

Miniszteri bemutakozás

A Budapesti Orvosi Kamara küldöttközgyűlésén megjelent és beszédet mondott *Mikola István*, egészségügyi miniszter. Orvosok körében ez alkalommal hirdetett első ízben programot. Az érdeklődést mi sem jellemzi jobban, mint hogy a 786 küldött mellett a hallgatóság soraiban helyet foglalt: *Szolnoki Andrea*, Budapest főpolgármester-helyettese, *Bánk Judit*, a főváros egészségügyi és szociális bizottságának elnöke, *Ajkai Zoltán*, a Magyar Kórházszövetség elnöke, *Lun Katalin*, fővárosi tisztii főorvos, *Sótonyi Péter*, a Semmelweis Orvostudományi Egyetem rektora, *Nemes Attila*, a Motesz elnöke. A Magyar Orvosi Kamara elnökségét a három alelnök, *Kaán Miklós*, *Szilvási István* és *Szelid Zsolt* képviselték.

Mikola István elmondta, konkrét programmal még nem tud előállni, de készül a tárca „kríziskezelő, de más oldalról megalapozó, egy hosszabb távú ciklusokon átívelő programja is”. Beszámolt arról, hogy megbízatása elnyerése előtt elmondhatta a miniszterelnöknek, melyek azok a legfontosabb feladatok, amelyeknek megoldása lehetőséget teremtene arra, hogy az egészségügyben is megvalósuljon a kormányprogram, amelyet jó, vállalható programnak minősített. Hozzátette, az „egészségügyben radikális és nagyon gyors, pozitív és mindenki számára euforikus, felszabadító élményt hozó megoldások nincsenek, de igenis reálisan lehet remélni, hogy elérünk néhány kézzelfogható eredményt, javítani tudjuk a munkafeltételeinket, munkakörülményeinket, és megalapozzuk az egészségügy vezető helyét a kormányzaton belül és a társadalmi munkamegosztásban.”

Mikola István beszámolt arról, hogy működése első heteit arra szánta, hogy az Egészségügyi Minisztériumban, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárban, és az ÁNTSZ-ben új szervezeti, működési szabályzatok szülessenek és végrehajtsa a szükségesnek ítélt személyi változásokat. Az apparátusokat kisebbre szabta, ami mintegy 30 százalékos létszámcsoökkentést eredményezett. Több főosztályt összevont, így reménye szerint olyan szervezet jött létre, amely alkalmas a gyors döntés-előkészítésre és ügyintézésre. Erre Mikola szerint szükség is van, mert „rengeteg elvarratlan szál, elintézetlen ügy maradt rá örökségként”. Kifejtette, jó néhány jogszabályt, elsősorban törvényt akar módosítani, ezeket február végén, de legkésőbb március első napjaiban a kormány elé kell terjeszteni, mert egyébként nem születhetnek meg ebben az évben, a „következő évben pedig a parlament nyilvánvalóan már a választásoknak alárendelve fog működni, nem lesz mód nagy törvényeknek a módosítására”.

Programja ismertetését a népegészségügyi feladatok felvázolásával kezdte. Hangsúlyozta, olyan „kompakt nép-

egészségügyi programra van most szükség, ami nem mélyen szántó tudományos program, hanem amelynek a forrásai megteremthetők, és megvalósítása ebben a kormányzati ciklusban megkezdhető”. Kifejtette, népegészségügyi programja megvalósítása „összkormányzati, multiszektoriális erőfeszítést igényel, és éppen ezért olyan program készül, ahol az egyes tárcáknak a feladatai, felelőssége, határidőkkel és felelősségi körökkel a megjelölésével fog szerepelni”.

A továbbiakban arról szólt, az egészségpolitikának is tényeken kell alapulniuk. A valid morbiditási adatok előállítását az ÁNTSZ feladata lesz, amelyhez nélkülözhetetlenek az országos intézetek, amelyeket a tárca előző vezetésének szándékai ellenére sem kíván megszüntetni. „Tudomásul kell venni – mondta Mikola István –, hogy a modern orvostudomány lehetőségei még a legtehetősebb országokban is messze meghaladják a nemzetgazdaság lehetőségeit, és ezért az egészségpolitikának a népegészségügyi szempontokat szem előtt tartva kell a fontossági sorrendet felállítania.”

Ezek után vázolta a népegészségügyi programot, amely kiterjed majd a családvédelemre, az iskolai szűrővizsgálatokra, az egészséges táplálkozásra, mentálhigiénére, a hátrányos helyzetűek egészségi állapotának a javítására, ami kiterjed a hajléktalanokról való gondoskodásra is. Környezet- és élelmezés-egészségügyi program készül, természetesen az illetékes tárcák bevonásával. A foglalkozás-egészségügyi program megvalósításakor számít arra, hogy létrejön a balesetbiztosítási ág. Lesz sugárbiztonsági programrész, kémiai biztonsági programrész, és új elemként megjelenik egy infektológiai programrész, aminek fontos része lesz a kórházhigiénés program. Mikola szerint ezen a téren „rettegetes lemaradásaink” vannak, és az európai uniós csatlakozásunk közelsége elkerülhetetlenné teszi ennek feltárását és orvoslását.

A házi-orvosi privatizációval kapcsolatosan elhangzott, súlyos kompromisszumokkal indult a folyamat, mert az előző miniszter nem vihette végig az önkormányzati törvény megváltoztatását. Most a tárca kezdeményezi majd a törvény módosítását, „tudatában annak, hogy ehhez nagyon széles körű társadalmi konszenzus kell”. Mikola véleménye, hogy elsősorban nem a politikai erővel, hanem a tulajdonosokkal, azaz az önkormányzatokkal kell megegyezésre jutni. Elmondta, a miniszterelnöktől ígéretet kapott arra, hogy amennyiben az alapellátás privatizációját teljessé sikerül tenni, akkor az alapellátás számíthat – legalább – az eszköz alapú amortizáció forrására. Ez évi 7-8 milliárd forintot jelent. Nagyságrenddel nagyobb összegre lenne szükség, ha az amortizáció térítését kiterjesztenék az ingatlanokra is. „Ha

a tőkeérték, az eszközviszapótlás nagy közgazdasági rendszerét az alapellátásban érvényesíteni tudjuk, akkor az ágazat többi területén is jó esélyünk van arra, hogy fokról fokra, lépésről lépésre továbbjussunk” – hangzott el. A miniszter csak utalásszerűen említette, nem létezhet tőkebevonás, nem érvényesülhet a szabályozott piaci szemlélet az egészségügyben, nem kerülhet sor tulajdonosi szerkezetváltásra, ha az amortizáció elszámolása nem valósul meg. Mindez felveti a minimálfeltételek, az akkreditáció, az akkreditációs standardok kérdését is, hiszen nem mindegy, hogy az eszközalapú amortizációt milyen eszközalapra számolják el.

Mikola István kijelentette, az országos intézeteket az egészségügyi ellátórendszer progresszív csúcsaiként tekinti. Az egészségügyi tárca számára azt a lehetőséget kínálják, hogy rajtuk keresztül belelásson az országos helyzetbe. Ehhez szükséges a szakfelügyeleti funkció, az országos ellátás kontrollálása és mindannak végrehajtása, amit alapítólevelük tartalmaz. Az intézetek többsége a miniszter ítélete szerint „gebinekké és magánrendelések tömegévé esett szét”.

Mikola István beszámolt róla, hogy az egészségügyi ellátórendszer működését segítő „saláta törvényt” készít elő. Ebben más törvények módosításán túl, szerepel majd a hírhedt kapacitásszabályozó törvény visszavonása is. Ennek kapcsán kifejtette, a legfontosabb kapacitásszabályozás az amortizáció bevezetése lenne, hiszen „racionális tőkegazdálkodás egy menedzsmenttől akkor várható el, ha az eszközviszapótlás, a tőkehányad megvan a működtetési forrásban. Ez önmagában a normális, adekvát kapacitás fenntartásának kényszerét jelenti.” A kapacitásszabályozás másik fontos módszere a finanszírozáson keresztül történő preferáció, diszpreferáció. Ennek első lépéseként harmonizálni kívánják a fekvőbeteg- és a járóbeteg-kasszát, egyebek mellett azért, hogy a fekvő- és járóbeteg-szakellátásban ugyanaz a szolgáltatás ugyanannyit érjen.

Befejezésként Mikola István hangsúlyozta, terveit csak akkor tudja megvalósítani, „ha az orvostársadalom felsorakozik a kezdeményezések mellett”.

Ezt követően a hallgatóság tehetett fel kérdéseket.

Lehoczky Péter, a MOK Járóbeteg-szakellátó Szekciójának elnöke a szakellátásban bevezetni tervezett működtetési jogról szóló törvény előkészületeiről érdeklődött.

Válasz: A kormányprogram tartalmazza a járóbeteg-szakellátás privatizációját. Én visszavontam a jogszabálytervezetet, mert nem elfogadható. Elmentem a Polyklinika Medicina 2000. balatonaligai konferenciájára, és sokakkal beszélgettem. Kiderült, a szakma tart az ilyen változtatásoktól.

Újra kell gondoljuk a járóbeteg-szakellátás privatizáció-

ját, a szakorvosi működtetési jogot, az orvosok jogállásáról szóló jogszabályt és a szabad, szellemi foglalkozású orvoslás kérdéskörét. Én óvatos lennék. Az az álláspontom, hogy aki életében nem vállalkozott és nem ismeri a piaci magatartás szabályait, aki életében pénztárbizonylatot nem töltött ki, költségvetésekbe nem mélyedt el, áfát nem számolt, és általában nem rendelkezik a vállalkozói attitűddel és ismeretanyaggal, azt nagyon veszélyes egyszerre vállalkozóvá tenni. És bizony vállalkozóként nem lehet megőrizni a közalkalmazotti lét egzisztenciális biztonságát és megkapni a versenyszféra bérét. Ez együtt nem létezik. Tehát én ebben óvatosabb lennék. Én azt szeretném, hogy a jogszabályok lehetővé tegyék a szabadfoglalkozású vállalkozói orvos létet, amely csak egy lehetőség lenne a többi mellett, keret; és azok a vállalkozó kedvű és kockázatot is vállalni tudó kollégák elindulhatnak ezen az úton és a jog pedig szolgáiban vonulna mögöttük. Mi pedig a kialakult és eredményes gyakorlatot kodifikálnánk jogszabályokban.

Toldi Ferenc küldött emlékeztetett arra, hogy a miniszter kinevezésére a kétéves költségvetés elfogadása után került sor. Kérdezte, nem ítéli-e ez eleve kudarcra a miniszter elképzeléseit.

Válasz: Kései kinevezésemnek én is oka vagyok, hiszen én nem vállaltam addig a pozíciót, ameddig az egészségbiztosítás irányítása nem kerül vissza az egészségügyi tárcához. Látszott, e körül a kormány is megosztott. Számomra ez azért volt alapvetően fontos, mert teljesen kilátástalan ágazati szakmapolitikát csinálni anélkül, hogy a gyakorlati megvalósítás eszközei irányítása a finanszírozás irányítása máshonnan történik. Lehetséges, hogy csak másfél évem van. Egyáltalán nem érzem ezt egy eleve kódolt, kudarcra ítélt történetnek.

Nagy András László