

Beküldte mosz - 2023, február 13 - 10:54

Harminc helyen áprilisban indulhat az új online szakrendelői időpontfoglalás – mondta Takács Péter egészségügyi államtitkár, akit kamarai kritikákról és tiltakozó akciókról is kérdeztünk. Van víziója, de egyelőre csak az Orbán-kormánnyal osztja meg. A következő fél év nagy kihívása a köz- és magánellátás viszonyrendszerének tartós rendezése lesz.



Sértődött?

Miért lennék az? Engem senki nem bántott.

Emberemlékezet óta nem fogadtak senkit akkora lelkesedéssel az ágazatban mint önt. Ehhez képest a Magyar Orvosi Kamara múlt szombati rendkívüli küldöttgyűlése tiltakozó akciót hirdetett az ön nevével fémjelzett egészségügyi reformcsomag miatt. Ön erre azt mondta vasárnap, hogy a kamara már a betegbiztonságot fenyegeti. Hamar eljutottak a kölcsönös bizalomvesztésig. Megítélése szerint mit rontott el?

Az, hogy az orvosi kamara elnöksége esetleg elvesztette irántam a bizalmát, nem jelenti azt, hogy ez az egészségügy összes dolgozójára is igaz.



Ön szerint ez a bizalomvesztés leszűkíthető a kamara elnökségére, pedig a köztestület legfőbb döntéshozó fóruma, a küldöttgyűlés szavazta meg nagy többséggel, hogy nyomásgyakorló akcióba kezd...

Belülről ismerem a kamara szervezeti felépítését. A kormányzat a szakmai szervezet vezetőségével került konfliktus helyzetbe, amely most hangolja a tagságot. Nem tartom elegánsnak, de erről már vasárnap mindent elmondtam.

A legközérthetőbben botrányos az ápolók bérhelyzete, immár az orvosok is hajlandók a saját „fegyverüket” az ápolók érdekében használni. Béremelésük júliusig halasztásával 50 milliárdot nyert a költségvetés. Azaz kevesebb mint egytizenketted Vodafone-t. Megérte ezzel a halogatással növelni a feszültséget?

Én lettem volna a legboldogabb, hogyha januártól meg tudjuk csinálni. De mivel a nekünk járó uniós forrásokat visszatartják, az országnak önerejéből kell az ápolói béremelést is biztosítani. 2010 óta az egészségügyben volt a legnagyobb béremelés. A szakdolgozói béremelés az előző négy év alatt összesen 72 százalék volt, ez meg 14 hónap alatt lesz 50 százalék.

A helyzet ellenére a Vodafone megvásárlását mégis meglépte a kormány.

Erről a nemzetgazdasági minisztert tessék megkérdezni. Minden területen megvannak a nemzetstratégiai érdekek. Magam is úgy tartom, ha tartósan magas bevételt hozó informatikai és távközlési cégbe investál egy állam, ami később többszörösen megtérül, az általában jó üzlet szokott lenni. Megjegyzem, hogy jövőre az E-Alapból 350 milliárddal több megy orvosbérekre, és 240 milliárddal több szakdolgozói bérekre, mint 2019-ben. Ez pedig évente tesz ki majdnem 600 milliárdot, nem csupán egyszeri alkalommal.

Elképzelhetetlennek tartja, hogy az orvosi kamara követelésének is eleget téve, januártól megkapják visszamenőlegesen az emelt összeget az ápolók?

Ha van mozgástér, lehet akár előbb is beavatkozni. Ám ebben a pillanatban – tekintettel a bizonytalan gazdasági környezetre – felelőtlenség lenne bármit is ígérni. Háború van, szankciós válság van, és ennek nem látni a végét. A kormány a lakossági rezsiszükséglet védelmére, a gazdaság, a munkahelyek, a családok, a nyugdíjasok védelmére, az ország biztonságára rendkívüli pénzügyi erőforrásokat biztosít. Az egészségügyi dolgozók iránti megbecsülésünket igazolja, hogy még ebben a nehéz helyzetben is elkötelezték magukat a további béremelésükben.



Vasárnap azt hangsúlyozta, hogy nem az orvosokkal van vitája, hanem a kamara vezetőivel. 2007 és 2015 között e kamara elnökségi tagja volt. Ha még ott lenne, feltétel nélkül támogatta volna a Takács-csomagot?

Hogyne, miért ne támogattam volna? Ha nem érzem vezérelt gondolkodás keretében nézzük végig a csomagot, hanem egyesével szépen végigmegyünk a pontjain, pontosan látszik, hogy tíz év alatt hova akarunk eljutni az egészségügyben. Amikor kamarai elnökségi tag voltam, amellet érveltem, hogy a szocialista típusú bértábláról – azaz az élethosszig emelkedő fix fizetésről – lassan le kéne jönni. Azt, hogy valamilyen teljesítményhez kötött elem is legyen a bértáblában, a kamara többségi vezetése se akkor, se most nem támogatta. Mindig követelik, hogy írjunk programot, foglaljuk egy nagy keretbe, úgy mint a Semmelweis Tervet. Július 6-án, miután megtartottam az első ismertetésemet a „Takács-csomagról” azt írja nekem Kincses Gyula, hogy „Kedves Péter, a MOK visszatérően hiányolta az új Semmelweis Tervet. Ma elmondtad, már csak le kell írni. Gratulálok, nagyon-nagyon jó az irány.” Majd miután leírtam, amit szóban elmondtam, októberre gyökeresen megváltozott a kamarának az álláspontja.

Ön szerint mi történt?

Nem tudom. Egyik keddről péntekre romlott el minden. Kedd este, a törvénytervezet benyújtása előtt, a Belügyminisztériumban ültünk hármasban – elnök úr, miniszter úr meg én. Két és fél órán át mentünk végig a törvényjavaslat egyes pontjain. Az elnök akkor úgy nyilatkozott, hogy a mínusz 20 százalékot soha nem fogja tudni támogatni, mint szakmai érdekképviselő, de egyébként a többi rendben van, és jó az irány. Gondolom ezt követően lehetett valamilyen vezetői egyeztetés, elnökségi ülés, és utána péntek reggel kiküldtek 38 ezer orvosnak egy olyan e-mailt, hogy az egészségügyi átalakításáról továbbra sem egyeztet a Belügyminisztérium kamarával. Másnap amikor magyarázatot kértem a történetekre, Kincses Gyula azt mondta, hogy ő magánemberként beszélgetett velünk, és nem a kamara elnökeként.

Ők viszont úgy élik meg, hogy a kormány többször is behúzta a köztisztületet a csőbe. A példátlan béremelésről szóló miniszterelnöki megállapodáskor szó sem volt arról, hogy a nagy pénz mellé szolgálati jogviszony is társul. A törvénnyel kapcsolatos több száz oldalas kritikájukra a belügy kiírta a honlapjára, hogy érdemi észrevétel nem érkezett. Ön elment a rendeletekről nyilvánosan egyeztetni a kamarába, majd a másfél órás megbeszélés végén kijelentette: a szoros nyomdai határidők miatt már nem tud a rendeletek szövegébe belenyúlni. A csomagból egyetlen elem, a magánszektorban dolgozó orvosok kötelező közzolgáltatba kényszerítése maradt ki...

Hat kérésük volt, abból kettő teljes egészében átvezetésre került. Kettő olyan kérésük volt, amit szerintünk a Munka Törvénykönyve rendez, az átvezénylésnél a munkába járás támogatását a munkáltató fizeti. És még kettő volt, amiben azt

mondtuk, hogy nem. Az egyikkel, az önkormányzatok jogait csorbította volna javaslatuk, miután azt kérték a praxisjoggal kapcsolatos kérdésekben zárjuk ki a helyhatóságokat. A másik kérésük pedig az volt, hogy vegyük ki a teljesítmény értékeléshez kötött a mínusz 20 százalékos béreltérítést. Alapkonceptciónk volt, hogy valamilyen teljesítmény elem jelenjen meg a bérezésben. Tehát nem vettük ki, azzal nem tudtunk egyetérteni. Nekünk nem csak a kamara érdekeire kell figyelni, hanem más társadalmi csoportokéra is.

A kamara fenyegetésének most az adja az erejét, hogy kevés orvos van a rendszerben. Szócska Miklós államtitkársága óta próbálják megszámolni az orvosokat: mostanra önöknek már sikerült ezt a feladatot elvégezniük? Ha igen, árulja el, hogy hány orvosra támaszkodik a magyar közellátás jelenleg.

2023. februári kifizetéssel egészségügyi szolgálati jogviszonyban 23 654 orvos kapott emelt bért. Az alapellátásban ezen felül 8622 fő rendelkezik érvényes működési kártyával, tehát több, mint 30000 orvos dolgozik a közfinanszírozott rendszerben. Lakosságarányosan nincsenek kevesen, így e mutatóban nem is állunk rosszabbul, mint bármelyik európai uniós állam.



Akkor mi okozza a feszültséget?

Az elmúlt évtizedekben relatív orvoshiányok keletkeztek, leginkább ott, ahol nem volt paraszolvencia, az ilyen szakmák teljesen elnéptelenedtek. Például a patológusoké. Én igazságügyi orvosnak készültem, személyes tapasztalatból tudom, hogy meglehetősen kevés hálapénzhez jutott egy boncteremben az ember. És van egyfajta területi egyenlőtlenség is. Az pedig szerintem az orvosképzés hibáira visszavezethető, amihez most hozzá fogunk nyúlni. Az orvosképzés mindig centralizált módon zajlott, most elkezdtem az egyetemi rektorokkal, klinikai központvezetőkkel erről beszélgetni, és ők is látják, hogy ez már így nem jó. Ráadásul még van egy olyan jogszabály, miszerint a képzőhelynek kötelező alkalmazni is a nála oktatott fiatal orvost. A kormány 7 évvel ezelőtt megemelte az orvosi egyetemeken végzettek számát, így most 30 százalékkal több rezidens van a rendszerben, mint korábban volt. Az egyetemek viszont nem bírnak ennyi fiatal szakembert értelmesen foglalkoztatni. Azon kezdtünk el gondolkodni, hogyan lehet a periféria felé vinni a képzési idő nagy részét. Azaz, hogy kerüljön a gyakorlati idejére a rezidens például a bajai és más kisebb kórházba és csak az igazán magas tudáscentralizációt igénylő oktatása történjen az egyetemi város falain belül.

Ha úgy van, ahogy mondja, akkor mitől ekkora a várólista, miért zárnak be nagy kórházak osztályai sorra?

Meggyőződésem, hogy nem az orvos a szűk kapacitás a rendszerben, hanem az ellátásszervezés hibái okozzák a problémát. A várólista kapcsán az egyik probléma, amit most én a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővel (NEAK) próbálok majd megvitatni, hogy gondolkodjanak egy picit újra biztosító fejfel, viselkedjenek szolgáltatásvásárlóként és ne megszokásból

finanszírozzanak. Ellenőrizték, hogy a beteg a közellátásban hogyan jut a szolgáltatásokhoz, és ott ahol ez kifogásolható, nem biztos, hogy ott közpénzt kell költeni.

Becslése szerint a jelenlegi szolgáltatásoknak mekkora százaléka tartható fenn ennyi orvossal, ha nem vesznek igénybe extrém túlmunkát?

Csak ismételni tudom, van elég orvos a rendszerben, akár jelentősebb túlmunka nélkül is működőképessé lehetne, ha nem lennének rosszul elosztva az erőforrások. A rendszer széttöredezett és nincs átjárás az intézmények között. Vannak olyan volt évfolyamtársaim, akik lejárnak altató orvosnak, olyan kis kórházba, ahol hétvégenként kétfő beavatkozás történik. Egy országos traumatológia intézet méretű kórházban vagy a Jánosban előfordulhat, hogy éjszakánként 9 traumatológiai műtét van.

Mégis, ha az orvosok a most meghirdetett tiltakozó akcióban felmondják a túlmunka szerződéseiket, Ön szerint mekkora része marad meg a közellátásnak?

Majd meglátjuk. Ezt akkor fogom megmondani, amikor tudjuk, hogy hányan mondták fel a túlmunkaszerződéseiket. Nem gondolom egyébként, hogy ez az akció a jó irány. Ha én lennék az orvosi kamara, végiggondolnám. És azt mondanám, hogy gyerekek, azért valljuk be, hogy itt vannak olyanok, akik a paraszolvencia kivezetése után nagyon látványosan elvesztették a munkakedvüket. És mi, a többség dolgozunk helyettük. Ahelyett, hogy azt mondanánk, keressen egy kicsit kevesebbet, aki látványosan elvesztette a munkakedvét.

Pillanatnyilag mennyivel van az ellátórendszer teljesítménye alatta a covid előtti időkének?

Gyakorlatilag a lepadlózás után visszajöttünk. Október-novemberben 6-7 százalékkal volt kevesebb a teljesítmény, mint 2019 azonos időszakában. Decemberben 14-15 százalékkal, tehát a 2019-es szint 85-86 százalékán voltunk. Ennél nagyobb teljesítményre nem is számítunk. A rendszer lassan megtisztul a paraszolvencia torzító hatásaitól, nincs értelme olyan betegeket kórházban tartani, akiknek már nincs szükségük aktív orvosi felügyeletre. Azt korábban is mondtuk, hogy ennek az aránya 15 százalék körül van. Úgy tűnik, ez a becslés most igazolódik.

Az egyetlen, a magánorvosok állami munkára kényszerítése, amit kivettek a csomagból. Végleg visszavonták, vagy ez csak egy taktikai visszavonulás és formázgatják tovább?

Na, ez például egy olyan pont volt, ahol értelmes, jó gondolatokat kaptunk vissza a szakmai szervezetektől, ezért át fogjuk dolgozni. Három-négy megoldási lehetőségen dolgoznak a kollégáim, és még egyiket sem hagytam jóvá. Ezért most erről nem beszélnék. A következő fél év nagy kihívása a köz- és magánellátás viszonyrendszerének tartós rendezése lesz. Például tisztázzuk, hogy meddig terjed a köz- és a magánellátás ellátás, hol vannak azok a kapcsolódási pontok, ahol muszáj egymással találkozniuk.

És hol?

Vízióm már van. De először a kormánnyal osztanám meg.

Sajnáljuk. De, ha jól értem, akkor a magánorvoslásnak a feltételei közé fog tartozni, hogy be kell menni egy kicsit a közellátást gyakorolni?

Nem feltétlenül, mert az egyik jó meglátás például az volt, hogy vannak olyan jól felszerelt magánintézmények, amelyek egyébként is akkreditált oktatóhelyek, olyanok, ahol teljesíthető a kötelező gyakorlati tudás megújítása.

Rengeteg rendelés marad el, időről időre kórházi osztályok működését függeszti fel az országos tisztí főorvos. Van az ágazatvezetésnek erre pontos rálátása?

Természetesen vannak adataim. Számomra inkább a kérdés az, hogy a modern orvostudomány szerint szükség van-e olyan fekvőbeteg osztályra, ami mondjuk egy városi kórházban éppen csak eldöcög. Mondok egy példát. Amikor kialakult ez a mostani kórházi struktúra, minden kórházban kötelezően lett sebészeti. Akkor átlagosan egy vakbélműtét után 2 hétig feküdtek. Most a harmadik, ötödik napon szövődmenymentes esetben távoznak. Ma a legtöbb beavatkozás laparoszkópos technikával történik, a beteget nem kell föl vágni, kicsi a seb, ám az új technológiához nem adaptáltuk a rendszerünket. S miközben egy átlagos polgárnak tizenkét és fél évben egyszer van olyan problémája, amivel be kell feküdnie egy kórházi ágyra, mi megszoktuk, hogy „minden sarkon” van egy kórház, aminek van sebészeti fekvőbeteg osztálya. Kérdés az, hogy akkor nem jobb-e ezeket az ellátásokat korszerű egynapos sebészeti centrumokban helyben biztosítani, és mondjuk a bonyolultabb esetek ellátását, valamint az ügyeletet megszervezni a megyei kórházban?

Csak Magyarországon óriási távolságok vannak a megyeközpont és a megye szélén lévő települések között. Gyakran a tömegközlekedés sem köti össze azokat...

Az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) folyamatosan nézi, hogy a betegforgalmi adatok, elérési idők alapján hol, hogy

nézhetne ki egy-egy megyének az optimális kórházi szerkezete. Ez pont nem az a probléma, amit Budapestről egy exceltáblából el lehetne dönteni. Oda fogunk menni minden megyébe, a településeikre, hogy a helyeikkel közösen találjuk ki, mi lenne a betegek számára biztonságos, de a mostaninál fenntarthatóbb ellátórendszer. Magam már kipróbáltam, hogy például Sátoraljaújhelyről 78 perc alatt lehet beérni Miskolcra. Ez azért elég nyomós érv mellett, a sátoraljaújhelyi kórházra szükség van. Tapasztalatom szerint változott a lakossági attitűd is, az emberek egyre inkább hajlandóak távolabb utazni, ha tudják, hogy ott biztonságosabb, jobb az ellátás. Mindezekon felül a lakóhely közelében ellátandó esetek hatékony kezelése érdekében kell megerősíteni az alapellátást, különösen a leginkább hátrányos helyzetű régiókban. Az ellátás szempontjából a legrosszabb helyzetű mintegy 300 települést bekapcsoltuk abba a programba, amit a Máltai Szeretetszolgálattal közösen végzünk. Ők telemedicinális eszközökkel felszerelt kisbuszokkal járók ezeket a településeket, vizsgálják, ellátják recepttel, beutalóval az ott élőket. Ha szükséges konzultálnak a nagyobb centrumok orvosaival.

Van megoldási javaslata arra is, hogy a telefonos előjegyzéseknél elő se fordulhasson, hogy a telefonokat ne vegyék fel, ne csak rövid időtávra osszanak időpontot?

Van, két éve fejlesztjük az online időpontfoglaló rendszert az EESZT-ben, amit az oltási időpontfoglaló képében sokan már ismerhetnek. Az a cél, hogy az összes szakma összes szakellátójához tudjanak majd a betegek vagy az orvosok tájszámra időpontot regisztrálni. A hozzátartozó applikáció pedig időben csipogással jelzi, hogy például holnap szemészeti vizsgálata lesz a betegnek. Januárban már elkezdődött a rendszer használatának oktatása a szakembereknek. Ezt a szolgáltatást az első harminc kórházban a tervek szerint áprilisban el is indítjuk.

Tekintsünk vissza az átalakításra, hol vannak ebben a folyamatban a betegek, az ő érdekeiket ki képviseli? Hol van az a felület, ahová elküldhetik javaslataikat és amelyből kiderül, hogy átszervezés őket miként érinti?

Nyilvános felület erről még nincs, de az Országos Mentőszolgálatot direkt kértem, hogy például az alapellátási ügyeleti pilot programban folyamatosan mérje a beteg elégedettségét. Betegpanaszok pedig érkeznek az OKFÓ, a NEAK hivatalába is. Ezek alapvetően három területre csoportosíthatók: miért nem veszik fel a telefont? Azaz nem fér hozzá a szolgáltatásokhoz. A másik halmazba azok tartoznak, akik azt panaszolják, hogy milyen stílusban beszélt velük az ápoló, és ezekből az is kiderül, hogy a kommunikációnak az orvosok esetében is van hova fejlődniük. A harmadik, hogy milyen állapotban van a vizesblokk. Ezt a típusú elégedetlenséget próbáltuk is orvosolni, amikor például Budapesten kórházi festési-felújítási program zajlott tavaly. Igyekszünk a kórházi takarításra is jobban odafigyelni.

Kaptak-e a betegjogi képviselők olyan feladatot, hogy különösen figyeljék az átalakulást betegjogi szempontból?

Biztos lehet abban, hogy Pintér Sándor belügyminiszter úr, akihez ők közvetlenül tartoznak, adott ilyen feladatot a számukra. Ő egyébként is nagyon szereti a terepről begyűjteni a tapasztalatokat.

Névjegy

Takács Péter 43 éves, orvos. 10 éve dolgozik az egészségügyi államigazgatásban, de kórházigazgatóként is dolgozott. 2005-2008 között a Magyar Rezidens Szövetség elnöke, 2007-2015 között a Magyar Orvosi Kamara országos elnökségi tagja volt.. 2022. május 25-től a Belügyminisztérium egészségügyért felelős államtitkára. Négy gyermek apja.

Forrás: nepszava.hu

Like

- [up](#)
46%
- [down](#)
54%

- A hozzászóláshoz [be kell jelentkezni](#)
-  **Print**
- 1687 olvasás