

Székely Tamás egy éve

Éppen egy éve került Székely Tamás az egészségügyi miniszteri székbe, és a Bajnai-kormányban ismét ő tölti be a posztot. Ideje tehát számvetést készíteni. Mit vártak tőle, mit ígért, s abból mi vált valóra? És mi várható a még hátralévő egy évben?

Székely Tamástól mind a szakma, mind az őt delegáló MSZP, elődeinél, Molnár Lajosnál és Horváth Ágnesnél több empátiát és kompromisszumokra való készsége várta el. Bármi is legyen a végső konklúzió, azt mindenképpen ki lehet mondani, hogy egy nagyon nehéz időszakban (az állam súlyos eladósodása az elmúlt 7 esztendőben, következményesen a konvergencia program megszorításai miatt jelentősen csökkenő egészségügyi források, előbb pénzügyi majd gazdasági világválság, szociális válsághelyzet, kormányváltás stb.) az ágazat szereplőivel szót értve relatív nyugalmat és munkabékét tudott fenntartani. Tény, hogy az évek óta folyamatosan erősödő megszorítások közepette a politika is nagy nyomás alatt tartotta: egy év alatt csak az országgyűlésben 37 esetben interpellálták, 55 azonnali, 14 napirend előtti és 87 írásos kérdést kapott a képviselőktől és 7 alkalommal volt jelen az Egészségügyi Bizottság ülésein.

Székely Tamás alapvető vállalása pedig az volt, hogy csökkenteni az egészségügy átpolitizáltságát, és szakmai alapokra helyezi az ágazat irányítását. A politika frontján ez jobbra sikerült, aminek fontos indikátora, hogy az általa kezdeményezett legfontosabb törvényi változtatásokat tartalmazó, az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról szóló javaslatot a parlament 219 igen szavazattal fogadta el úgy, hogy a szocialista frakción kívül SZDSZ-es, MDF-es, független, fideszes és KDNP-s szavazók is voltak az „igen” gombot megnyomó képviselők között. Ez a törvény szabályozza a kapacitások befogadási rendjét, ezt egészíti ki majd a technológiák befogadásáról szóló, hamarosan megjelenő új jogszabály.

Új miniszterként egy évvel ezelőtt sokszor, sok helyen hangoztatta, hogy a társadalombiztosítást biztosítási alapon szervezett egységes nemzeti kockázatközösségeként képzele el, amely az ellenzék követelése is volt. Ennek megfelelően az egészségbiztosítási pénztárról szóló törvényt visszavonták, az Országos Egészségbiztosítási Pénztár egy biztosítóként, hét regionális pénztárral működik, és több mint 40 kirendeltséggel lakossághoz közeli szolgáltatásokat nyújt. Eredményesen, ezt bizonyítja, hogy a biztosítási jogosultság ellenőrzése folytatódott, egy év alatt 60 ezerrel nőtt a havi 4500 Ft járulékot megállapodás alapján fizetők száma. A lépésnek azonban hátulütője is van: sokan inkább a 4500 Ft-ot fizetik, és nem választják a legális munka világát, ahol ennél az összegnél magasabb járulékot kellene fizetnie utánuk a munkáltatónak.

Székely Tamás hivatalba lépésekor azt ígerte, hogy az egyébként keményen megszorított egészségbiztosítási kasszában képződő szufficit az egészségügyben marad. Így is történt: 2008 végén két részletben, egyszer 18,5 milliárd, egyszer 2,5 milliárd forint összegben az intézmények között szétosztották a megtakarított pénzt.

A Nemzeti Fejlesztési Terv 2007-2013 keretében 138 milliárd forintot írtak ki pályázatokat, 108 milliárd forint értékben már a szerződéseket is megkötötték, továbbá a napokban várhatók az újabb, ez alkalommal 200 milliárd forintos pályázati kiírások. Ebből 74 milliárd forint a struktúráváltó kórházaknak jut, 15 milliárd fölötti összegből a mentést és a légimentést, illetve a mentésirányítási rendszert fejlesztik.

A humán erőforrás kérdésében érdemi áttörés nem következett be, ám erre a szűk egy esztendő nem is lehetett elég hosszú idő. A két TÁMOP-os pályázat, amely részben képzés, továbbképzés, részben kiegészítő támogatás, és a közmunkaprogram beindításával valamelyest talán sikerült enyhíteni a kínzó szakdolgozói létszámláncot. A társadalompolitikai egyeztetés szakaszában jár a rezidensképzést átalakítani szándékozó jogszabálytervezet.

A házi orvosi ellátásban küszöbön áll a minőségbiztosítási rendszer bevezetése. Július 1-jétől nem kötelező jelleggel, hanem úgynevezett teszt üzemmódban indítják újjá a rendszert, és amennyiben bebizonyosodik, hogy valóban minőségi munkára ösztönöz, a tárca a jövő évi költségvetésben igyekszik forrást teremteni és kötelező jelleggel bevezetni. Várható, hogy a minőségbiztosítást kiterjesztik a képalkotó diagnosztikára is. Ettől a lépéstől jelentős megtakarítást, a redundáns vizsgálatok számának csökkenését remélik.

A jövőt illetően sok a bizonytalanság. Ami biztos: a minisztérium felső vezetése a miniszterrel együtt helyén maradt, vagyis az államtitkár továbbra is Vojnik Mária, Pordán József a jogi, Medgyasszay Melinda az egészségpolitikai, és Horváth Zoltán a gazdaságpolitikai szakállamtitkár. Így legalább az egészségügyben biztosítható a kontinuitás. Székely Tamás szerint a leglényegesebb, hogy a válságkezelő kormány az egészségügyből nem kíván újabb forrásokat kivonni, erre a miniszter elmondása szerint Bajnai Gordon miniszterelnök garanciát adott.

Székely Tamás vállalta a minimumfeltétel-rendszer megújítását is. A feladat végrehajtása, illetve annak befejezése az újjáalakított szakmai kollégiumok feladata, amelyet a legközelebbi idő alatt befejeznek, s talán még idén megjelenhet az új jogszabály, amelynek alapján a regionális egészségbiztosítási pénztárak legkésőbb december végéig új szerződést fognak kötni a szolgáltatókkal. Az újrafogalmazott minimumfeltétel rendszer jelen állapotában még számos inkoherenciát tartalmaz, azokat támadja a szakma és az ellenzék is, mondván, hogy csak a kórházi osztályok bezárására szolgál

majd, és köze sincs a biztosítótól kapott finanszírozáshoz. Jelen helyzetben pedig a munkahelyek és a kiskórházak megőrzésére lenne szükség, a hozzáférés romlásának elkerüléséért. Az ellenzéki egészségpolitikusok figyelmét megragadta ugyanis Székely Tamás egyik interjújának az a mondata, amely szerint „a jelenlegi struktúrában már nem lehet több forrást kivonni az egészségügyből”. Élnek a gyanúval, hogy a működési minimumfeltételek újraszabályozása úgy fog megtörténni, hogy az – finansiális kényszerhelyzetbe hozva a fenntartókat – kikényszerítse a struktúra megváltozását, a kapacitások szűkítését, a kiskórházak bezárását. Nem egészen függetlenül ettől isomoly viták kísérték a szakmai kollégiumok újraválasztását is.

A szakma nevében a Magyar Orvosi Kamara súlyosan kifogásolta, majd az ügyészségen is megtámadta a jogszabályt, melynek értelmében a 15 főben maximált kollégiumok tagságának felét (7 főt) a miniszter delegálta, a szakma csak a fennmaradó másik fél erejéig élhetett választási jogával. Az ügyészség nem semmisítette meg a kollégiumi választásokat, sőt, megállapította, hogy a kollégiumok a miniszter tanácsadó szervei, vagyis a miniszter bármilyen úton-módon megválasztathatta volna a kollégiumot. Székely Tamás azt is többször hangsúlyozta, hogy kollégiumi elnököknek minden esetben azokat a szakembereket kérte fel, akiket a kollégiumok javasoltak.

Egyébként az említett törvényben lehetőséget kaptak az ellátásra kötelezett önkormányzatok a rossznak nevezett, és bizonyos területeken valóban nem megfelelő struktúra átalakítására. Érdekes fejlemény, hogy az intézményfenntartók mindössze huszonhárom olyan módosítási kérelmet nyújtottak be, amelyekben csupán egy-két ágy átminősítését kérték, miközben akár új szakmákat is létesíthettek volna, vagy az egyes ellátási formák között is átcsoportosíthatták volna a rendelkezésükre álló kapacitásokat.

Mindeközben pedig válság van, világszerte. Magyarországon a 2009. évi költségvetési törvény intézkedései nyomán 30 milliárd forinttal, de más országokban is 3-5 százalékkal csökkentették az egészségügyi ágazat költségvetését. Akad ország, ahol ez még nagyobb mértékű volt, sőt olyan ország is, ahol az egészségügyben dolgozók bérét kényszerültek csökkenteni, vagy ahol a vizitdíj összegét növelték. Így Magyarországon a 6%-os infláció ellenére az egészségügyben nem emelkedtek a bérek. Nehéz összehasonlítani tenni a GDP 18%-át az egészségügyi ellátásra költő Egyesült Államokkal, ahol a legjobban fizetett alkalmazottak az orvosok, de tény, hogy Barack Obama elnök is az Egyesült Államok egészségügyi kiadásainak két billió (kétezer milliárd) dollárral történő csökkentésére irányuló, 10 évre szóló tervezetet hozott nyilvánosságra. Persze Bill Clinton ezirányú elképzelése is megbukott már egyszer....

Az is nyilvánvaló, hogy Magyarországon a következő időszakban a munkanélküliség növekedésével csökken a járulékbérvétel, a járulékbérvétel csökkenésével pedig az egészségügyi kassza hiánya növekszik majd. A kormány arról döntött, hogy – a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően – az alapellátástól, a közegészségügytől, a népegészségügyi

szűrővizsgálatoktól, a mentéstől és a sürgősségi ellátástól nem von el pénzt. Ezzel szemben sor került bizonyos gyógyszer-támogatások csökkentésére, csökkentették a kórházi, illetve szakrendelői finanszírozást. A kieső bevételeket pedig vagy a megnövelt jövedéki adó egy részének átengedésével, vagy az állam által befizetett, biztosítottakkénti 4500 Ft járuléknövelésével pótolják majd.

Az állandó tűzoltási kényszeren túl a népegészségügyi mutatók követésében hosszú távon jelentkező eredményt ígér, hogy a HEFOP program keretében 900 millió forintért – az Észak-Alföldi régióban, konkrétan a Debreceni Egyetemen megvalósított projekt mintájára – valamennyi régióban létrejön egy-egy egészség-monitoring központ: A fejlesztés célja, hogy valós adatokra támaszkodó, szükségletalapú egészségügyi ellátó rendszer jöjjön létre, amelyhez később illeszthető lesz a humán erőforrás fejlesztése is.

Újdonság a 16 évesek egészségügyi érettségije, azaz egészségügyi állapotfelmérése, amely a 2009-2010-es tanévben bevezetésre kerül.

Az elmúlt évben hússzal csökkent a betöltetlen körzetek száma. Jelenleg még így is 150 olyan háziorvosi körzet van, amelyben nincsen orvos. Ezeknek a körzeteknek egy jelentős része azonban nem felel meg a jogszabályban előírt követelményeknek, miszerint a gyermek-háziorvosi körzet esetén minimálisan 600, felnőtt háziorvosi körzet esetén minimálisan 1200 az ellátandó lakosságszám. A miniszter szerint ezeken a településeken az ellátásra kötelezett önkormányzatok feladata lenne az új körzethatárok kijelölése. Ugyanakkor a minisztérium a háziorvosi képzésben részt vevők számának jelentős növelését tervezi.

Az egészségügy átpolitizáltsága leginkább a HospInvest körüli csatározásokban csúcspontot érte el. Számos alkalommal feltették már a kérdést a miniszternek, hogy mikor avatkozik végre közbe, miért nem tesz rendet a 2 milliárdos adósságot felhalmozó társaság miatt veszélybe kerülő egészségügyi ellátás miatt. A kérdésre válaszolva Székely Tamás elmondta: beavatkozási lehetősége csak abban az esetben van, ha a betegellátást kell biztosítani. A biztonságos betegellátás feltételeinek vizsgálata pedig – az egyébként a miniszter által felügyelt – ÁNTSZ feladata, amelyik végzi a dolgot, és egyelőre 1-1 kisebb beavatkozáson (kardiológiai osztály bezárása) túl nem volt teendője a kétségtelenül aggasztó helyzetben. Az azonban bizonyos, hogy a kórházi fejlesztéseknek két lehetséges iránya van. Az egyik, amikor az önkormányzat dönt úgy, mint intézményfenntartó, hogy a rendelkezésére álló forrásokból végez el különféle fejlesztéseket, és ezzel biztosítja a betegellátást. Ennek ára azonban az önkormányzat eladósodása, amire jó példa a Zala Megyei Közgáz 3,5 milliárd forintos kötvénykibocsátása. A másik megoldás, hogy külső befektetőnek – például a HospInvestnek – működésbe adja az intézményt, és a társaságtól várja a beruházásokat. Ennek szabályai azonban sajnos rendezetlenek. A kérdéskört csakis a kétharmados többséget igénylő önkormányzati törvény módosításával lehet rendezni.

Nagy András László