

CSEKE ATTILA

# NYUGATI SZINTŰ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ÉRDEKÉBEN

Kérdezett Rác Éva



*Mit keres egy jogász az Egészségügyi Minisztérium élén? – tették fel sokan a kérdést 2009 végén, amikor a Demokrata-Liberális Párttal kormánykoalícióra lépett Romániai Magyar Demokrata Szövetség (RMDSZ) Cseke Attila Bihar megyei szenátort jelölte a tárca élére. Mint a politikus mondja, jogászként elsősorban a rendezetlenség, a joghézagok jelenléte tűnt fel neki, ezeket igyekezett „orvosolni”, majd 2010 közepén megvalósult az egészségügyi rendszer egyik legnagyobb reformintézkedése, a kórházak hosszú évek óta várt decentralizációja.*

■ – *Nehéz magyarként miniszternek lenni Romániában?*

– A román közigazgatásban magyarként dolgozni mindig nehezebb. Mindig ott van a kettős igény: az országos elvárásoknak, de egyúttal a magyar közösség igényeinek is megfelelni. Ez soha nem volt egyszerű, de állítom: nem is lehetetlen, talán még akkor sem, ha az egészségügyről van szó. Egyévnyi miniszterség után már egyre ritkábban kérdezik meg, milyen helyzetben van ma az egészségügyi rendszer, pedig most sokkal jobban átlátom. Nem volt népszerű döntés, hogy az RMDSZ jogászt és nem orvost nevezett ki a tárca élére 2009 végén. Azóta sokszor hallottam mind a minisztériumban, mind a kórházakban, hogy milyen nagy szeretettel beszélnek Hajdú Gáborról, aki tíz évvel korábban szintén RMDSZ-támogatással és szintén jogászként vette át a tárcát. És akinek kitörölhetetlenül a nevéhez fűződik az egészségbiztosítási rendszer bevezetése Romániában. Az egyik legbizonytalanabb tárca nálunk az egészségügyi: húsz év alatt húsz miniszter... Aztán politikailag eléggé bizonytalan periódusban kaptam meg ezt a feladatot, ami-

**A beteg embernek nem papírok után kell járkálnia, hanem orvosi ellátást kell kapnia minél előbb, minél szakszerűbben. Ez azt jelenti, hogy a házi orvos akár házhoz is elmegy, ha a beteg nem tud a rendelőben jelentkezni...**

kor sokan abban sem hittek, hogy három hónapig fennmarad-e a kormány. Azóta eltelt egy év... Mi tagadás, az első hét után megijedtem. Kétségesnek látszott: jó döntés volt-e – mind az RMDSZ, mind a magam részéről –, hogy vállaltuk a tárca vezetését. Persze a kérdés akkor már úgy tevődött fel: vállaljuk, tesszük a dolgunkat – vagy pedig megfutamodunk. Az előbbit választottuk, és biztosan állítom, nem volt rossz döntés, azzal együtt, hogy tisztában kell lennünk vele: magyar embernek a bukaresti közigazgatásban még soha nem volt könnyű dolga, és az egészségügyi tárcát átvenni különösen nagy falat volt. Ráadásul: jogász képzettségem miatt sokszor támadtak. De végül is előnyömmre vált, hogy nem a rendszerből jöttem. Bátrabban hozok meg bizonyos reformdöntéseket, amelyek feltétlenül szükségesek.

– *Milyenek értékeli az egészségügyi rendszer állapotát 2009–2010 fordulóján?*

– Nekem először a racionalitás hiánya tűnt fel: sokan beszéltek éveken át arról, hogy a páciens a fontos, de ez inkább csak deklaratív szinten volt így, mert a közegészségügy vezetőinek döntései nem ezt tükrözték. Sokkal fontosabb volt mindenkinek a meglévő rendszer és az ezzel járó személyes privilégiumok megtartása. Közben a páciensek elvárásai, általában jogosan, növekedtek, ezek pedig egyértelműen a reform, az átszervezés szükségességét jelezték. Az alapellátás, a háziorvosi rendszer létrejött már több mint tíz éve, de sok orvos tevékenysége legnagyobb mértékben a hosszú beteglisták összeállításában kimerül, és ez nem helyes. Ennek is folyamánya meg a megörökölt szemléletnek, hogy a kórházakra igen nagy nyomás nehezedett, ami azt is jelentette, hogy a betegek a költségesebb ellátásban részesültek, ami megint csak a kiadások növekedését eredményezte. A fejlődés egyértelmű: a beavatkozások bonyolultabbak, költségesebbek, de általában könnyebben elvégzik őket, mint tíz éve. A kórházi gépek és felszerelések egy része legújabb generációs, de közben ott vannak az ötvenéves, mellesleg ma is jól működő, de egyértelműen meghaladott készülékek. Legjobb példa e tekintetben a képalkotó diagnosztika, radiológia, ahol egyszerre működnek a rendszer különböző intézményeiben a régi röntgengépek és a legújabb mágneses magrezonancia-gépek vagy computertomográfok. Hát ebben az egyenlőtlenségben kell valahol az egészségügyi minisztériumnak olyan ellátási rendszert kiépítenie, amelyben a beteget valóban ellátják, az illető kórház kompetenciájának megfelelően, és amelyben nem küldözgetik a páciens egy kórházból a másikba.

– *Jelenleg hol szorul reformra a rendszer?*

– Szinte minden téren szükség van az átgondolásra: az ellátás nem beteg-, hanem pénzközpontú, az alapellátás, a háziorvosi rendszer nem szabott felső határt a betegek számának, a kórházi struktúra túlméretezett, a térítéses és ingyenes gyógyszerek száma háromszorosa például a magyarországinak. Tehát alapvetően arról van szó, hogy reform nélkül a rendszer biztosan nem képes fenntartani önmagát. Arról beszélnek, azt vetik a szemünkre, hogy régebben az egészségügyi járulékból befolyt összegekből nemhogy fenn lehetett tartani a rendszert, kifizetni a térítéses és ingyenes gyógyszereket, de még maradt is év végére. Ma pedig, a közfelfogás szerint, soha nincs pénz például gyógyszerekre a kórházakban – bár ez legtöbbször nem így van, szerencsére. Én elfogadom, hogy régen másképp volt, de be kell látni néhány alapvető különbséget: amikor a biztosítási rendszert és a járulékfizetést bevezették, nagyobb volt a befizetett százalék, és több volt a befizető. A biztosítási törvény 1999. január 1-jétől lépett életbe. Ekkor hat kivételezett kategória szerepelt a törvényben: a gyerekek, a fogyatékkal élők, valamely biztosítottnak az elsőfokú rokona – férje/felésege vagy eltartott szülője, a diktatúra üldözöttei, a háborús veteránok és a forradalmárok. 2002-ben a felsoroltakhoz képest további három kivételezett kategóriát foglaltak bele a módosított törvénybe, amihez hozzájárul még további, más forrásokból finanszírozott négy kategória. 2010-re pedig oda jutottunk, hogy az ország 21,5

millió lakosának mintegy fele, pontosan 10 732 616 kivételezett volt. Gyakorlatilag három közül egy személy járul hozzá az Egészségügyi Alaphoz, ezáltal az egészségügyi rendszer fenntartásához. Ugyanakkor a befizetett összegek fokozatosan csökkentek 1999 és 2010 között. 1999–2002 között a hozzájárulás 7 százalék volt mind az alkalmazottnak, mind a munkáltatóknak, 2003 és 2006 áprilisa között az egyéni hozzájárulás 6,5 százalékra csökkent, míg a munkáltatók esetében 2006 májusától beszélhetünk ugyanilyen arányú csökkenésről. 2007-től a munkáltatók hozzájárulása 6 százalékra csökkent; 2008-ban az egyéni hozzájárulások aránya 5,5 százalék, míg a munkáltatóké 5,2 százalékra esett, ez összesen 1,8 százalékos csökkenést jelent a befizetésekben. Ily módon az Országos Egészségügyi Alap már képtelen fedezni a lakosság igényeit, bár a törvény megalkotásakor ez több mint elégséges volt a szükségletek fedezésére. És azóta a betegellátásban is megjelentek korszerű, de igen költséges eljárások, amelyekre mindenki egyformán jogosult ma Romániában. Mert nálunk minden biztosított ugyanúgy megkapja az onkológiai kezelést és a szervátültetést, ha épp arra van szüksége – függetlenül attól, hogy a saját befizetéseit fedezik vagy sem ezeket a költségeket. Szerintem innen ered az, hogy az Alap költségvetése nem elégséges. Pedig az egészségügy pénzbe kerül, tudatosítanunk kell ezt a tényt a lakosságban is, mivel az utóbbi években a rendszer eme vetületét – többekévé tudatosan – elhanyagoltuk. 2009-ben például az Országos Egészségügyi Alaphoz összesen 14,6 milliárd lej folyt be, míg az egészségügyi szolgáltatások, gyógyszerek és orvosi felszerelések összértéke elérte a 17,2 milliárd lejt.

És ha már a biztosítottakról és az Alapról beszéltem, az egészségügyi rendszer alapvető hibája, hogy bár mindenki mindenért a minisztert hibáztatja, a rendszernek két vezetője van. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) a szaktárcán kívüli, önálló intézmény, amely ugyanakkor az egészségügy költségvetésének nagyobbik részét kezeli: innen történnek a kifizetések az orvosi szolgáltatásokra. A minisztérium csak egyes országos programokat finanszíroz, továbbá a sürgősségi ellátást és egyes infrastrukturális befektetéseket. A Pénztárral a minisztériumnak egyszerűen intézményes kapcsolata van, mint bármelyik más intézménnyel, semmi több, de folyamatosan rá vagyunk kényszerítve az együttműködésre, hiszen nagyon sok szakterületet közösen szabályozunk, közös rendeletekkel. Ez a kényszerű együttműködés pedig soha nem lesz felhőtlen.

– *Hogyan lehet „kordában tartani” az egészségügyi rendszer költségeit?*

– Szabályozni kell az egyes területeket, sokkal jobban, mint eddig. Magánkórházak és -klinikák is évek óta jelen vannak, de az emberek elvárása ezzel párhuzamosan az lenne, hogy a magánbiztosítások fedezzék az ott nyújtott ellátásokat, miközben erről nincs szó egyelőre. Jelenleg a munkavállaló befizeti a standard egészségügyi járulékot az államkasszába, majd ha úgy gondolja, a magánkórházba megy orvosi ellátásért, ahol kifizeti a szolgáltatásokat. Elégedetlen távozik, és azt a mentalitást terjeszti, hogy a magánellátókra kellene bízni a rendszert, mert ott sokkal jobbak a körülmények, kedvesebbek az orvosok és a nővérek. A páciensnek ebben igaza is van. Azt viszont nem tudja, hogy a magánkórháznak ugyanúgy szerződése van az OEP-vel, mint az államinak, tehát az általa befizetett járulékból kapott bizonyos összeget a vizsgálati fedezésére, és (a legtöbb esetben) csak részfinanszírozás az, amit ő lepengetett. De nem is ez a legnagyobb baj. Én sokkal nagyobb hibának tartom azt, hogy nincsenek szabályok arra nézve, milyen arányban, milyen összegben vagy milyen esetekben köthet szerződést a biztosító magánszolgáltatóval, ha ugyanaz az ellátás elérhető állami egységekben is. Ebben megpróbálunk valamilyen szabályozást bevezetni, de talán mondanom sem kell, hatalmas ellenállásba ütköztünk.

Amit még szabályozni kell: a rendszerben elismerten a kórházak a legnagyobb pénzfogyasztók, de egyaránt finanszíroztuk eddig a kisváros kis kórházát, ahol több-

nyire szociális ellátást biztosítanak, és a transzplantációs központokat – ebben pedig nekem valami sántít. És ha választanom kell, hogy a finanszírozást hol biztosítsuk a továbbiakban, akkor én egyértelműen a kiemelkedő teljesítményt nyújtó központokra szavazok, kisvárosokban megtartva indokolt esetben például a járóbeteg-ellátást. A szociális ellátásra pedig vannak más struktúrák, de azokat nem az egészségbiztosítási járulékból kell fenntartani. Ez azt jelenti, hogy be kell zárni a kisebb kórházakat, azokat, amelyek nem felelnek meg bizonyos elvárásoknak, alapvetően például annak, hogy a beteget bármikor képesek szakszerű ellátásban részesíteni, állandó szakügyeletben. Szeretünk Erdélyből Magyarországra kitekinteni, tegyük ezt most is: a szomszédos Hajdú-Bihar megye népessége majdnem ugyanannyi, mint Bihar megyéé. Nézzük meg, hány kórháza van a szomszédos magyarországi megyének, és milyen ellátást nyújtanak azok. Be kell látnia sok önkormányzatnak: közép- és hosszú távon az a cél, hogy fenntartható intézmények legyenek mindenhol. Mert a magyar közösséget tekintve, és ez országosan érvényes, a magyar miniszter feladata nem az, hogy mindenáron fenntartsa a kórházakat, hogy más majd lakatot tehessen rájuk. Olyan intézményt kell kialakítani mindenhol, ha kell, járóbeteg-rendelővé, ha kell, öregotthonná alakítani a meglévő, de nagyon döcögő struktúrát, ami a közösségi gondokat megoldja, és nem csak máról holnapra, de hosszabb, lehetőleg legalább középtávon fenntarthatóvá teszi a közösségi intézményt. Nem kórház az, ahol nincs állandó ügyelet, ahol délután háromkor a betegnek nem tudnak orvosi ellátást nyújtani. A szakminisztériumnak, de az önkormányzatoknak is megvan a felelőssége. A páciens érdeke egyértelmű: hogy tudja, a kórházban szakszerű orvosi ellátást kap. Ez sok helyen most nem így van, és a helyzet nem tegnapról mára alakult ki. Megoldást kell találni arra, hogy a magyar miniszter nélkül is fenntartható, működtethető intézményei legyenek a magyar közösségnek. És – bár ezt most magyarként elemeztem – az egész országra ez érvényes.

– *Mi a reform legnagyobb kerékkötője?*

– A miniszternek szorintem kötelessége javítani, legjobb tudása szerint, a rendszeren. Kötelessége kimozdítani azt állóhelyzetéből, mozgásba hozni. Mondom ezt annak ellenére, hogy sokan figyelmeztettek: előttem mások is megpróbálták, elindítottak reformokat, de mandátumuk végeztével – mert ezzel is számolni kell – a rendszer, kis „hibaszázalékkal” mindig visszatért az eredeti állapotába. Azt tartják bukaresti orvosi körökben, hogy a legmaradandóbb Eugen Nicolaescu liberális miniszter programja volt, a Tăriceanu-kormány idején, igaz, neki két nagy előnye volt. Ő volt az egyik „leghosszabb életű” egészségügyi minisztere Romániának az utóbbi húsz évben, és mivel szerencsés időszak is volt, gazdasági fellendülés, ő volt az, akinek a legtöbb pénz állt rendelkezésére az egészségügy céljaira.

– *A pénz a legfontosabb?*

– Biztos, hogy pénzügyi források nélkül nagyon nehéz a rendszert irányítani, de nem hiszem, hogy a pénz lenne a legfontosabb. Ugyanennek a miniszternek az idején elkészültek megvalósíthatósági tanulmányok regionális sürgősségi kórházakra, amelyek soha nem épültek fel. Ugyanabban az időszakban végezték el a lakosság egészségügyi felmérését, óriási pénzeket fizettek ki mindenkinek a laborvizsgálataiért. Ennek a felmérésnek még sincs országos szinten kézzelfogható eredménye, mert az elvégzett vizsgálatok száma nem egyezik a biztosítottak számával, és így bármilyen következtetés téves lenne. Tudom ugyanakkor, hogy a házi orvosok nagyon örültek a programnak: sok visszajelzés érkezett arról, hogy a páciensek különböző krónikus betegségeit fedezték fel akkor, például diabéteszt, szívbetegségeket, és azóta kezelés alatt állnak, és sokkal jobban vannak a betegek. És nem elhanyagolható, hogy akkor tényleg sokan olyanok is elmentek orvoshoz, akik évek óta nem jártak arra, mert nem voltak betegek. De hogy visszatérjek a pénz kérdésére, a gazdasági vál-

ság az egészségügyben valójában nem okozott újabb problémákat, csak a meglévőket tette kontrasztosabbá. Mert eddig is tudtuk, hogy az orvosok és asszisztensek elvándorolnak Nyugatra a jobb lehetőségeket keresve, mint ahogyan elvándorolnak Németország egyes tartományából másokba vagy a skandináv országokba, és itt már egyértelműen nem a pénzért, hanem a jobb érvényesülés lehetőségét keresve. Mint ahogyan azt is tudtuk, hogy a kórházakban az ellátás korszerűsödésének azt is kellett volna eredményeznie, hogy a betegek kevesebb ideig legyenek beutalva – de ez nem történt meg, és mára váltak szerintem elviselhetetlenné a csalások a rendszerben. Ezért mondom azt is, hogy húszéves lemaradást kell leküzdenünk a kártya bevezetésével, kiküszöbölve egyes csalások lehetőségét – mert amíg ebben az országban emberek kezelik a rendszert, nem hiszem, hogy véglegesen és radikálisan meg lehetne azokat szüntetni. Változtathatunk a törvényeken, kiadhatunk naponta tucatnyi egészségügyi miniszteri rendeletet, de a fejekben nem tudunk ezzel rendet tenni, főleg ilyen rövid idő alatt. Ahhoz az kell, hogy megértsük: ha nyugati színvonalú ellátást akarunk, akkor el kell fogadnunk a Nyugaton alkalmazott szabályokat is. Például Németországban a baba rendszeresen kijár a szülés előtt álló nőhöz, leendő kismamához. Kanadában a cég, amelynél az alkalmazott dolgozik, megszabja, hogy a befizetett járulékért melyik kórházba mehet a beteg, és milyen ellátást térítenek meg neki. Vagy hogy ne menjek ennyire messze, Magyarországon a háziorvosnak minden évben kötelessége megkeresni minden betegét és felkérni, hogy menjen be éves rutinellenőrzésre. Folytassam? Nem hiszem, hogy szükséges. Ezek a szabályok függetlenek a rendszerben lévő pénztől. De nekünk is el kellene fogadnunk ezeket. Vagy mondok mást: nálunk a páciensek a jogaikkal sincsenek tisztában, ezért túrik a személyzet packázásait, legyen szó akár a nemtörődöm háziorvosról, aki reggel nyolc helyett tízkor nyitja ki a rendelőt, hiába várnak rá a betegek, délben pedig már kikapcsolja a mobiltelefonját, vagy legyen szó akár, hogy banálisat mondjak, arról az ápolóról, aki nem segít a lábadozó betegnek kimenni a vécére. Tudom, hogy nem mindenki ilyen, és mindig rossz érzés fog el, amikor ilyeneket mondok, mert úgy gondolom, biztosan megbántok valakit. Ezért azt is fontos elmondani: az orvosok és nővérek vagy ápolók között Romániában is, mint mindenhol, vannak nagyszerű emberek, kivételes tehetségek. Nagy kár, hogy róluk kevesebbet hallunk, pedig érdemes volna odafigyelni. Csak hát nem mindig sztárok, nem szeretnek és nem is akarnak szerepelni. Ezért nem számol be róluk a tévé, nem ír róluk az újság. Pedig ők naponként embereket gyógyítanak, életeket mentenek. Néha szervátültetéssel, néha sokkal inkább jó szóval és odafigyeléssel. Úgy gondolom, értük érdemes megharcolni a rendszer tehetetlenségével.

– *Miként látja: milyen lesz a rendszer öt év múlva?*

– Informatizált egészségügyet szeretnék, ami azt jelenti, hogy a betegek adatait és orvosi leleteit nem hordozzák körbe a rendelőkben, hanem az orvos lehívja a rendszerből azt, amit neki tudnia kell a páciensről. A beteg embernek nem papírok után kell járkálnia, hanem orvosi ellátást kell kapnia minél előbb, minél szakszerűbben. Ez azt jelenti, hogy a háziorvos akár házhoz is elmegy, ha a beteg nem tud a rendelőben jelentkezni, sőt meg is keresi a betegeit, hogy mondjuk évente kivizsgálja őket. Azt jelenti, hogy ahol az ajtóra „kórház” van kiírva, ott igenis van ügyeletes orvos, és a legkisebb kórházban is ellátják alapfokon, elhárítják az életveszélyt, majd ha nincs kompetenciájuk többre, akkor, elismerve azt, hogy nem kell mindenhol mindenhez érteni, továbbküldik a beteget abba a kórházba, amelyben a szakellátás jobb, gyorsabb.

Persze tudom, ilyenkor sokan azt mondják: javíthatatlan álmodozó vagyok. De mondják meg nekem, ha nem hittem volna, hogy ez elérhető, hogyan is vállalhattam volna el az egészségügyi tárca vezetését? Hinnünk kell, hogy lehet változtatni, és tennünk kell érte, hogy megtörténjen.