

Nem vagyok népnevelő...

Interjú Székely Tamással, az új egészségügyi miniszterrel



Székely Tamást, a rendszerváltozás utáni tizenkettedik egészségügyi minisztert életútjáról és miniszteri ars poeticájáról faggattuk:

– Világéletemben sebész szerettem volna lenni. És előállt az a nagyszerű helyzet, hogy az is lettem, előbb Tata-bányán, majd a fővárosi Károlyi Kórházban. A Balassa Kórházban végigjártam a „szamárlétrát”: rengeteget műtöttem, asszisztáltam. Alorvosként kezdtem, majd főorvos lettem, végül kineveztek a kórház igazgatójának. 1995-ben a Fővárosi Önkormányzat úgy döntött, hogy a Balassát krónikus kórházzá alakítja. Ez többé-kevésbé egybeesett a Bokros-csomag idejével, sok ember került utcára, a Balassa kiterjedt munkaegészségügyi hálózatát is fel kellett számolni. Kisebbségi botrány keletkezett: az OEP előleg késett, nem volt pénzünk sem a maradék bérének, sem a távozók végkielégítésének kifizetésére. Az egynapos ellátások bevezetésével próbáltam menteni a helyzetet. Sokfelől támadtak emiatt. Volt, aki azzal vádolt, hogy emiatt adósodtunk el, mások szerint viszont „egy krónikus kórház ne aktívkodjon”. Vizsgálat indult, amely azt bizonyította, hogy nem az én „sebészkedésem” eredményezte a hiányt. A vizsgálat lezárulása után lemondtam. Elkezdtem munkát keresni. Kiderült, hogy olyan emberre, mint én voltam – évi mintegy 150 hasi-, illetve érsebészeti műtét és 4-500 asszisztencia – sehol sincs szükség. Alkalmaztak volna, de csak úgy, hogy az ne sértse a már ott dolgozók érdekeit, vagyis, ha „beállok a sor végére” és vagy jut műtét vagy sem. Sem szakmailag, sem emberileg, sem anyagilag nem engedhettem meg magamnak, hogy olyan állást vállaljak, amelyben nincsen lehetőségem a szakmám gyakorlására. Véletlenül oldották meg a helyzetet: Cser Ágnes, a Balassa korábbi jogi képviselője lett az OEP főigazgatója, ő hívott a hivatalba fősztályvezetőnek. Megállapodásunk szerint szabadnapjaimon vállalhattam műtéteket. Gyorsan kiderült, hogy ez nem működőképes megoldás, a helyben lévők egyáltalán nem voltak érdekeltek abban, hogy én vendégként eredményes legyek. 1999-ig dolgoztam az OEP-nél, eközben kiestem a szakmai gyakorlatból.

Időközben tanulni kezdtem: először elvégeztem az Egészségügyi Menedzserképző Alapítvány (EMKA) iskoláját, utána a Közgazdasági Továbbképző Intézet menedzserképzőjét. 1999-től a Terézvárosi Egészségügyi Szolgálat Sebészeti Szakrendelését vezettem, 2005-ben hívtak vissza az OEP-be, főigazgató helyettesnek.

– **Botcsinálta egészségpolitikus lenne?**

– Kezdetben valóban kényszerpálya volt, de szenvedély lett belőle. Ahogy egyre magasabbra kerültem, egyre nagyobb áttekintésem lett az egészségügy egészének a működésére. Kezdetben csak egy kórházi osztály, majd egy egész intézmény menedzselése lett a feladatomban, ám az OEP-ből már az egész rendszert át kellett lássam.

– **Később ezt miniszteri megbízottként, majd OEP főigazgatóként tehettem meg. Visszagondolva különböző nyilvános megszólalásaira, előadásaira, újraelolvassa korábbi – egyebek mellett az IME-ben megjelent – írásait, feltűnő, hogy mindig is elégedetlen volt a fennálló állapotokkal, ám soha nem nagyléptékű, a rendszer egészét megváltoztatni – megváltani – akaró gondolatai voltak, hanem olyan apró és szükséges lépésekre tett javaslatokat, amelyek hosszabb távon kihatnak a nagy egésznek a működésére. Úgy tűnik, a magyar egészségügynek egyre inkább szüksége van az efféle szakszerű, elfogulatlan gondolkodásra. Talán ez a szükség emelte Önt egyre magasabbra, végül a miniszteri székbe?**

– Mindenki, aki régebben foglalkozik az egészségüggyel – bármelyik politikai oldalról – kitűnő és helytálló diagnózisokat képes felállítani a létező állapotokról. Különbségek a terápiákban vannak, és nem kevés gondot okoz az is, hogy egyesek – a politikai helyzettől, illetve éppen elfoglalt pozícióik szerint – váltogatják véleményüket. Ami talán természetes.

A rendszerváltozás kezdetén kirajzolódott két eltérő álláspont: az MDF által képviselt fontolva haladás és az SzDSZ által elképzelt gyors és radikális átalakulás. Máig ez a két álláspont ütközik többek közt az egészségügy területén is. Ez a két szélsőség nem annyira a politikai elkötelezettségben, mint magában az emberi természetben gyökerezik.

A reformokról általánosságban az a véleményem, hogy először a fejekben kell megtörténnének. Hiába áll elő valaki a legjobb gondolatokkal, ha azokat a körülötte lévők nem fogadják be. Úgy járhat, mint Giordano Bruno. Megégették, amin nem változtat az sem, hogy később kiderült, neki volt igaza. Akkor lehet reformot csinálni, ha az emberek többsége belátja, hogy nem jó, ahogy van, elhiszi, hogy változtatni kell, mégpedig éppen a javasolt irányba. Fontos még az is, hogy aki a változtatásokat javasolja, hiteles ember legyen, higgyék el neki, hogy ért hozzá és jót akar.

Ha ezek közül egy feltétel is hiányzik, nem szabad beleválni. Ilyenkor marad a kis lépések politikája és annak a reménye, hogy a sok, jól meghatározott irányba megtett kis lépés egyszer csak minőségi változást eredményez. Nem érzem magam népnevelőnek, ez utóbbi módszernek vagyok a híve.

– Miniszteri programja valóban a sok apró lépésről és a türelmes egyeztetésről, azaz meggyőzésről szól. Ebben már gyakorlatot szerzett, előbb mint miniszteri biztos, akit azzal biztost meg az akkori miniszter, hogy a szakmával egyeztetett javaslatokat dolgozzon ki az alap- és járóbeteg szakellátás fejlesztésére, majd ugyanezt folytatta, már az OEP főigazgatójaként, amikor a miniszterelnök Önt kérte fel, hogy állapodjon meg a háziorvosokkal, illetve az őket képviselő Magyar Orvosi Kamara vezetőivel arról, miképpen pótolják a népszavazással eltörölt vízidíj miatt kiesett jövedelmeiket. Ha jól tudom, miniszteri cselekvési tervének legtöbb eleme megegyezik e két tevékenységét összegző, kormány által már elfogadott jelentésében javasoltakkal.

– Igen, jóideje ugyanazokat mondom. Példa rá, hogy a miniszteri biztosi tevékenységemet összefoglaló jelentésben is szerepel a legfontosabb: a legrövidebb időn belül módosítani kell az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvényt, mégpedig azért, mert rugalmatlanul rögzíti a 2006. decemberében fennálló állapotokat. Nem veszi, mert nem is vehette figyelembe, hogy négy hónappal később gyökeresen átalakult a fekvőbeteg-ellátó rendszer. A megváltozott helyzethez nem igazítottuk hozzá a járóbeteg-ellátás szerkezetét.

– Ön szerint jó irányba változott a fekvőbeteg-ellátó rendszer?

– Vannak elemei, amelyek egyértelműen jó irányba hatottak, más elemei elvben ugyancsak jó irányba hatnának, ám végrehajtásukba hibák csúsztak. Az aktív kórházi ágyak száma 27 százalékkal csökkent, ezek egy részét átcsoportosították a krónikus ellátásba. A krónikus – rehabilitációs – ápolási ágyak száma összességében mintegy 31 százalékkal növekedett. Ezek hasznos fejlemények.

Hasznos, hogy egy sor tevékenységet centralizáltunk. Ahhoz, hogy minőségi szolgáltatást nyújtsunk, elengedhetetlen, hogy olyanok végezzék, akiknek gyakorlatuk van benne. Az is hasznos lehetne, hogy létrehoztuk a sok rehabilitációs férőhelyet, ám nem számoltunk azzal, hogy a rehabilitáció Magyarországon évtizedek óta elhanyagolt területe a gyógyításnak. Működött egy szűk, jól felkészült, elkötelezett „csapat”, a minisztérium akkori vezetése jól látta, hogy tevékenységüket országszerte el kell terjeszteni. Nem tartott lépést ezzel néhány szükséges intézkedés, például a rehabilitációs szakorvosképzés felgyorsítása. Most van egy jól kiépített rehabilitációs hálózatunk, amelyben – elsősorban alkalmas személyzet hiányában – nem rehabilitációt, hanem krónikus ellátást nyújtunk.

Ugyanez igaz a járóbeteg-rendszer átalakítására is.

– Feltehető, hiszen most már Ön a „politika”. Éppen a kisebbségi kormányzás idején lenne erősebb a változtatásra irányuló politikai szándék?

– Változatlanul hiszek abban, hogy a szakmailag megalapozott és szükséges változtatásokhoz minden felelős politikai erő támogatását meg lehet szerezni.

– Mint már említette, törvények módosítására tesz majd javaslatot...Kardinális változtatásokat szeretne vagy ez alkalommal is a sok apró lépés taktikáját választja?

– Olyan megoldást kell találni, ami egyszerre vezet a leggyorsabban a kívánt eredményhez, ugyanakkor a rendszer szereplői számára is betartható.

– A majdani döntés egyet jelent a járóbeteg teljesítmény volumen korlátok (tvk) eltörlésével? Vagy csak felülvizsgálatával?

– A tvk összetett probléma. 1993 óta a magyar egészségügy finanszírozása teljesítmény alapú. Azóta bizonyos értelemben értelmét veszítette az, hogy az ágyszámokat és az óraszámokat, vagyis a kapacitásokat szabályozzuk. Valami értelme azért van, hiszen megkötött óraszámokban nem lehet végtelen számú beteget ellátni. Létezik tehát összefüggés a kapacitás és a megvásárolt szolgáltatások mennyisége között. Én azt szeretném, hogy mozduljunk el az ágyszámokban és óraszámokban kifejezett kapacitások felől a teljesítmény oldali szabályozás felé. A kormány már elfogadta ezt az elvet.

A tvk-t sokan, sok mindenért szidják, részben jogosan. Egyet azonban tudomásul kell venni: a költségvetési kereteket be kell tartani! Innentől kezdve számtalan hibája van bármely eszköznek, amellyel szabályozni akarunk. A bázisfinanszírozás önmagában nem jó megoldás, elsősorban azért, mert nem ismerünk olyan technikát, amellyel megfelelően feloszthatnánk a rendelkezésre álló pénzt. Kezdetben a teljesítményalapú finanszírozás alapvető technikája a lebegtetett pontérték volt. Mindenki csinált – vagy nem csinált, de jelentett – amit akart, havonta megállapították az egy egységre jutó forintértéket, és azt visszaszorozták. Nem volt jó megoldás, elvérezette a kicsi és tisztességesen elszámoló intézményeket. Ezt korrigálta az egységes alapdíj bevezetése, amely jó volt ugyan, de szétfeszítette a költségvetés kereteit. Ezután következett a tvk-val való szabályozás. Ez az elv viszonylag szerencsésen ötvözi a bázisalapú- és a teljesítményalapú finanszírozás előnyeit. Megköti a teljesítményt, de az előre meghatározott volumen teljesítése esetén garantálja az ugyancsak előre meghatározott összeg kifizetését.

A tvk elosztása azonban mindenképpen megérett a változtatásra, ugyanis bevezetések a 2003. évi teljesítmény tekintetű bázisnak. Megmerezítette az akkori viszonyokat, beleértve az éppen folyó rekonstrukciók és számos más tényező által előidézett esetlegességeket. Nincs is szükség a foltogatásra, helyesebb az egész rendszert felülvizsgálni.

– Miként?

– Erre több lehetőség adódik. Az egyik: az OEP adatállománya rendelkezésre áll, a taj-számok és a postai irányítószámok segítségével kistérségenként meg tudjuk mondani, hol, ki, milyen szolgáltatásokat vett igénybe. Lehetőségünk van tehát arra, hogy – a szakma segítségével – a lakosság számával és szakmai szükségleteivel arányosan határoz-

zuk meg a tvk-t. Újabb döntést igényel, hogy az így kialakított tvk-t régiókra, kistérségekre vagy intézményekre lebontva határozzuk-e meg. Újraszabni azért is szükséges, mert időközben nagy strukturális átalakulások zajlottak le, amit csak részben követett a tvk. Következmény: van, ahol a hiány miatt vállalhatatlanul hosszú várólisták keletkeznek, máshol pedig – főként a járóbeteg-szakellátásban és a rehabilitációban – kihasználatlanul maradnak kapacitások.

– Ezek szerint néhány alapvető döntést még nem hozott meg?

– Június végéig olyan szakmai anyagot szeretnék előterjeszteni, amely a kormányfő és a kormány tagjai számára – akik nem egészségügyi szakemberek – biztosítja az érdemi döntés lehetőségét. Be kell mutatni, mi a probléma, amit meg akarunk oldani, mik a döntési alternatívák, továbbá, hogy melyik alternatíva választása milyen következményekkel jár. Utána hatástanulmányokkal alátámasztva be kell mutatni azt az alternatívát, amelyet a tárca ajánl.

– Ezt az anyagot előzetesen egyeztetni kívánja a szakmával?

– A szakmával eddig is egyeztettem, ezután is fogok. Az előkészített anyag jó része már szerepelt úgy a kormánybiztosi, mint a háziorvosokkal való egyeztetésről szóló jelentésben. Azokat pedig nem csak tüzetesen egyeztettem a szakmával, nagyon sok javaslatukat be is építettük.

– Kérem, váltsunk témát! Az egészségbiztosítás átalakításáról szóló törvényt visszavonták. Am ismételt hírek jelentek meg az OEP regionálisát alakításáról. Milyen változások várhatók?

– A tb-vel kapcsolatban vannak lényegi és vannak másodlagos kérdések. Lényegi kérdés: meg kell őrizni a nemzeti kockázat közösséget, a szolidaritás alapú rendszert, törekedni kell arra, hogy a hozzáférésben lévő egyenlőségek csökkenjenek, illetve hosszabb távon kiegyenlítődjenek.

Ha megnézzük a valóságot, azt látjuk, hogy most van egy hivatalunk, a neve OEP. Ennek vannak megyei pénztárai. A jogszabályokat figyelmesen végigolvasva nyilvánvaló: az egészségügyi szolgáltatókkal nem az OEP, hanem a megyei szervezetek szerződnek, a megyei pénztáraknak adják le a teljesítmény jelentést, illetve a megyei pénztárak ellenőriznek. Ha a kormány úgy dönt, hogy regionális jellegű átalakítást hajt végre, akkor a jelenleg meglévő helyzetet szentesíti. A másik lehetőség egy központosított, erős biztosító és akkor ez szerződik.

Bárhogy is döntünk, van számos olyan tevékenység, amit semmiképpen sem lehet decentralizálni, ilyen például a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök befogadása. Lehetetlen, hogy ha valaki az ország egyik részében lakik, akkor bizonyos gyógyszerek társadalombiztosítási támogatás

nélkül, ha máshol, akkor százszázalékos támogatással járjanak. Tehát akárhogy is lesz, bizonyos dolgok központi kézben kell maradjanak.

– Mi az előnye a regionális biztosítók rendszerének?

– Ha emellett döntünk, könnyebben végbe mehet a kiegyenlítődség.

– A szakmai egyeztetést nem teszi lehetetlenné a kielezett politikai helyzet, amelyben a felek – többé-kevésbé jogosan – minden gesztus mögött politikai hátsó szándékot sejtene?

– Azt mondom most is, amit az országgyűlés Egészségügyi Bizottsága előtt is mondtam: hagyjuk ki a politikát az egészségügyből, beszéljünk a szakmáról! Természetesen tisztában vagyok azzal, ha valamilyen szakmai döntést hozunk, az politikai értékválasztást is megjelenít.

– Május végén fogadta az egri Markhot Ferenc Kórház, a fenntartó megyei közgyűlés és a Hospinvest képviselőit. Belekóstolhatott, milyen nehéz egyeztetni szakmai kérdésekről a politika által felizzított légkörben...

– Múlt hónapban fogadtam a vitában érdekelt feleket, de előre bocsátottam, hogy obliquon kívül vagyok, nincsen döntési lehetőségem. A törvényből adódóan a megyei önkormányzaté az ellátás felelőssége, ebből fakadó kötelezettségeit tetszése szerinti módon teljesítheti.

A kialakult feszültséget is lehet szakmai alapon kezelni. A befektető végig kell gondolja, hogy megfelelő ajánlatot tett-e az ott dolgozóknak. Akiket bizonyos fókig megértek: stabil munkahelyük van, közalkalmazottként garantált 13. havi fizetésük, felmentési idejük, végkielégítésük van. Nem szeretnének rosszabb helyzetbe kerülni. A befektető meg természetesen nem kíván mindenkit tovább foglalkoztatni, hiszen az intézmény rossz anyagi helyzetének egyik fő oka a nem a feladattal arányos létszám. Le kell ülni a dolgozókkal és akár egyenként, mind a nyolcszázuknak elmondani, hogy az adott kórházi osztály működésén mit kívánnak a jövőben változtatni és miért, a megváltoztatott helyzetben hány és milyen képesítésű emberre van szükség. Azt pedig a szakma kell megmondja, hogy személy szerint kik legyenek azok.

Ezek mind-mind szakmai kérdések. Le kell ülni tárgyalni, s mindezt higgadt fejjel végiggondolni.

– Lehet higgadtan, szakmai szempontok szerint tárgyalni, akkor, amikor a cél valójában nem szakmai, hanem az, hogy egy politikai testület vonja vissza korábbi döntését?

– Igen. A befektetőnek kell megegyeznie az orvosokkal és a többi dolgozóval. A politikai feszültség kezelhető szakmai eszközökkel.

Nagy András László

- A Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ) Programtervet készített, amely szükséges az egészségügyi ellátás szakmai, működési rendjének szabályozásához és az egészségbiztosítási rendszer átalakításához és korszerűsítéséhez. A stratégiai terv összeállításához és kidolgozásához a MOTESZ együttműködésre kérte az egészségügyben dolgozó kamarákat, intézményeket és szakmai-civil szervezeteket, mely szervezetek a legmagasabb szintű vezetők delegálásával a felkérést elfogadták és a munkában részt vettek.

A Programterv célként jelölte meg az egészségügy felzárkóztatását, az ellátás napi biztonságának és a reformok összhangjának megteremtését, a rendezettség, kiszámíthatóság és minőségjavítás elérését és a jogharmonizáció biztosítását.

A Programterv mellé elkészült a stratégiai program, amely magában foglalja:

- a minimum követelményeket, beleértve a humán erőforrás és a tárgyi feltételek meglétét is, progresszivitási szintként, a kapacitás és a teljesítmény fogalmát, mérőszámait, tartalmát (kódkarbantartás elvégzése, HBCs-k felülvizsgálata), a szakmai protokollok, várólisták pótlását, kiegészítését és rendszerezését
- a progresszív ellátási szintek meghatározását, összerendezését és szakmai tartalmát, a sürgősségi ellátás szintjeit és tartalmát, beleértve az ügyeletet és a mentést is, az egynapos ellátások fogalmát és szakmai tartalmát
- az egységes egészségügyi fogalomtár elkészítését
- a Területi Ellátási Kötelezettség (TVK), a teljesítmény-volumenkorlát (TVK) és a szűrés/gondozás tevékenységének koncepcionális felülvizsgálatát
- a szakambulancia, a gondozó, a szakrendelés fogalmát és szakmai tartalmát, normatív indikátorait, minimálisan kötelező mértékét adott lakossághoz és szakmai feladatokhoz igazítva
- a mátrix szervezetek működésének szakmai rendjét és tartalmát
- az ellátási érdekből történő kapacitás befogadás, átcsoportosítás és átkonvertálás szakmai szabályait (befogadás-kifogadás, migráció)
- az egészségbiztosítási rendszer átalakításához tartozó szakmai kérdéseket
- az ellátás struktúráját, teljesítményét, a szolgáltatás minőségét és a biztosítottak elégedettségét jellemző indikátorokat; a teljesítmények és a kiadások regionális különbségének kiegyenlítését.

A stratégiai program foglalkozik továbbá a gyógyszer, gyógyászati segédeszközök felírási szabályainak gyógyítási/kezelési kompetenciához igazításával, a magánszolgáltatóknál igénybevevett ellátások részleges közfinanszírozási lehetőségével, az alapellátáshoz bejelentkezett biztosítottak egészségi állapotának felülvizsgálatával (kockázatvizsgálat és elemzés – szűrés), az ellátás teljesítményelvű finanszírozásával az alapellátásban és a „népbetegségek” kockázatelemző/megelőző diagnosztikus előszűrésével az alapellátásban.

A Programtervet bemutatták Székely Tamás egészségügyi miniszternek, akivel mindezek megvalósítására együttműködési megállapodást írtak alá.

- Székely Tamás miniszter egy konferencián bejelentette, hogy a Humán Egészségügyi Magánszolgáltatók Egyesülete és a minisztérium közötti kapcsolatot meg kívánják erősíteni, ezért együttműködési szerződést tervez aláírni a közös munkáról.



Medicina 2000

X. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia **V. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia**

Balatonfüred, Flamingó Wellness Hotel, 2008. szeptember 18-20.

Bővebb információ: K&M Congress Kft. Tel: 301 2000
E-mail: info@kmcgress.com Honlap: www.kmcgress.com