni, egy háziorvosi rendelő is alkalmas helyszín lehet.

– Említette a sürgősségi ellátást. A bizottsági meghallgatásán azt mondta, a Fidesz kormány félbeszakadt programját kívánja folytatni...

– Gógl Árpád minisztersége idején kidolgoztak egy olyan koncepciót, amely nyomán ki is alakult néhány sürgősségi centrum, elkezdődött a Mentőszolgálat fejlesztése. A mi-

nisztercserét követően ez nem folytatódott, Mikola István a népegészségügyi programot tartotta fontosnak. Mi úgy gondoljuk, hogy mindkét programnak vannak értékei, amelyeket meg akarunk őrizni. Az első lépést megtettük, mégpedig a DoktorInfo programmal, amelyik második fázisába lépett és már működik is a Mentőszolgálat keretében. Már nem csak információt nyújt a hozzáfutóknak, hanem azonnali tanácsot ad arra, hogy mit tegyen meg maga a beteg, s hogy a bajával hová fordulhat, s mikor. A következő lépés az összevont alapellátási ügyeletek kialakítása lesz, amire központi forrásból pályázati úton elnyerhető pénzt is biztosítunk. Folytatódik a mentőautók cseréje, a mentőállomások felújítása, és ahol szükséges, újak létesítése. Az ingatlanhasznosítástól várt 4 milliárd forintot az utolsó fillérig erre szeretnénk költeni. Mindent előkészítettünk, ha késnek az eladások, megelőlegezzük a pénzt.

– A korszerű és színvonalas sürgősségi ellátó helyek kialakítását célozzák az új minimumfeltételek...

– A minimumfeltételek elkészültek, szakmai egyeztetésük még folyik. Lényeges, hogy a lakossággal el tudjuk fogadtatni: nem az a jó, ha 10-20 kilométeren belül van egy olyan kórház, ahol nem tudnak megfelelő ellátást nyújtani, csupán tovább irányítani a beteget. Emlékeztetek az ideoda hurcolt betegekről szóló sajtóhíradások. Az a jó, ha ugyan távolabbra is, de egyenesen olyan helyre szállítja a mentő, ahol megfelelő személyi és tárgyi feltételek mellett végleges ellátást nyújtanak bajára.

– Ezt többen rejtett kapacitást szabályozó lépésnek tekintik...

– Az is. De nem valamiféle normatív alapon, hanem a szükségletek és az ellátási kapacitás szerint. Világosan megmondjuk, milyen ellátó rendszert szeretnénk, s a finanszírozást is ehhez igazítjuk. Kiemelt forrásokat biztosítunk a sürgősségi ellátásnak, preferáljuk az egynapos sebészetet. A jövőben nem a struktúrát, a létező kapacitásokat kívánjuk finanszírozni, hanem a beteget. El kell érni, hogy ha a beteg mozdul, az ellátását szolgáló pénz is vele együtt mozduljon!

– Az alapellátás legfőbb gondja a betöltetlen praxisok nagy száma...

– 150-200 betöltetlen háziorvosi állás van szerte az országban. Számptalan oka van annak, hogy jó néhány területen nem kelendők, értéktelenek a praxisok, ám az ezeken a területeken életet is el kell látni. A szakmával egyetértésben döntöttünk a praxisalap kialakításáról. Ennek lényege, hogy a rendszerbe lépni kívánó, de a praxis megvásárlására elegendő pénzzel nem rendelkező kollégáknak az alap megelőlegezi az üresen álló praxis árát. Ehhez társul a pályázati úton elnyerhető eszközfejlesztési forrás is. Másik célja az alapnak, hogy a nyugdíjba készülők, de vevőt nem talál-

ló kollégáktól megvásárolja a praxist. A koncepció elkészült, a pénz rendelkezésre áll, az Alapellátási Intézettel, a MOK-kal és a szakmai kollégiummal közösen az utolsó simításokat végezzük a készülő jogszabályon.

– Szó esett a háziiorvosi pályára kerülés megkönynyítéséről is...

– Ezzel kapcsolatban sok félreértés látott napvilágot. Szó sincsen arról, hogy bárkit a pályára engednénk megfelelő felkészítés nélkül. Azt tervezzük, hogy a már más szakvizsgával rendelkezőknek könnyítjük meg, gyorsítjuk fel a háziiorvosi szakvizsga megszerzését távképzéssel, elektronikus vizsgalehetőséggel. Továbbra is úgy gondoljuk, hogy a háziiorvoslásnak ugyan olyan rangú szakmának kell lennie, mint a belgyógyászat, a sebészet vagy a többi alapszakma.

– A bizottsági meghallgatás talán leghangsúlyosabb része a partnerekkel, az egészségügy nem kormányzati szereplőivel való párbeszéd kialakításáról szolt... Milyen párbeszédre lehet szó a jelenlegi igencsak feszült légkörben, sztrájkok, Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal, népszavazási kezdeményezések árnyékában?

– A párbeszédet megkezdjük. Már tárgyaltunk az Orvosi és a Gyógyszerész Kamara, valamint a Kórházszövetség vezetőivel, s az EDDSZ elnökszonyával is több megbeszélést folytattunk. A MOK elnökétől megkaptam a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztal eddigi tevékenységének, határozatainak összefoglalóját. Az egyeztetések politikai szinten is folynak, elképzeléseinkről beszámoltunk már az MSZP frakciójának. Tartom magam ahhoz, hogy szisztematikusan, mindenkivel mindent meg kell beszélni.

– Ez azt is jelenti, hogy a kormány, illetve a tárca elfoglalja helyét a Nemzeti Egészségügyi Kerekasztalnál?

– Nem hinném, hogy erre szükség lenne. Ugyanakkor a NEK valamennyi szereplőjével folyamatos tárgyalási viszonyt kívánunk kialakítani. Nem az asztal formája kell meghatározza azt, hogy kivel, miről tárgyaljunk. Az ellenzéki pártokkal való egyeztetés terepe a Parlament, annak is az Egészségügyi Bizottsága. Az érdekképviselői szervezetekkel pedig az ágazati Érdekegyeztető Tanácsban kell egyeztessük álláspontunkat.

– Az egészségügyi dolgozók sztrájkjával kapcsolatban milyen kifejeletet prognosztizál?

– A sztrájkköveteléseket megértem. Amikor beléptünk az Európai Unióba, kinyilvánítottuk, hogy Magyarország lakossága európai módon kíván élni, amibe az is beletartozik, hogy európai módon szeretne győgyulni és az is, hogy az egészségügyben dolgozók európai módon szeretnének győgyítani, s európai uniós szintű béreket szeretnének kapni. Ebben teljes közöttünk az egyetértés. Csak éppen a célhoz vezető úton való haladás sebességét illetően nem tudunk egyetértésre jutni. A kormány ezen a területen 10 éves felzárkóztatási programot tud elképzelni, amelynek keretében első lépésként megcélozhatjuk a most csatlakozott országok színvonalát, majd az előzőleg csatlakozott hatét, s végül a nyugat-európai országok egészségügyi kiadásainak és bérszínvonalának 75 százalékát. A sztrájkjal, mint módszerrel nem értek egyet. Hiszek abban, hogy értelmes párbeszéd keretében minden megoldható. Éppen ezért hívtam meg az érdekegyeztető tanácsba az országos és a helyi, szegedi sztrájkbizottság vezetőjét. Nem lehetséges csupán az EDDSZ sztrájkbizottságával kétoldalú megállapodást kötni, hiszen a területet joggal, s teljes súllyal képviseli még a Magyar Orvosi Kamara és a Kórházszövetség is, akik ugyancsak fontos szereplői az ágazati érdekegyeztetésnek.

– Köszönöm a beszélgetést, s munkájához – mindannyiunk érdekében – sok sikert kívánok.

Nagy András László