

„Nem vagyunk szerepzavarban”

Interjú a Magyar Orvosi Kamara új elnökével, Dr. Kincses Gyulával

Mint ismert, 2019. november 30-án, a Magyar Orvosi Kamara (MOK) tisztújító közgyűlésén a szervezet 202 vokssal Dr. Kincses Gyula szakpolitikust szavazta meg elnökének, míg elődje, Dr. Éger István 120 szavazatot kapott. Arról, hogy milyen változásokat tervez a kamara működésében, és milyen egészségügyi rendszer kialakítását tartaná kívánatosnak, az új elnök lapunknak adott interjújában osztotta meg gondolatait.

– Hogyan értékeli Dr. Éger István 16 éves elnökségi periódusát?

Azt gondolom, hogy a 2010 előtti időszakban a kamara szempontjából Éger Istvánnak komoly és pozitív szerepe volt, hiszen meg tudta őrizni a kamara létét azt követően, hogy a törvény megszüntette a kötelező kamarai tagságot. Bár szakmailag vitatható, a politikához kötődő lépés volt részéről a népszavazásba való beleállás, ugyanakkor eszközüül szolgált annak, hogy a kamara túlélje az említett időszakot, és egyben tartsa a tagságot. Az, hogy emiatt a kamara minden reformot ellenzett, nem biztos, hogy egészségpolitikai szempontból helyes magatartás volt. Sőt... A 2010 utáni periódusban, a kötelező kamarai tagság visszaállítása után elfogyott ez a fajta lendület, és az elnökség egyre inkább elszigetelődött a tagságtól. Másrészt valószínűleg féket jelentett a kiállásban az is, hogy a népszavazás kapcsán a kamara erősen összeforrt az akkori ellenzékkel, vagyis a későbbi kormánypárttal. Ezért a tagok úgy érezhették, hogy a kamara nem kommunikál velük megfelelően, és az érdekeiket sem képviseli hatékonyan. Mindehhez hozzá kell tenni: pozitívumként, az előző elnökség érdeméért értékelendő, hogy kiépült a szervezeti struktúra, működnek a területi szervezetek és azok irodái. Van tehát egyfajta alap, amit étellel tudunk megtölteni.

– Mire utalt Ön, amikor azt nyilatkozta, hogy haragszik Éger Istvánra?

Nem. Arra céloztam, hogy a 2019-es kampányban Éger István behozta a politikát, az ezen alapuló megosztottságot a Kamarába, és kevésbé fókuszált arra, hogy milyen szakmai, illetve szervezeti irányba kívánja terelni a kamara működését.

– Mi a véleménye az új elnökségnek a politikáról?

A kamarának, mint köztestületnek teljes mértékben semlegesnek kell lennie a politikailag, ugyanakkor fontos leszögezni, hogy ez nem jelenthet értéksemlegességet. Vannak ugyanis olyan értékek – mint az emberi élet védelme, a betegek jogainak tisztelete, az ellátás biztonságáért való kiállítás,

a humánus stb. – amelyeket a kamarának a pártpolitikától függetlenül képviselnie kell a mindenkorl kormányal szemben. Éger István politikai megosztottságot vitt a választási kampányba, nekünk viszont határozott célunk, hogy ezt felszámoljuk.

– Ön egészségpolitikusként milyen tervekkel vág neki a kamaraelnöki feladatoknak?

Fontosnak tartom, hogy a Magyar Orvosi Kamara az egészségpolitika érdemi szereplőjévé váljon, és képes legyen hatást gyakorolni a folyamatokra a betegek és az orvosok érdekei mentén. Mindazonáltal nem vagyunk szerepvárosok: az egészségpolitika készítését változatlanul kormányzati feladatnak és felelősségnek tekintjük.

– Milyen eszközei vannak a Kamarának arra, hogy hatással legyen a folyamatokra?

Egyrészt ki fogjuk követelni azt, hogy a jogalkotási törvényből fakadóan minden, az egészséggel és egészségüggyel kapcsolatos törvény és rendelet vitájában részt vehessünk, és elmondhassuk a véleményünket. Másrészt általában is párbeszédet kezdeményezünk a kormánnyal az egészségpolitika alapvető kérdéseiről, vagyis már a jogszabályok előkészítésekor artikulálni kívánjuk az álláspontunkat. Harmadrészt pedig az eddiginél sokkal szélesebb körben szeretnénk bevonni a tagjainkat folyamatokba, mert ha 40 ezer orvos alakít ki véleményt egy adott problémáról, akkor annak az egészségpolitikát alakító ereje lehet.

– Ön többször kinyilvánította, hogy szorgalmazza az ellátórendszer működésének átalakítását. Kifejtené ezt bővebben?

Alapvető célunk, hogy olyan egészségügyi rendszerünk legyen, amelyben tisztességesen lehet gyógyítani és gyógyulni. Jól működő, megbízhatóságot garantáló egészségügyre van szükség, amely biztosítja az ellátóknak is a megbecsültséget. Tudni kell, hogy a technológiai fejlődés és a kulturális változások miatt ehhez az egészségügynek is folyamatosan meg kell újulnia. Nem arról van szó, hogy valami elromlott, és vissza kell találni a jó állapothoz. Nincs hova visszatalálni! Előre kell haladni, mivel a gyógyítás folyamatosan, sok szempontból változik: ami korábban kórházi kezelést igényelt, az ma ambulánsan is megoldható, a többnapos kórházi ápolást igénylő nagyműtétek száma csökkent, egyre nagyobb teret hódít az egynapos sebészet. Ugyanakkor egyre több nagy erőforrásigényű ellátás jelent meg, ezeket centrumokban lehet hatékonyan és biztonsággal nyújtani. Maga a kultúra is megváltozott: felértékelődtek az emberi és személyiségi jogok, nem beszélve az információs forrada-

lomról. Ezek a változások át kell hogy alakítsák a hagyományos orvos-beteg kapcsolatot is. Úgy gondoljuk, ahhoz, hogy jól működjön az egészségügy, többletforrásra van szükség, ugyanakkor önmagában a pénz nem elegendő a megoldáshoz. Hiszen – ahogy említettem – nincs visszatérési pont. Erősíteni kell az ellátórendszer adaptációs képességét, és mivel ezen a téren érdemi lemaradások érzékelhetők, határozott lépéseket kell tenni mind a finanszírozási rendszer, mind pedig a szabályozás terén. Mindenki egyetért azzal, hogy a klasszikus kórházi rendszer el fog vékonyodni, és a hangsúly a járóbeteg ellátóközpontok és egynapos sebészettek, illetve a centrumok felé fog eltolódni, vagyis – képletesen szólva – az ellátórendszer a hordó formából a homokóra alakzat felé halad. Ehhez az átalakuláshoz azonban mestertervre, pénzre és szakmai programra van szükség. Ha ugyanis nem alakítjuk át a kompetencialistát, a minimumfeltételeket és a többi fontos pillért, akkor semmi sem fog változni. Ez esetben hiába épülnek uniós forrásból a járóbeteg ellátóközpontok, hiszen ha nem változnak ennek megfelelően a szakmai szabályok, akkor a tevékenységtömeg nem tud elmozdulni abba az irányba. Tehát a szakmai szabályokat, a minimumfeltételeket, a fejlesztéseket és a működési forrásokat együttesen kell kezelni és összhangba hozni.

– E tekintetben nem ad iránymutatást az öt új Nemzeti Népegészségügyi Program?

Ön látta ezt a programot?

– Nem.

Én sem, így nem is tudhatom, hogy ad-e választ az imént említett kérdésekre. Olyan jellegű átfogó egészségügyi programra lenne szükség, mint amilyen a Semmelweis Terv volt. Ha például az infokommunikációs technológiákra gondolok, eszembe jut egy mondatom, miszerint a jövő egyik legfontosabb orvosi műszere az okostelefon lesz. Fel kell ezekre a változásokra is készülni, amire a népegészségügyi program nem nyújthat megoldást, hiszen az egy másik dimenzió. Ugyanennyire fontos lenne a gyógyítási tér kitágítása a betegek felé. Amikor kompetencia-átrendezésről és feladatsúly-áthelyezésről beszélünk, azt is ideértjük, hogy növelni kell a betegek edukációját és felelősségét is a saját egészségük érdekében. Hiszen az egészségügy nem lehet egészséges a beteg helyett: képes gyógyítani, de nem tud helyettük egészségesen élni.

– Ennek a folyamatnak milyen mértékben lehetnek „kerékkötői” a partikuláris főorvosi érdekek?

Ennek kapcsán két szempont merül fel. Egyrészt az említett változások nélkül olyannyira ellehetetlenülne a rendszer, hogy az minden szereplő, így az ún. orvosbárók számára is negatív hozadékkal járna. Elképzelhető, hogy az átalakítás egyesek privilégiumainak csökkenését jelentené, ugyanakkor nem gondolom, hogy kizárólag a pluszkereset motiválja az érintetteket. Hiszen a szakmájuk legfontosabb, legtekintélyesebb szakemberei ők, és azért válhattak azzá, mert kiváló orvosok, és a pozíciójukat a saját munkájukkal, szakmasze-

retükkel érték el. És most kihasználják a szabályozatlanságból fakadó előnyöket. Amíg lehet... Ezért abban bízom, hogy amennyiben megfelelő szakmai perspektívát és tisztességes megélhetést nyújtana számukra a rendszer, a szakma elitjeként partnerek lesznek az átalakulásban. Másrészt figyelembe kell venni azt a körülményt is, hogy a főorvosi címekhez tapadó bizonyos előnyök őrzése gátolja a szerkezetátalakítást, ami nélkül a kisebb kórházi osztályok sorra működésképtelenné fognak válni. Magyarán szólva az élet rákényszeríti a rendszert a változásra, és a főorvosok is be fogják látni, hogy jobb egy működő rendszerben partnernek lenni, mint egyedül szembenézni a nehézségekkel egy nem fenntartható osztályon. Természetesen a fejünkben van egy célmodell, ahova el kellene jutni. Ugyanakkor tudjuk, hogy minden változásnak elviselhető, reális üteme van. Vagyis nem egyik napról a másikra kell a fejlődésnek végbemennie, de azt feltétlenül tudnunk kell, hogy hova akarunk eljutni.

– Milyen szervezeti, illetve működési változásokat tervez a kamarán belül?

Nagyon bízom abban a pezsgésben és erőben, ami az ismert szervezeti eredményt hozta. Hozzá kell tenni, hogy az országos küldöttgyűlésen a 31 megválasztott pozícióból 28-at a mi jelöltjeink hoztak el. Ez azt jelenti, hogy van igény a változásra, és ha a kamara tagjai elhiszik, hogy a szakma hangja felhallatszik, akkor helyben is sokkal aktívabbak lesznek. A terveink szerint a megvalósítandó ún. eKamara révén sokkal szélesebb rétegeket lehet majd bevonni akár a jogszabály-veleményezésbe, akár az alulról jövő ötletek megtárgyalásába. Idetartozik továbbá, hogy a kamara mindeddig területi alapon szerveződött, amihez természetesen nem kívánunk hozzányúlni, hiszen jól kiépített infrastruktúra kapcsolódik hozzá. Emellett szeretnénk mátrix jelleggel a különböző problémákra orientált témafelelősöket bevonni az elnökségbe, akik maguk köré tudnák gyűjteni az adott témával foglalkozó kollégákat. Ez megtörténhet akár az ellátórendszer különböző szintjeinek – alapellátás, járóbeteg ellátás, fekvőbeteg ellátás –, akár egyes nagy szakmáknak, akár a humán erőforrásnak a problémáira koncentráltan is. Ennek a szervezeti változásnak a révén szélesebb kört tudnánk bevonni a döntés-előkészítésbe.

– Milyen elvárásaik vannak az orvosbérek kapcsán a gazdaság többi szektorához, illetve a visegrádi országokhoz képest?

Hirtelen felindulásból, az adatok részletes ismerete nélkül felelőtlenség lenne számokat mondani. Abban vagyunk biztosak, hogy tisztességes, egy munkahelyről megélhetést biztosító, a társadalmi megbecsülést kifejező bérezésre van szükség, amit minden közfinanszírozásból működő orvosnak meg kell kapnia, függetlenül attól, hogy közalkalmazott, magánalkalmazott, vagy vállalkozó. Elfogadott alapelvünk továbbá: ahhoz, hogy azok a társadalmi és szakmai változások, amelyekről beszéltünk, megvalósíthatók legyenek, nem elégséges egy széthúzott, soklépcsős béremelés. Egylépcsős, érdemi emelésre, és a továbbiakban folyamatos kor-

rekcióra van szükség. Azzal kapcsolatban, hogy milyen mértékű indexálást tartunk kívánatosnak, és hova akarunk eljutni a bérek százalékában, a visegrádi bérek átlagában, a magyar GDP-hez és az inflációhoz viszonyítva, csak a részletes adatok megismerését követően tudunk majd konkrét igényt megfogalmazni.

– Véleménye szerint az imént vázolt béremelés hathat a hálapénz rendszere ellen is?

Mindenképpen így gondoljuk, de hangsúlyozni kell, hogy ehhez egylépcsős érdemi emelés szükséges. Évenkénti tíz-százalékos béremelés esetén ez nem fog működni. Akkor van esélye a hálapénz visszaszorításának, ha az ágazat dolgozói tisztességes, a társadalom számára is látható béremelést fognak kapni. Emellett egyéb feltételeknek – például a várólisták vezetésének transzparenciájának, illetve a szakmai szabályok publikálásának – is meg kell valósulniuk. Mert a betegeknek el kell hinniük: mindegy, hogy adnak hálapénzt vagy sem, így is, úgy is a szakmai protokoll szerinti ellátást kapják meg. Mindez – a bérrendezés, a transzparencia, az egészséges minőség, valamint a kormányzati oldalról megvalósuló kommunikációs kampány – feltétele a hálapénz megszüntetésének.

– Ezek egyáltalán nem irreálisnak tűnő feltételek...

Valóban nem lehetetlen mindezt véghezvinni. Tévhit, hogy olyan mélyen gyökerezik a társadalomban a hálapénz, olyannyira a kultúra részévé vált, hogy nem lehet megszüntetni. Ha belegondolunk, a magánorvosoknak ma sem adnak hálapénzt a betegek. Ugyanaz a magyar beteg ugyanannak a magyar orvosnak nem ad rendezett viszonyok között. A paraszolvencia tehát a viszonytól függ, nem pedig a determinációtól. Ha tiszta viszonyokat tudunk teremteni, akkor nem lesz hálapénz. Ezért vagyok optimista.

– A MOK elnöksége korábban közleményben kérte Áder János elnököt, hogy ne írja alá a társadalombiztosításról szóló új törvényt, mert szélsőséges helyzetek alakulhatnak ki az egészségügyben. Ön szerint milyen problémákat generálhat a 2020. július 1-jével hatályba lépő törvény?

Változatlanul az a véleményünk, hogy a magyar biztosítottaknak hozzá kell jutniuk az ellátáshoz. Azt gondoljuk, hogy ha fizetéskötelessé teszünk ellátásokat, akkor ez egészségkockázatot generálhat. Ha valaki azért nem megy el a CT-vizsgálatra, mert nem tudja azt megfizetni, és ezért nem derül fény időben a betegségére, ennek következtében nem kezdik el idejekorán a kezelését, annak egészségkockázata van. Ezt a helyzetet mindenképpen szeretnénk elkerülni. Szintén nem tartjuk megengedhetőnek, hogy a különböző jogviták – ki fizetett és ki nem, ki a felelős személyesen ezért, kit jelentett be a munkáltatója és kit nem –, megjelenjenek az orvos-beteg találkozás színterén. A másik oldalról a MOK tradicionálisan a jogok és köteleességek egységén alapuló társadalombiztosítás jogintézménye mellett áll. Egyetértünk azzal, hogy mindenkinek be kell fizetnie a járulékot, és erősíteni kell a járulékfizetési fegyelmet. Viszont fontos, hogy ne legyen emiatt ellátatlan beteg, és ennek a konfliktusa ne terhelődjön az orvos-beteg kapcsolatra. Fél évünk van arra, hogy minderre megtaláljuk a megoldásokat.

– Milyen egyéb célkitűzések megvalósítását tartja még kívánatosnak?

Új szerepében a MOK a szakmai irányultságot kívánja erősíteni. Elsősorban nem a bértárgyalásokra fókuszáló szakszervezet partnerei vagyunk, hanem arra törekszünk, hogy szakmai tekintélye legyen a kamarának. Ezért kapcsolatot kívánunk kiépíteni a szakmai szervezetekkel, mint a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ), a Magyar Kórházszövetség (MKSZ), az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete (EGVE), az Alapellátó Orvosok Szövetsége stb. Ezek a szervezetek lesznek az igazi partnereink, amelyekkel közösen meg tudjuk erősíteni a szakmaiságot, és velük együtt részt tudunk venni a szakmai szabályok megalkotásában, a protokollok újrafogalmazásában. Ezt tartjuk a MOK igazi küldetésének, nem pedig önmagában csak a bérharcot, ami fontos, de alapvetően szakszervezeti feladat. Fókuszba kívánjuk helyezni az etikai helyzet megszilárdítását is. Mert ha vissza akarjuk szerezni a szakma becsületét, akkor transzparenssé és a nagyközönség számára érthetővé kell tenni az etikai eljárásokat.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Kincses Gyula 1976-ban végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen, 1980-ban fül-orr-gégész szakorvosi szakvizsgát szerzett. 1976-tól 1991-ig a DOTE-n dolgozott fül-orr-gégészként. 1990-től 1994-ig országgyűlési képviselő. 1991-től 1998-ig a Gyógyinfok igazgatóhelyettese. 1998-tól 2001-ig a Miniszterelnöki Hivatalhoz tartozó Stratégiai Elemző Központban dolgozott. 2001-től a

Medinfo, az átalakulást követően az ESKI igazgatója. 2007. október 1-től az Egészségügyi Minisztérium államtitkára. A Fül- Orr- Gégegyógyászati Társaság tagja, valamint a Magyar Egészségügyi Informatikai Társaság, a Magyar Népegészségügyi Társaság és a Magyar Egészségügyi Telematikai Társaság alapító tagja. 1993-ban a MOTESZ International pályázaton I. díjat, 2003-ban „Pro sanitate” díjat, 2007-ben a Magyar Köztársaság Arany Érdemkeresztje kitüntetését kapott. 2019. november 30-tól a Magyar Orvosi Kamara elnöke.