

Marketing & MENEDZSMENT

– melléklet –

Privatizáció az egészségügyben

Szerkesztette
és a szerzővel nem jelzett írásokat készítette
Dr. ERŐSS LÁSZLÓ

Az orvosok nagy részén enyhe nyugtalanság vesz erőt, amikor a marketing fogalomrendszerében fogalmazzuk újjá aktuális gondjaikat. Sokan nem ismerik el, hogy a kórház – egyfajta üzem; hogy a járóbetegellátás – sajátos szolgáltatás is; hogy az egészségügy önmagában a piaci folyamatok része; hogy létrejöttek a versenyhelyzet feltételei. És hogy itt is szükség volna költségcsökkentő szervezési formákra, hatékonyabb információrendszerekre, az egészségügyi csúcstechnológia, újfajta gyógyszerek, gyógy módok, komplex kezelési formák, orvosi műszerek, gyógyászati segédeszközök vonzóbb ismertetésére. Marketing után kiált a szakma.

Csak hogy akik még nem pontosan tudják, hogy mi is a marketing (bár járatosak az egészségügy működésének rejtett mechanizmusában), illetve még nem pontosan tudják, mit kínál az egészségügy a marketing-szakmának (bár pontosan tudják, hogy a piaci folyamatok menedzselőiként milyen varázserő van a birtokukban) – nos e két főszereplőnek most illik bemutatkozni egymásnak.

Találkozójuk nyilvános: helyszíne a **MARKETING & Menedzsment** melléklete.

Elsőként azt mutatjuk be, miként vélekedik az orvostársadalom a privatizáció fontosságáról és esélyeiről, de mindenekelőtt saját helyzetéről, biztonságáról – ha vállalkozik.

Az MC-Országos Piackutató Intézet egy vizsgálata 1995. I. félévének végén alkalmat kínált arra, hogy megkérdezzünk 1000 orvost – szemészt, fülészt, nőgyógyászt, neurológust, belgyógyászt és háziorvost.

A minta nem reprezentatív, mert csak a felsorolt szakmákra és csak a megyeszékhelyekre korlátozódott a kiválasztás. (Egy ilyen megkérdezés költségeit lapunk nem tudta volna vállalni; de csatlakozhattunk egy a jelzett körben folyó kutatáshoz.) A kérdéstől függően 50-70%-os válaszarány több mint félezer orvos véleményét tükrözi. Ezt az alapvető kérdések szempontjából feltétlenül figyelemre méltónak tekinthetjük – s mindezek előrebocsátásával bemutatjuk.

1. Véleménye szerint – saját egzisztenciája szempontjából – mennyire lehet biztonságos ma egészségügyi vállalkozónak lenni Magyarországon?

Megoszlási tábla, 100 %-= összes válaszadó

Megnevezés		teljesen bizonytalan	bizonytalan	közepesen biztonságos	majdnem teljesen biztonságos	teljesen biztonságos	Összesen
szakterület	neurológus, pszichiáter	13	56	27	3	0	100
	belgyógyász	16	49	27	4	1	100
	háziorvos	9	38	41	8	1	100
	szemész	9	56	34	0	0	100
	fül-orr-gégész	17	51	30	0	0	100
	nőgyógyász	24	54	15	4	1	100
Átlagosan		14	48	30	5	1	100

A válaszokat a megkérdezettek egy ötfokozatú skálán rögzítették – a teljesen biztonságostól a teljesen bizonytalanig terjedő véleményükkel.

Eszerint teljes biztonságban szinte senki nem érzi magát, az 1%-os válaszhányad nem biztató. A következő „biztonsági fokozat”, a maga 5%-ával ezt a megítélést nem sokban javítja, s a közepes helyzetet is csak 30%-ban vélnék látni a válaszolók. A domináló válaszhányad, csaknem minden második válaszoló szerint (48%) a bizonytalanosságra utal, 14% pedig abszolút bizonytalan saját egzisztenciáját, esélyeit tekintve. Az átlagtól való eltérésekből – a hiányos reprezentáció és a ma még embrionális állapotú privatizáció következtében – további következtetések levonására nem lenne indokolt vállalkozni!

2. Milyen szakmák és milyen típusú egészségügyi intézmények kerüljenek elsősorban magántulajdonba Ön szerint, és milyen arányokat tart optimálisnak a különböző szakterületeken?

(válaszmegoszlás százalékban)

Megnevezés	Állami (TB-i) tulajdonban	Önkormányzati tulajdonban	Magántulajdonban	Összesen
Belgyógyász	45	23	32	100
Háziorvos	14	21	66	100
Nőgyógyász	33	19	48	100
Pszichiáter	36	16	48	100
Fogorvos	18	14	68	100
Kórházi diagnosztika	64	20	16	100
Kórházi terápia	60	22	18	100
Gyógyszerész	19	12	69	100

- Magántulajdonban célszerű működtetni, illetve juttatni a legtöbbször (66-69%)
- a gyógyszerárakat,
 - a fogorvoslást,
 - a házi orvosokat.

A nőgyógyászattal és pszichiátriával kapcsolatban legfeljebb a válaszolók fele vélekedik ugyanígy (48-48%). Az állami és önkormányzati tulajdon domináljon viszont változatlanul a kórházi diagnosztika (64+20%), valamint a kórházi terápia (60+22%) esetében, a válaszolók több mint négyötöde szerint. Ezek tehát a folyamat, a privatizáció kezdetén jónak tartott arányok, amelyek a további válaszok szerint 1996-ra, illetve 2001-re a 3. tábla szerint alakulhatnak.

3. Véleménye szerint 1996. végén és 2001-ben milyen arányok alakulnak ki az állami, az önkormányzati és a magántulajdonban lévő intézmények között?

(válasz megoszlás százalékban)

Megnevezés	1996			
	Állami (TB)	Önkormányzati	Magán	Összesen
	tulajdonban lehet			
Belgyógyász	55	27	18	100
Háziorvos	20	25	55	100
Nőgyógyász	45	24	31	100
Pszichiáter	51	23	26	100
Fogorvos	24	17	59	100
Kórházi diagnosztika	67	23	10	100
Kórházi terápia	65	24	11	100
Gyógyszerész	29	20	51	100

Megnevezés	2001			
	Állami (TB)	Önkormányzati	Magán	Összesen
	tulajdonban lehet			
Belgyógyász	40	22	38	100
Háziorvos	13	14	73	100
Nőgyógyász	29	18	53	100
Pszichiáter	35	16	49	100
Fogorvos	13	11	76	100
Kórházi diagnosztika	55	21	24	100
Kórházi terápia	53	21	26	100
Gyógyszerész	14	11	75	100

A privatizáció eredménye 1996-ban várhatóan még meg sem közelíti azt az állapotot, amit a vélemények szerint meg kellene célozni: a jó kétharmados jelzett hányaddal szemben a három legfontosabbnak ítélt szakterületen (lásd: kiemelés a 2. táblából) 60% alatt marad. A fogorvoslás a legnagyobb (59%), a gyógyszerári privatizációé a legkisebb (51%) esély - hangsúlyozva: az elsősorban privatizálásra megérett szakterület közül. (További részleteket – bár táblánk utal ezekre –, az említett okok miatt nem emelünk ki.)

Az átalakulásnak a jövő évezred elejére valószínűsített eredményét pedig ma még nagyon sok tényező teszi bizonytalanná.

Az átalakulás lehetséges kimeneteléről, feltételrendszeréről most következő cikkeink szólnak.

Krízisállapotban a magyar egészségügy

– A privatizáció talán megmentheti –

Végvonaglás vagy csak szülési fájdalmak?

A siker anatómiája

A napi hírek 1995 derekán nem azt mutatják, hogy gyógyulófélben lenne a magyar egészségügy: kórházak tucatjai jutottak a csőd szélére; fel-felhangzik a sztrájk üres jelszava, miközben mindenki tudja, hogy ez is reménytelen. Kórházi ágyak ezreit kell megszüntetni, elapadnak a források, mindenki harcol mindenki ellen az irányítás felső szintjein. A tb-nek fél év után lett csak költségvetése, de az is minek: belső ellentmondások feszítik szinte minden mondatát. Kítámolyoghat még, agyon-injekciózva, az intenzív szobából Hippokratész?

És látjuk a gyönyörű magánklinikákat. Márvány, szökökút, légkondicionált várószalon, halk relaxzenével fogad a manöken szépségű asszisztens, ránk villantja mosolyát Brinkmann professzor, élénk sietve perzsaszőnyegén... így is lehet. Ha így lenne, mindannyian tíz évvel tovább élnénk. De nem fogunk. Az egészségügy csak látszólag betegebb, mint mi magunk: olyan betegség ez, amelyikbe mindig mások halnak bele. Nincs pénzünk fogtömésre, gyógyszerre, szanatóriumra. Még jó, hogy temetésre se.

Az országos méretű, rosszul berendezett szülőszobában azonban születik valami: a kapitalizmus, vagy legalábbis az eredeti tőkefelhalmozás kelet-európai észak-balkáni karikatúrája. Ezt még a mi nemzedékünknek kell megszülnie, ha halálosan fáradtak vagyunk is már. Nézzünk rá szeretettel – fo-

gantatásában végül is mindannyiunknak része volt, és akkor tetszett is a dolog! Nem volt csekélység 1989-90-ben, aztán talán még 1994 tavaszán is eljutni a szabadság orgazmusáig! Ilyen fáradt, öreg, beteg, szegény szülőknél...most pedig nem akar a bébi megszületni, de bennmaradni sem. Suttogjuk el a varázsszót végre, amitől legalább az egészségügy gyógyulni kezd majd, talán nem sokára – először latinul, az orvosok nyelvén, aztán magyarul is, csak úgy elég sután hangzik: ez a varázsige pedig nem más, mint a *privatizáció*. Magánosítás.

Drága egészségünk válságtünetei enyhülni látszanak, és körvonalaiiban felsejlik a jövő: az egészségügy idén a „piacra lépett” és megkezdte hosszú menetelését a privatizációig.

A medicina piaci szemlélete, sajátos menedzser-szemléletmódja forradalmi változásokat hozott a XX. század végén az orvos-beteg viszonyban, az orvosi tevékenység társadalmi rangjában, mondhatjuk, hogy világszerte, de a posztkommunista országokban mindenképpen. A privatizáció eszméje ezen a szemléletváltozáson át tört utat magának.

A „teljesen szabad”, vagy éppen a korlátozott, „irányított piaci szemlélet” ugyanis nem áll meg a kereskedelemben, az áruk világában, a reklám és a PR határvidékein, hanem a szolgáltatási szférában is kezdi átszöni a mindennapokat – sőt, most már végre, az orvos-beteg viszonyt is sikeres marketingkúrának vetik alá.

Ez a megállapítás, jónéhány magánbeszélgetésünk során, vihart

kavart orvos-körökben. Közgazdászok között talán nem annyira, bár még ők sem figyeltek fel eléggé arra, hogy az orvos, napi gyógyító-megelőző munkája közben a fejlett országokban a nemzeti jövedelem 6-12 százalékát használja fel!

Ennél kisebb iparágak is izgatottá szokták tenni a közgazdasági gurukat.

Az orvosok nagy részén enyhe nyugtalanság vesz erőt, amikor a marketing, a menedzsment, a gazdaságelmélet, a PR fogalomrendszerében fogalmazzuk újjá aktuális gondjainkat. Sokan nem ismerik el, hogy a kórház – egyfajta *üzem*; hogy a járóbetegellátás – sajátos *szolgáltatás* is; hogy az egészségügy önmagában is a *piaci folyamatok* része; hogy létrejöttek a *versenyhelyzet* feltételei.

És hogy itt is szükség volna költségcsökkentő szervezési formákra, hatékonyabb információrendszerekre; az egészségügyi csúcstechnológia, az újfajta gyógyszerek, komplex kezelési formák vonzóbb ismertetésére.

A piaci folyamatok menedzselőiként is varázserő van az orvosok birtokában. Csak fel kell tárnunk az egészségügy működésének rejtett mechanizmusait.

Láthatatlan szociológiai háló fonja át az orvosok és betegek viszonyát, ebben érdemes lesz megkapaszkodni, mielőtt erőt venne az egészségügyön a privatizációs trauma, a szabadpiaci sokk, a menedzsment-szédület, a magánosítási váltóláz.

Mert 1997 végéig egymásra talál a pénz, profit és humanizmus az orvos-beteg viszonyban, és ez már életünk új minőségét jelzi.

A napi rutin sodrában máris behatolt a piacgazdasági szemlélet minden kórházba, minden orvosi rendelőbe, minden patikába, láthatatlanul ott rezeg a high tech orvosi műszerekben, a body building szalonokban, a szexológiai segédanyagok piacán, a fogyókúrás receptekben, a természetgyógyászat kódos birodalmában, a cigarettásdobozokon.

Vitatémánk a privatizáció uralkodó trendje és a klasszikus medicina nagy találkozása. Egymásra simulnak-e diszkréten kinyíló, majd tűnődve becsukódó mondatokban?

A „Bátrak csapata”

Sajátos stresszhatás alatt a magánvállalkozó orvosok?

1902-ben – gondolják meg! 93 éve! – egy bizonyos Dr. Torday Ferencz kiadott egy könyvet 2 koronáért a következő címen:

Az egészség közgazdasági jelentőségéről. Röpirat a közegészségügy államosítása érdekében. „jövendele az Országos Orvosszövetség segély- és nyugdíjintézetét illeti meg”

Ezt írja a végén: „Az ország lakossága roskadoz már a közterhek alig elviselhető nagy súlya alatt. Többet már nem lehet reá róni... Az ország közérdeke, a közgazdasági viszonyok kívánják meg azt, hogy jobbra forduljanak a közegészségügyi állapotok... Adja az Ég, hogy már ne soká várakozzunk!”

Nem adta az Ég: kilencvenhárom éve várakozunk. És közben kipróbáltuk a lelkes szerző korabeli nagy ötletét is: államosítottuk az egészségügyet. Ő már nem érte meg, hogy ez micsoda hosszú, tekerős zsákutcának bizonyult... most inkább visszaprivatizálnánk az egészet, ha lehetne.

No de lehet-e?

„Adja az Ég”, hogy bebizonyítsuk: nemcsak lehet. Kell is. Vagy legalábbis: kellene.

Most, alig 1500 nappal az ezredforduló, a XXI. század beköszönte előtt vajon mi a magyar egészségügy jövőképe, és ebben a mozgalmas 1995. évben mit ígér és mivel fenyeget a hazai orvoslás privatizációja?

Minden kényes kérdésre választ kerestünk. Úgy találtuk, el tudjuk kísélni az újjászülető hazai medicinát posztmodern korszakába.

Túl a bizonytalanságokon, az átalakulás ideges ritmusán, aritmiáin, a szorongató forráshiányon, és az

orvosok tekintélyes részének jogos és természetes idegenkedésén, amikor üzletről, gazdasági törvényszerűségekről, profiról, szabadpiaci viszonyokról hallanak a diagnosztika és terápia ősi latin varázsszavai helyett...

A privatizáció felszabadítja azt az alkotó szellemet, amelyben az orvos és a menedzser-szemléletű piacgazdaság egybeolvadó érdeklődést mutat majd az igazi főszereplő: az egészségért küzdő ember, a beteg iránt.

És azért, hogy ne is legyen beteg; s ne halljon meg tíz évvel hamarabb, mint amennyi átlagéletkor „jár” minden férfinak és nőnek a fejlett piacgazdaság országaiban. (Ezért csak nyomjuk, nyomjuk tovább: ki kell jönnie annak a kis szerelemgyerekeknek, a kis Kapitalizmusnak, ha fogóműtéttel is...)

Találkoztunk már sikersztorikkal. Itt az ideje, hogy túllendüljön a gyógyítás és egészségmegőrzés ügye a mindenkor költségetési megszorításokon, a forráshiányon...

Viszont eddigi kutatómunkánk során azt tapasztaltuk, hogy eléggé bizonytalan érzés ma, Magyarországon, orvos-vállalkozónak lenni. Maga a rendszerváltozás azért mégiscsak erre az útra vezetett és ne hullassunk könnyeket az évekért, amikor egy „koraszülött jóléti állam” illúzióját kergettük az állami, ingyenes orvosi ellátással (is) – főleg a kölcsönkapott dollármilliárdokért.

Nem mintha nem élt volna át minden orvos és minden beteg valamiféle csalódást, amikor világsá vált, hogy az egészségügy váltságát nem lehet választási jelszavakkal gyógyítani.

Ámde mit szólnak a magánosításhoz a kórházi orvosok, a nővérek, az asszisztensek, a többi, százezernyi, egészségügyi dolgozó? Ki és hogyan képviselje a betegek csoportérdekeit, alkotmányos jogaikat a magánosítási hullámban fuldokolva? Ismeri-e minden érdekelt a túlélési technikákat?

Még a banki hitelfelvelelek konstrukciója sem készült el. Még nem szektorsemleges a tb. Még

nem tud mindenért fizetni az elszegényedő lakosság. Még nem tudjuk, hogyan kell a gondok elől előremenekülni. Ilyen körülmények között helytállni egy magánorvosnak: rangot ad.

Korunk hőse ő?

Mindenki érzi, hogy a magyar egészségügy struktúrája egyelőre még inkább csak tűri, mintsem támogatná a magánorvosi intézményeket, akár egyszemélyes vállalkozásról, üzemorvosi rendelőről van szó, akár magánklinikáról.

Mégis, az orvos-vállalkozó, vállalkozói minőségben is inkább orvos: nehezen mondaná ki, hogy ha például magánosított művese-állomást tart fenn és dialízist végez, bármikor is a finanszírozási nehézségek és a bürokratikus ellenerők, hogy „ezentúl nem végzek dialízist, túl kicsi a profitráta, haljon meg a beteg...”

Pedig még csak mazochistának sem kell lennie annak a bankárnak, aki az egészség pénzügyeit részben hajlandó magára vállalni: az ágazat tevékenységének iránya, a gyógyítás, az élet minőségének szolgálata és a pénzalapok kezelése nyugodtan és biztonságosan egymásra találhatnának egy kevésbé idegbeteg gazdasági helyzetben.

Helyzetfelmérő munkánk során több száz orvossal beszélünk, részt vettünk vitafórumokon és végül olyan érzés keríti hatalmába az embert, mintha a hosszan-hosszan ecsetelt gondok, nehézségek, bajok és reménytelenségek sem tudnák megbénítani a magánosítást, és mintha csupa maharadzsa lenne Magyarországon orvosvállalkozó, aki apósa vagyonát herdálja el, elegánsan, az adóhivatal, a bankamat-teher meg a likviditás Bermuda-háromszögében.

Lappang itt valami titok... A helyzetük reménytelen, de nem súlyos. Valami trükkje kell hogy legyen a túléléshez annak, akit a tb nem finanszíroz. Annak talán még több, akit igen. De végül is: orvosok és betegek találkozását a magánosítás menetében csak egy objektív mérték minősítheti: a halálozási statisztika.

Kritikus elágazási pontok az egészségügyi privatizációban

Helyzetértékelő beszélgetés dr. Szolnoki Andreával

– *Hogyan látja az ország kormányzásáért felelősséget vállaló párt országgyűlési képviselője? Hogyan látja Budapest (egészségügyéért is felelős) helyettes főpolgármestere? Hogyan látja a politikus? E három kérdést egyetlen érdekes személyiség hozhatja csak szintézisbe: egy dinamikus fiatal orvosnő, Szolnoki Andrea, aki az egészségpolitika talán legismertebb alakja a mai Magyarországon. Mi tehát a személyes véleménye a privatizáció pillanatnyi helyzetéről?*

– A sommás véleményem az – amit remélem módomban lesz még kifejteni –, hogy *nagy késésben vagyunk.*

Valami nagyon kevés elindult, ami elsősorban az alapellátást érinti. Ezen belül is csak a háziorvosi ellátást, meg talán a gyermekellátást – a szakorvosi ellátásban alig léptünk még előre, azt is túl óvatosan... A fogorvosi ellátásban most fog valami megmozdulni, a kórházi ellátás privatizációja tekintetében pedig alig tettünk valamit! Nem akarom az elmúlt egy év tétlenkedését mentegetni, az előző négy éves kormányzási ciklus bizonytalanságait, belső ellentmondásait sem: tény, hogy sok minden gátolta Magyarországon a privatizációt. Szinte csak akadályai voltak. Egyrészt az, hogy nem voltak egységes játékszabályok. A másik ok az, hogy az amortizáció nem volt beépítve a társadalombiztosítás rendszerébe. Nem teremtő-

dött amortizációs alap, amely a privát vállalkozásokat ösztönözhetne volna. Nem voltak egyértelmű jogszabályok.

A társadalombiztosítás, amelynek a működési költségeket kellett volna finanszíroznia évről-évre változtatta a finanszírozási feltételeit.

Nem volt előre kiszámítható a feltételrendszer. Kevés a működő tőke is Magyarországon. Az egészségügyi privatizációba alig vonult be a hazai vagy nemzetközi tőke. És talán mi, orvosok is egy kicsit *gyámoltalanok vagyunk a privatizációban. Nem tanultuk meg a privatizáció technikáját.* Nem tanultunk számvitelt.

Mintha jobban éreztük volna magunkat az állami egészségügy itt-ott lyukas ernyője alatt; tulajdonképpen féltünk a nagy ugrást megtenni a magánosítás felé – túl sok belső és külső akadályt, ellentmondást, ősi szorongást kellene leküzdeni hozzá...

Rossz bérért dolgoztunk államhátsó védnöksége alatt, de magas paraszolvenciáért. Elkényelmeztünk. Ki tudunk bújni az adórendszer szorításától. Talán, ha nagyon őszinték vagyunk, még akár azt is elmondhatjuk: nem voltunk mi mostanáig igazán érdekeltek a privatizációban...

És van még egy nagy politikai probléma az egészségügyi privatizáció gyorsításának útjában: az, hogy maga a szó is rosszul cseng Magyarországon. Az a képzetársí-

tás kapcsolódik hozzá, hogy privatizáció = burkolt korrupció; az az előítélet rögzült, hogy aki privatizál, az olyan politikai összefonódások titkos útjait járja be, ahol gazdasági játékszabály a lopás, a hazudozás, a csalás, az adótrükk, a megvesztegetés, a maffiastílus... Már 1988-ban is sokan meg tudtak gazdagodni a privatizáció kiskapuin átlopakodva az eredeti tőkefelhalmozás vadkeleti kapitalizmusába, az ezt követő évek az ügyeskedést sajátos művészetté fejlesztették... Az ügyetlenebbeket meg tulajdonképpen csődbe vitte a privatizáció, amelyben reményeik mellett a családi vagyon is elúszott.

Akinek van szőr a hátán tanúsíthatja, hogy *felborzolódik*, ha csak a szót meghallja... Mi, egészségügyben dolgozók, félünk tőle. Pontosabban: megosztottak vagyunk véleményünkben. Minden pártban, a jelenlegi koalíció pártjaiban is vannak csoportok, amelyek szeretnék felgyorsítani a privatizációt, fel tudják oszlatni a félelmek és előítéletek ködfüggönyét, el tudnak igazodni a legális technikák bonyolult útvesztőiben, megtalálják a jogi aknazarakon átvezető ösvényeket – mások bizonyos privatizációs területeken otthonosan mozognak és elszántak, de más területen elvesztik privatizációs lendületüket és kirakják az ingoványos talaj közepén a stoptáblát. (A kórházi privatizáció mindennek talán a legklasszikusabb példája és terpe.)

Így lett politikai vízvázlatzó is az a kérdés, hogy mi a vélemény a privatizációról, különös tekintettel az egészségügyi ágazatokra...

Én egyértelműen privatizáció-párti vagyok, és teljes mértékben optimista: a magánérdekeltség elve győzedelmeskedni fog, mert enélkül a rendszer nem működik. Még az állami, illetve önkormányzati tulajdonban lévő intézmények is a magánosítás különböző formáiban találják meg a kitörési pontot. Ez olyan elv, ami egyszerre politikai és gazdasági, sőt egészségpolitikai hitvallás is.

A másik felismerésünk így hangzik: tőkebevonás nélkül elképzelhetetlen az egészségügy talpraállása!

A gyógyítás és betegségmegelőzés költségei hatalmas mértékben, és egyre gyorsulóbb ütemben emelkednek. Sem az állami költségvetés, sem az önkormányzat pénze nem elegendő ahhoz, hogy finanszírozza az egészségügyet, eleget tegyen növekvő forrásigényének. Külső tőkeinjekció nélkül meghal az egészségügy, ha már annyira beteg, mint a miénk.

A tőke pedig csak akkor vonul be a gyógyítás sokmilliárdos „nagyüzemébe”, ha biztosak a tisztességes profitszerzés jogi feltételei.

Van az USA-ban, Nyugat-Európában érdeklődés a magyarországi befektetések iránt – kötelességünk, hogy megteremtjük igazi érdekeltiségünket a magunk szűkebb mozgásterén, az egészségügyben (is.) Parlamenti munkánkban egy pillanatra sem felejtjük el, hogy a szabad tőke mozgás peremfeltételeit törvényi szinten nekünk kell megteremteni; választási ígéret volt és meg is valósítjuk: az egészségügyi privatizáció 1998-ig minőségileg új, magasabb szintre lép. Ám ez többlépcsős, bonyolult folyamat – magunkra vállaljuk a motor szerepét. (Ez a beszélgetésünk is, szimbolikusan, túllép saját diagnosztikus értékein – magában hordozza a vállalt terápia főirányait is.)

Üzletről, és annak törvényi feltételeiről van szó. Értelmetlen len-

ne a részletek „tervszámairól” beszélni – nem nagyon tetszett az 1996-os költségvetési irányelvekben az a gondolat, hogy meg kell határozni az állami és a magántulajdon kívánatos arányait, előre – ezt majd a piac szépen meghatározza, menet közben. Komoly esélyt látok az áttérésre.

A biztosítást illetően álláspontom ez: többlépcsős biztosításra van szükség, kötelező alapt biztosításon túl kiegészítő biztosítások alakulnak majd ki, privátbiztosítások rendszere épül a differenciált igényekre. Mindez csak akkor válthatja fel a jelenlegi nehézkes struktúrákat, ha radikálisan csökken a tb-járulék!

Valóban drasztikus csökkentés kell a kötelező járulékfizetésben: ez szerintem 8-10 százalékpontot kell, hogy elérjen már jövőre – az így felszabadult pénz a kiegészítő biztosításokra jut, és beléphet végre az igényes magánbiztosítások rendszere. Ez végre „helyzetbe hozza” az egészségügyi magánosítást. Bízom benne, hogy végig tudjuk harcolni partnereinkkel ezt a harcot...

– *Mit tanácsol orvostársainak a privatizációra?*

– Egyrészt azt tanácsolom, hogy legyenek kevésbé félnékek. A házi felnőtt- és házi gyermekellátás, beleértve a fogászati alapellátást is, már elég visszajelzést adott arra, hogy biztosra vehetjük: aki ezen a területen belevág a privatizációba, nem fog csalatkozni! Tanulmányozzák a példákat, s döntsenek bátran: részesítsék előnyben a magántulajdont. A gyógyszerárakat illetően is csak magángyógyszertárat tudok elképzelni! Az év végéig remélem nemcsak Budapesten, de országszerte is a gyógyszerárak magánosítási filozófiánk sikerét.

Van ezzel szemben egy terület, ahol óvatosságra intenék. Ez pedig a járóbeteg szakellátás. A jelenlegi pontrendszer szerinti finanszírozás nem a privatizáció felé hat: itt a tb-nek kellene lépnie.

Ami pedig a kórházakat illeti, először is azt a félreértést szüntetném meg, amely szerint „kórházat privatizálni annyit jelent, mint megvenni egy kórházat.” A kórházak döntő többsége nem is eladó, meg aztán nincs is senkinek ennyi pénze. Közhasznú társaságok alakulhatnak inkább a kórházak működtetésére, nonprofit alapítványi formák... És egy nagyon rokonszenves lehetőség a hatékonyabb működtetésre: a *menedzsment privatizálása!* A kórház irányításának ez az új érdekeltségi rendszere komoly tőkét hozna be a magyar egészségügybe.

Nem gondolom, hogy minden kórházi menedzsmentet ugyanaz a tőkecsoport vegye át, a lényeg inkább az, hogy olyan szerződéseket kell kötnie a tulajdonos önkormányzatnak, amellyel érdekeltté tehető a vállalkozás: övé marad a kórház mint tulajdon, de a *működtetés* korszerűbbé, olcsóbbá, hatékonyabbá válik – legjobban a beteg jár. Rosszul viszont senki. Végül is preferálni tudnánk a kórházak *részprivatizációját* is: a diagnosztikus részeket – hallatlanul tőkeigényesek! –, a laboratóriumokat, a röntgent, az infrastrukturális részlegeket, kertészetet, mosatást, élelmezést, egyes terápiás részlegeket is, jó szerződések rendszerébe vonva; de a tulajdonformák tovább színesedhetnek azzal, ha bevonjuk az előbb felsoroltak körébe a profitorientált és a nonprofitorientált magántulajdont, az állami és önkormányzati tulajdon részprivatizált formáit, az egyházi tulajdont, a karitatív szervezetek által fenntartott intézményeket, részvénytársaságokat, orvosszövetkezeteket, civil szervezeteket... Képzeletünk szabad szárnyalása és napi egészségpolitikai munkánk egy irányba hat.

Kétezerig felgyorsítjuk az egészségügyi privatizációt, javulni fog a gyógyítás, gazdagabbá válik a betegségmegelőzés eszközrendszere – az élet minőségét, a magunk mikrokozmoszában, leginkább ezzel szolgálhatjuk.

Ahogy az elnök látja

Dr. Sándor Lászlóval, az Egészségbiztosítási Önkormányzat elnökével beszélgetünk a privatizációról

– *Hogyan alakult az egészségbiztosítási önkormányzat alásponója az egészségügyi privatizáció stratégiai kérdéseit illetően? Volt-e valami íve, sajátos logikája a területi vélemény formálásának?*

– Azzal kezdem, hogy az egészségügy szereplői közül nem az Egészségbiztosító az az intézmény, amely a *leginkább* kompetens lenne a privatizációs ügyek megítélésében. Bár hozzáteszem, hogy számos ponton a privatizáció előrehaladása és minősége rendkívül fontos kérdéseket tesz fel nekünk is: hiszen lényeges tényező lehet, hogy milyen szolgáltatásokat tudunk nyújtani a most formálódó reformfolyamatok kereteiben. Ezért elsősorban egészségpolitikai tényezőként kezelem a privatizációt, de élénk érdeklődésem eziránt szakmai szempontból is egészen nyilvánvaló. Tényleg fontosak a biztosításpolitikai vetületei. Ebből fakadóan azt hiszem, először azt a kérdést kell megválaszolni, hogy az egészségügyben a piacosítást szabad-e úgy értelmezni, hogy amilyen mértékben a termelő szférában mindez hasznos és beválik, úgy kell-e gyorsítanunk itt is? Tudniillik itt azért egy nagyon speciális piacról van szó, hiszen a „rendelést”, a „vásárlást”, a szolgáltatások igénybevitelét nem a „vevő”, a beteg dönti el elsősorban – itt az orvos szerepe gyökeresen eltér attól, amit „szolgáltatási szerepnek” mondanánk egy tisztán piaci helyzetben. A kínálati oldalon helyet foglaló jelentős befolyással tud lenni a „vevő” magatartására, döntésére. Ezért én azt hiszem, hogy az egészségügyben tartósan is csak „kvázi-piacról” tudunk beszélni! Korlátozott keretek között működő

piacról. Az igazán nagy kérdés, hogy hol vannak az egészségügynek azok a területei, ahol az egész privatizációnak komolyabb, sőt döntő szerep jut? Ha tudatosan vállaljuk ezt az óvatos megközelítést, akkor tudjuk pontosan meghatározni az egészségbiztosító álláspontját.

Mi azt mondjuk: a jelenleg kialakult családorvosi szisztéma rendkívül alkalmas lehet arra, hogy az alapellátásban – és én most az alapellátásba sorolnám a sokat vitatott fogászati ellátás jelentős részét is – a privatizáció fokát a jelenleginél is nagyobb arányban tartjuk kívánatosnak, akár a száz százalék közelébe is elmennék! Jelzem, hogy jelenlegi ismereteim szerint a családorvosoknak már mintegy 60 százaléka privatizált formában végzi a munkáját; ez majdnem négyezer orvost jelent, a hatezer hétszáz praktizáló családorvosból. Itt tehát további lehetőségek vannak a privatizációra. De már itt is nemcsak mennyiségileg kellene előrelépni, hanem minőségileg is...

Kifejezetten kívánatosnak tartanám tehát, hogy ahol csak lehet, a családorvosok csoport-praxist alakítsanak ki. Egyfajta szakmai munkamegosztásban is dolgozhatnának; ha úgy tetszik, még afféle mini-méretű konzíliumokat is folytathatnak, hogy jó diagnózis alapján alakíthassák ki az optimális terápiát.

Egyre nyilvánvalóbb az is, hogy a biztosítónak a jelenleginél hatékonyabb finanszírozási konstrukciókat kell kialakítania. Ösztönözni kellene, anyagi értelemben is ösztönözni ezt a csoport-praxist; ebben nagy esélyt látok!

Ez tehát az egyik lehetőség. És azt hiszem, hogy a családorvosi

magánpraxis – és annak csoportos formája – lesz az a terület, ahol a privatizáció gyorsan, látványosan előre fog haladni a közeljövőben.

Ami viszont a járóbeteg szakellátást illeti: itt vita folyik, hogy a privatizációnak milyen útját járjuk. Két, markánsan elkülönülő véleménnyel lehet találkozni.

Modellkísérletekben kell a legközelebbi jövőben ezt a két irányt ütköztetni, valamelyiket kísérleti úton verifikálni. Van egy vélemény, amely szerint a járóbeteg szakrendeléseket komplex módon kellene privatizálni. És majd a privatizációt követően az új tulajdonos alakíthatja ki a számára előnyös struktúrát az adott körülmények között. Ezek akár a valós igényekhez, a beteg érdekében is jobban alkalmazkodnának, mint jelenleg. A szakágazatok jelentős változtatásával járna mindez, átrendeződne a sorok, a súlypontok; de vajon ez lenne a megoldás?

A másik út az, hogy egy-egy szakmát privatizálunk. Itt a kurrens szakmák részéről van felfokozott igény.

Például egy járóbeteg szakellátó intézményből a szemészet akár mindenekelőtt magánpraxisra berendezkedni. A fogorvosoknál a tb-finanszírozás változása is kikényszeríti az átvándorlást a privát-szférába.

Más a helyzet viszont a kórházakkal. Az uralkodó vélemény az, hogy a fekvőbeteg-intézmények, klinikák magánosítása jelenleg nem lenne kívánatos. A biztosító sem, a tulajdonosok sem támogatnák ezt a túl merész fordulatot. Abban viszont szintén teljes az egyetértés, hogy a jelenleginél sokkal színesebb tulajdonformáknak kellene létrejönniük ebben a szférá-

ban! Mert jelenleg mi a jellemző a fekvőbeteg-intézmények tulajdonviszonyaiban? Vagy állami tulajdon, vagy a települési önkormányzat tulajdona a kórház. Nagyon minimális az egyházi, még minimálisabb az egyéb konstrukció – néhány magánklinika például –, nos ebben a helyzetben én kifejezetten támogatnám, hogy közhasznú társaságok, közalapítványok formájában színesítsük, gazdagítsuk a tulajdonformákat. Ez a strukturaváltás sok kórház esetében módfelett előnyös lenne. Elősegítené azt is, hogy a szakmai színvonal meredeken emelkedne, és túl lehetne lépni különböző csoportérdekeken. Talán a legfontosabb probléma most a következő: a diagnosztikához ma már a világon mindenütt a high tech fogalma kapcsolódik – ez a fejlesztés a kórházak nagy része számára elviselhetetlen anyagi terhet jelent. Elkerülhetetlen, hogy a magyar egészségügybe külföldi tőke áramoljon. A diagnosztikai központok helyzete azt jelzi, hogy a high tech diagnosztikában a piaci viszonyokhoz leginkább hasonlatos szektorra akadtunk. A valódi piacot utánzó versenyhelyzet jöhet itt létre, és meg kell mondanom, hogy ebben a biztosító is érdekelt! Minél jobb a diagnosztika, annál gyorsabb a beteg gyógyulása – az összefüggés finanszírozási szempontból is nyilvánvaló.

De van még egy területe az egészségügynek, az egyedi szolgáltatási terület. Szintén nagy az eszközigénye; szívesen látom itt is akár a magyar orvos-vállalkozók jelentkezését, akár a külföldi tőke érdeklődését is: aki meg tudja fizetni, kapjon lényegesen többet a betegellátásban. A szűk kapacitás miatt ezt nem lehet a magyarországi betegellátás egészére kiterjeszteni. Ahol nagyon jó technológiát, a magyarországi állapotokhoz képest új know-how-t tudnának behozni, ott mindenképpen üdvözlöm a külföldi befektetőt, még ha egy adott kórházban bizonyos feszültségekhez is vezethet ez – hiszen bebizonyítaná, hogy a jó felszerelés, a

jó szakembergárda nagyon nagy mértékben le tudja rövidíteni a gyógyulás folyamatát! Ez még a költségcsökkentésre is jó hatással lenne – példaértékű megoldásokat tapasztalhatnánk, és ennek már a referencia-értéke is óriási.

Kérdésének másik fele az volt, hogy változott-e valamennyire a véleményünk a privatizációval kapcsolatban? Nos, alapjaiban ezt a szemléletet mi egy-másfél évvel ezelőtt kialakítottuk és meghirdettük. Ezek az elvek az ezredfordulóig érvényesek lesznek. Az idő folyamatosan igazolja modernizációs programunkat.

– *Főleg azért, mert modelleket javasolt és a modellek szabadon versenyeznek...*

– Igen. Soha nem mondtuk, hogy ez a mi saját koncepciónk lenne, de modellértékeit felismertük és a gyakorlat próbája alá vetettük. Az állami egészségpolitikával szinkronban vagyunk. Ez a privatizációs felfogás, amit ebben a beszélgetésben ismertetni tudtam, több, mint az egészségbiztosítási önkormányzat véleménye: ez modellkísérleteink és mindennapi munkánk szép találkozása a magyar egészségpolitikában.

– *Véleménye szerint az ezredfordulóig milyen arányban lesz az egészségügyben magánpraxis/magántulajdon, állami és önkormányzati tulajdon szektoronként?*

– Nos, a családorvosi szolgálat teljes mértékben privatizálódik. Ez persze a vállalkozókedvtől és az anyagi viszonyoktól is függ. Ezt a szektort illetően optimista vagyok, és a folyamat további gyorsulását várom, már a jövő év végéig.

Viszont a járóbeteg szakellátásban az eddigi privatizációs ütem gyorsulását várom ugyan, de ennek arányait most még nem láthatjuk tisztán: itt a modellkísérletek még éppen csak elkezdődtek. A fekvőbetegellátó intézményeknél dinamikus magántulajdon-növekedés nem lesz. A színesebb tulaj-

donformákat viszont teljes magabiztossággal ajánlom, ám ez nem teljesértékű privatizáció. A diagnosztikában szinte szabad pályája van a magánosításnak, a dialízisről például már többéves tapasztalati anyagunk van. Amire itt vigyázni kellene, az az, hogy az egy-egy cég nevével fémjelzett szolgáltatás piaci részesedése ne legyen többségi. Ne a szolgáltató cég diktálja az árakat, ne tudjanak zsarolni. A szolgáltatási biztonság, a betegek és a társadalom egésze iránti felelősség ezt kívánja tőlünk.

A finanszírozási forma viszonylag független a tulajdonviszonyoktól. A következő években az igények sokkal strukturáltabbak lesznek, mint amihez eddig, évtizedek óta hozzászoktunk. Megjelennek majd olyan igények, hogy egy gyógy módhoz színvonalas hotel-szolgáltatás járjon. És ha a kötelező biztosítási rendszerre ráépülnek és országos szinten elterjednek a kiegészítő biztosítások, akkor könnyen elképzelhető az, hogy a biztosító által fedezett ellátási színvonal feletti igények jelentkeznek. Egyágyas kórterem, televízió, fax, közvetlen telefonvonal – követnünk kell ezt a várható igénymódosulást és kórházról-kórházra meg kellene teremteni ennek feltételeit. Az extra-szolgáltatás kiegészítő biztosításért járna csak. A közép- és alacsony juttatásúaknál a lakossági térítést pótolhatják a kiegészítő biztosítások. Mi az önkéntes kiegészítő biztosítópénztárak rendszerét preferálnánk. A profit alapon szerveződő biztosítóknak is meglesz a maguk helye – jó irányú mozgást tapasztalunk tevékenységünknek e mélyrétegeiben.

– *Köszönöm az interjút. Természetesen nyomdába adás előtt faxon elküldjük a szöveget...*

– Erre nincs szükség. Mindig megbíztam az újságírókban – nekem a sajtóval soha, soha nem volt a legkisebb problémám se!

– *És megismerve elnök urat, mint pszichológus azt mondhatom, hogy soha nem is lesz...*

Hogyan lehetne meggyógyítani a magyar egészségügyet?

Mikrofonnál a szakember,

akit az orvosok túlságosan jó menedzsernek, a menedzserek túlságosan jó orvosnak tartanak, de menedzser-szemléletével az ország legnagyobb állami kórházát, orvos-szemléletével a fővárosi közgyűlés legnagyobb politikai frakcióját igazgatja: **Dr. Ajkay Zoltán** vallomása orvosról, pénzürről, betegről – az egészségügy privatizációjáról.

– *1995 május elsejétől az Országos Korányi Intézet igazgató főorvosa. Gratulációnk nem marad el – most mégsem ebben a minőségben kerestük meg, hanem mert híre megelőzte: van személyesen megérlelt mondanivalója lapunk olvasóinak, orvosnak és menedzsernek egyaránt. Kezdő kérdésünk tehát ez: milyen formában, szemlélete fejlődésének melyik kritikus pontján jelent meg életében a felismerés, hogy a menedzsment és a medicina világát, e két teljesen eltérő szakterületet (személyében) egységes szemléleti keretbe fogja? És mi lett a szellemi hozadéka, haszna ennek?*

– A tüdőgyógyászatban, szűkebb orvosi szakterületemen kívül fiatal koromban a szociológiába is beleszerettem. 1990-ben elvégezhettem az EHMA (European Health Management Association) féléves angol nyelvű tanfolyamát, ahol Trainer of the Trainers típusú végzettségem lett és nagy élvezettel oktatgatok a Kanadai Menedzserképzőben, bár erre túlságosan kevés jut a szorító időből. Az orvostudomány, a szociológia és a menedzsment határvidékéről egybegyűjtött mondanivalóm már a kormányprogramban is tükröződhetett: azóta a fővárosi MSZP-frakcióban dolgozom (annak vezetője – a szerk.) és a Magyar Kórházszövetség titkáráként is részt vehetek, ha nem is a döntéshozatalban, de háttéranyagok készítésében mindenesetre.

Kórházi munkám adja mégis a legfőbb impulzusokat. Az osztályvezetésen kívül öt évig igazgatóhelyettes is voltam és a politikai szervezeteknél tapasztalt problémákhoz hasonlóan itt is minden felismerés egyenes úton vitt a menedzsment-szemléletig!

Mindenütt azt tapasztaltam, hogy a hazai vezetési technikák elsősorban a hierarchiakon, kliensi rendszeren alapulnak, erre építkeznek és ha valahol érintkezésbe kerülnek a gazdasággal, csődöt mondanak, mert képtelenek egyeztetni szakmai önérzetüket a kényszerű gazdaságossággal.

Mindennek mélyebb felderítéséhez szükségem volt a szociológiára is, hogy megismerjem a betegeskedő (orvos)társadalom valóságát, a diagnózisát. Világossá vált, hogy mi a bajok lényeges forrása: a piacgazdasági értékek és felismerések makacs kívül tartása, kirekesztése a magyar egészségügyből. Kerestem tehát a jó diagnózishoz a jó terápiát: a 80-as években megismertem a jól működő vezetésméleti modelleket és tettekész voltam, amikor a rendszerváltás lehetővé tette végre, hogy itthon is alkalmazzuk mindazt, ami a modernizációhoz kell. Az első menedzserképző oktatásra már 250-en jelentkezünk, ebből összesen 25 embert, közülük is csak 11 orvost vettek fel; köztük lenettem és végre megnyílt az út a gyógyulás felé. A pánikszerű tüneti kezelések helyett „betegünk”, a magyar egészségügy

gyökerekig ható gyógyítása megkezdődhetett – ennek egyértelműen része a széles körű privatizáció.

Hozadéka pedig számomra mindennek az, hogy elmondhatom: most már sok minden könnyebb. Használok a „time management” technikáját: mintha kétszer annyira időm lenne mindenre, holott kétszer annyit dolgozom. Gazdálkodni tudok az idővel. Jobban lehet így, menedzser-szemlélettel megerősödve, együttműködni a társadalmi környezettel, jobban lehet megszervezni az egészségügy modern eszközét, a technikai hátteret. És tudatosabban ismerem fel a döntéshozók vagy döntés-halagatók motivációit ott, ahol még az empátia is kevés. Jól érzékelhető visszajelzés lett a betegek elégedettsége és a kórházamról kialakult kép is.

– *Aki most, a körülmények nyomására fordul a menedzsment, a PR és a marketing – széles értelemben a gazdasági – kérdések felé az orvostársadalomból, azok számára mik az ajánlásai, őszintén feltárva a szemléleti váltás lehetőségeit és korlátait az orvosi hivatás gyakorlatában?*

– Nyilvánvaló, hogy a most tapasztalt nagyfokú érdeklődést, amelynek egyik bizonyítéka éppen az Önök lapjának ez a melléklete is, nos mindent a gazdaság kényszere váltotta ki. Ez az ágazat a kemény megszorítások éveit éli és gyökeres átrendezések következtek be az egészségügyi ágazatban. Válságmenedzselésről van szó pillanatnyilag.

Hogyan lehet lavírozni az egészségügyben a szakmailag feltétlenül szükséges, de gazdaságilag még megengedhető keskeny ösvényen? Egy szemlélet, bármilyen modern

vagy akár posztmodern is, önmagában pénzügyi forrásokat nem pótol. Adósságmilliárdokat csak menedzseléssel áthidalni, bármilyen jó modellben elméleti zárójelbe tenni nem lehet. Ezt a leglelkesebb menedzsment-szakértőknek is meg kell érteniük.

A marketingmunkának is az lehet az alapja, hogy megbízható, ellenőrzött szolgáltatást nyújtunk a lakosságnak. Bizonytalan szolgáltatási helyzetben nehéz vállalkozni arra, hogy optimális megoldást hirdethessen bárki. Most a privatizációval és a marketing-technikákkal is baj van! Nézzük ezt közelebbről, mert hallatlanul fontos.

Az egészségügy „szolgáltatásának” területén sehol sem lehet tisztán piaci viszonyokra áttérni! A 90-es rendszerváltás idején a túlbuzgó elméleti szakemberek egy része meghirdette az orvoslás „Piaci modelljét”. Ez nem válhat be, ez nonszensz. Az USA-ban most vitatott Clinton-program már ezzel ellentétes tendenciát képvisel.

Az egészségügyben ugyanis nem tiszta, hanem szabályozott piac lehet csak – itt saját orvosi folyamatok jelennek meg piacon-külső tényezőként. Aki ezt nem veszi észre, megbukik.

Ráadásul a marketinget általában nem szeretik, vagy legalábbis gyanakvással fogadják az orvosok. A marketing egyik alapvető jellegzetessége az, hogy a „saját terméket” a másik elé helyezi, vagy szeretné helyezni. Ez a marketing-stratégia lelke. A hagyományos medicinaiban nevelkedettek számára ez kimondott és megfogalmazott formában taszító! Az „orvos-céh” alapvető szabálya, hogy a beteg „átcsábítása” érdekében sem mondunk a kollégáról rosszat – nem úgy, mint ahogy a „hagyományos mosópor” hiányosságairól beszél az Ariel „marketing-stratégia” a tv-ben. A gesztusok nyelvén persze megjelenhet ez, de arról még az orvos maga sem tehet – az a lelke mélyéről érkező üzenet, és inkább freudista elemzést igényel, mint-

sem piaci terápiát. Erre, *jogosan* nagyon érzékeny a szakma! Jól megfigyelhető ez még egyes gyógyszergyárak vagy orvosi műszergyárak agresszív üzletpolitikájának megvetésében is. A piac, a marketing-világ már csak ezért is korlátozottan terjed majd az orvosi közegben – de ahol az orvosi etikát nem sérti, ott a privatizált rendelők fel fogják majd hívni magukra a figyelmet. Mindenesetre érdekes folyamat lesz. Izgalmas lesz benne élni.

– *Hol fogja első nagy sikereit aratni az egészségügyi privatizáció?*

– A kórházak üzemszerű mozgató-számban. Gondoljunk a komplex energetikai rendszerek, a kórházi infrastruktúra, a mosodák, a gyógyítást kiszolgáló részlegek kívánatos privatizációjára – ez nemcsak költségkímélő lesz, hanem áttörést ígér a szervezőmunkában is. Ezzel együtt maga a folyamat is feltöltetheti lemerült optimizmus-tartalékainkat.

A kokainbárók pesti ellenfele: egy szenvedélyes kábítószer-nemfogyasztó

Valamivel több mint egy fél éve egy nyílt tekintetű, mindig mosolyra kész fiatalember drog-referensként dolgozik, főállásban – a kábítószer elleni küzdelem frontembereként! – Budapest szívében, a főpolgármesteri hivatalban. Első kérdésünk csak az lehet:

– *Miért választotta a korábbi sikeres politikai karrier helyett a heroin, kokain, LSD és marihuána divattá-válásával szembeálló hős nem túl hálás szerepét Dr. Arató Géza, hajdanvolt országgyűlési képviselő?*

– Neurológus, pszichiáter és addiktológiából is vizsgázott szakorvos vagyok, és már tizenkét éve gyakoroltam az elmeorvos-szakmát egy vidéki kórházban, amikor egyre inkább megismertem a betegek társadalmán túl a társadalom betegségeit is. Ez vitt 1990 tavaszán a politika mélyvívébe...

– *Választói, gondolom, megérezték a szerénység mögötti erőt, és a politikai erő viszonylagosságát felismerő szerénységet viselkedésében, választási be-*

szédeiben – hiszen ekkor, az első szabad választások előtti eufóriában hitelük volt azoknak, akik a környezetvédelmet, a szabad kezdeményezések szépségét, és főleg a társadalom betegségeinek hatékony kezelését együtt remélték képviselője-lőitjükkel...

– Így van, mindannak megvalósulásában hittem, amiért korábban szembefordultam a puha diktatúrával – ily módon mintha a társadalom bajainak gyógyításával sima átmenetet találtam volna szakmám és a

nagypolitika kihívásai között. De valami azért tényleg megvalósult ebből a reményből – semmit sincs okom megbánni abból, hogy eldöntöttem: országgyűlési képviselő leszek. Korábbi életem így gyökeresen megváltozott négy évre – jó irányban változott, annak ellenére mondom ezt, hogy a már 1992-ben, képviselőségem közepidejében eldöntöttem: 94-ben, ha mandátumom lejár, visszatérek igazi szakmámhoz.

Ez történt. Közben elmondhatam néhány – azt hiszem hatásos – beszédet a parlamentben, szociálpolitikai témákban, és mellékesen valahogy mintha én lettem volna a kilencven tagú frakciónk házi-pszichológusa is... Ez persze félig vicc, de csak félig az: a pszichiáter képviselőként is pszichiáter marad, viszont a képviselő a pszichológusi rendelésben gyógyulásra váró betegé szelődül...

A lényeg az, hogy közben sikerült a mentálhigiénét, ennek részeként a drogellenes küzdelmet a nagypolitika rangjára emelni. Veszélyeztetett, sőt inkább halmozottan hátrányos helyzetű társadalmunkban, ahol a stresszek, az alkohol, a dohányzás, a nyugtató és izgatószeres mértéktelenség látványos fogyasztása miatt is tíz évvel rövidebb ideig él az átlagember, mint szerencsésebb, gazdagabb országokban...

És ott is „nyomul” az új ellenség, a drogfogyasztás; az egészségvédelem „elitosztagai” ott is most kezdik meg végre a nagy ellentámadást. Így lettem inkább a kábítószer elleni küzdelem harcosa, mint „egyszerű parlamenti képviselő”. És igazán csak örülni lehet annak, hogy a nagyon veszélyeztetett, kétmilliós Budapesten idén január eleje óta van lehetőségem aktívan részt venni ebben a csatában. A vénákba dőfött egyre nagyobb heroinadagok, az izgatottan felszippanított kokain, a diszkóban lenyelt Extasy-k tartós örülete nehezen hagyja nyugodni azt, aki egészséges társadalmat szeretne látni, még az életében...

– *Alig múlik el nap, hogy ne olvasnánk a napilapokban híreket arról: kilószámra foglalnak le a határon a gyilkos fehér porból, a kokainból dollármilliókat érő szállítmányokat, a tv filmkínálataiban szinte rutinból szippant a főhős annyi kokaint, amennyi csak a két orrlyukába elfér, a heroin injekciótűinek nyoma már túl sok fiatal lány és fiú karján hogy nyomot – mit tud tenni Budapesten egy drog-referens? Ugyanakkor más szenvedélybetegségek is hódítanak elbizonytalanodott, többszörösen csalódott, munkanélküliséggel és elszegényedéssel küszködő társadalmunkban. Mik az előrejelzéseid? Hogyan alakul a XXI. század fordulójáig az egészségügy „alvilága”, amelyet az alkoholizmus, a kábítószerdivat, a szerencsejáték-szenvedély, a lelki-szellemi összeomlás réme jellemez? Van-e a drogreferensnek jövőképe?*

– Nem ígérünk egészséget mindenkinek 2000-re, de annyi biztos, hogy nálunk felkopik majd a koka-

inbárók, a nepperek, a kábszerárusok állja: Budapesten megállítjuk a járványos drogfogyasztást. Nálunk soha nem lesz divat a drogfogyasztó alvilághoz tartozni. Szakmailag inkább előremenekülünk, a szabadság birodalmába: ez a tiltások helyett a primer prevenciót ígéri. Hiszen aki a drogtól függ, az nem lehet szabad – és aki nem szabad, az nem tud eljutni soha a testi, szellemi, társadalmi jólét állapotába.

Egyébként jelenleg Budapesten háromszor annyi a drogfogyasztók között a fiú, mint a lány, ez meg egyezik az európai átlaggal. Viszont nálunk jó néhány hónappal előbb kezdődik a kemény drogokkal való fertőzöttség, s aki már drogfüggő, a világtágnál gyakrabban választja az olcsóbb megoldásokat, a szerek kombinációit.

Mégis: egyre nehezebbé válik a kábítószerárusok élete. Ők azok, akiket a legnagyobb liberalizmussal szívemben – nem nagyon fogok sajnálni. Egy hullámhosszon vagyok az addiktológusokkal. Egyet értek azok jövőképeivel.

A HUNGEXPO Rt. 1995. novemberi programja a Budapesti Nemzetközi Vásárcsoporthoz tartozó területén

November 9–12.

HÓ-SHOW '95

5. Találkozó a téli sport szerelmeseinek

November 14–17.

C+D '95

2. Közép-európai védelmi felszerelés és repülési szakkiállítás

HUNGEXPO

1441 Budapest, Pf. 44.

Telefon: 263-6000. Telefax: 263-6090.

Ők mondták...

Sose nevezd az orvosod galádnak. Hív támasza ő otthon a családnak! Mi néked betegség, néki: KASSZA! Csak nem kívánod, hogy apassza? (Goethe)

Ahhoz, hogy az ember folyton betegek közt éljen, ha nem pénzért teszi, ahhoz vagy öröklött hülyeség, vagy az isteni kegyelem állapotának egy fajtája szükséges. (Malraux)

Egyetlen orvos – még akkor is, ha a legszerényebb eszközök állnak rendelkezésére –, túlélő betegek életének éveiben számolva több száz, vagy több ezer évnyi életet tud megmenteni! Cselekedetei így sokkal többet érnek, mint mindaz, amit saját rövidke életéből a betegekre áldoz. (Albert Schweizer)

Ha még egyszer meglátok egy színes orvosi reklámot, amelyen egy jóindulatúan mosolygó, harmincéves doktor, csillogó aranykeretes szemüveggel, vakító fehér jelmezében, nyakában sztetoszkóppal egy pufók, vidáman haldokló kisgyerek fölé hajol, akinek hollywoodi mosolyú anyukája bizalommal néz egyik szemével gyermekére, a másikkal meg az orvosra (még ha örökös kancsalságot szerez is be ettől), és ha az orvosnak mind a hatvanhárom villogóan hófehér foga tölti be a horizontot, azonnali csodás gyógyulást ígérve – nos akkor döntenek fogok: inkább a halál, mint hogy ez a giccses idióta bájgúnár vegyen kezelésbe napi nyolcszáz dollárért. (Woody Allen)

A betegséggel párosult butaságnál nincsen szomorúbb a világon. (Thomas Mann)

Aki mindig egészséges volt, végzettszerűen hülye marad. (Martin du Gard)

Orvos, próbáld meg magadon segíteni! Így talán majd egyszer a betegek is segíthetsz. (Nietzsche)

Orvosával ne próbáljon barátilag érintkezni az, akinek lelkét valami titok súlya nyomja. (Hawthorne)

Legtöbbször, ha azt hisszük, betegek vagyunk, tulajdonképpen éppen csak kezdünk meghülyülni. (Wolfe)

Az orvos is csak akkor tud gyógyítani, ha betegét és annak betegségét egyetlen egységben látja, és nem osztja gyógyszereit meg gondolatlanul. (Euripidész)

A spórolós beteg kegyetlenné teszi az orvost. (Publilius Syrus)

Vedd eszedbe, hogy a föld legveszedelmesebb teremtménye egy orvos, ha úgy igazából méregbe gurítod. (Molière)

Semmi sem akadályozza úgy a gyógyulást, mint az orvosok és gyógyszerek sűrű váltogatása. Légy hű évekig házi orvosodhoz – meglátod, könnyebb szívvel fogsz rövidesen meghalni. (Seneca)

Mielőtt rászánod magad egy műtetre, zárd le minden függőben maradt dolgodat. Lehet ugyanis, hogy életben maradsz. (Bierce)

Minden értelmes nőgyógyász tudja, hogy távol a szülőszobától is milyen jót tesz tekintélyének és pénztárcájának a nők vágyakozó pillantása. Én kevés olyan szülésorvossal találkoztam, akit ne evett volna a fene azért, hogy imádják őt a nők, akár levetkőznek előtte, akár kiöltöznek a kedvéért. (Balzac)

Isten gyógyít meg, de az orvos nyújtja be érte a számlát. (Benjamin Franklin)

Az egészségügy rendszere nem írható le csupán azzal, hogy „küzd a betegségek ellen” – túl sok közgazdász teszi ehhez hozzá, hogy egyike a leegészségesebb, üzleti szempontból viszonylag a legnagyobb profitot termelő ágazatoknak. Össze kell csak hasonlítani

egy orvos adóbevallását a takarékbetétkönyvével. (B. J. Ehrenreich)

„Fiatal és igen agresszív magánorvosok vagyunk, kórházunk épül Georgiában, Kaliforniában és Floridában. Üzleti politikánk, vagy inkább orvosi hitvallásunk: gyógyítani, ápolni, szolgálni betegeinket... Szívbeteg szponzorokat, alapítványi támogatókat, gazdag pácienseket, hitelajánlatokat keresünk „Álomprofit” jeligré.” (Hirdetés az Advertising Age-ben, 1995)

Lengyelországban a betegek maguk veszik meg a fecskendőket, az injekciós tűket, a vattát; külföldön szerzik be a gyógyszereket, s persze komoly pénzeket fizetnek a kezeléseikért... Orvos és beteg egyaránt csak mosolyog az egészségügyi miniszter azon tervén, hogy korrupcióellenes plakátokkal ragasztja tele a kórházak és rendelőintézetek falait... (Beszélő, 1995. április 27.)

A magyarországi kórházak szervezete még a közelmúltban is erősen bürokratikus, hierarchikusan strukturált volt, és intenzíven befolyásolta az az orvosi hatalom, amely elsősorban a tekintélyelvűségen alapult. Ez a szervezet évtizedekig alkalmas lehetett a túlcentralizált társadalmi-gazdasági környezet által támasztott igények kielégítésére, de... a rendszerváltás igényeinek megfelelni már nem tudott, egyre nyilvánvalóbbá váltak fogyatékoságai.” (Ajkey Zoltán)

Talán a nem túl távoli jövőben a kórházaknak is versengeniük kell a betegekért, fizetett hirdetésekben kell maguk felé fordítani az egészségügyi problémákkal küzdő polgárokat... (Kárpé, 1995. március 30.)

„...kapkodjuk a fejünket, jönnek a telefonok, aggódunk...” (Mikola István, a Magyar Kórházszövetség elnöke)

Ápolás, mint üzlet

Beszélgetés Németh Sándorral, az Aranykereszt Közhasznú Társaság ügyvezetőjével

Milyen közös vállalkozásba kezdhet egy mentőtiszt és egy ügyvéd? Dr. Szaszko Bogár Erzsébet ügyvéd és Németh Sándor mentőtiszt például megalapították az Aranykereszt Ápoló Kórház és Otthon Közhasznú Társaságot. A profil – hiszen egészségügyi – az ügyvezető, Németh úr esetében mondhatjuk, szakmába vágó. A jogi pallérozottság pedig olyasvalami, ami csak javára válhat bármilyen vállalkozásnak. Amint a marketing is. Ez utóbbi területet ugyan az Aranykeresztnél egyelőre nem szakdiplomás felelős „viszi”, ám mint az a Németh Sándorral folytatott beszélgetésből kiderült, a tulajdonosok profi módon érzékenyek a környezetre, melyben szolgáltatásaikat nyújtják.

– Még manapság is több a kérdőjel mint a bizonyosság arra nézvést, hogy egyáltalán „ráereszthető-e” a vállalkozói szféra az egészségügyre, s ha igen, milyen mértékben. Önök azonban, úgy tűnik, ezt megválaszolták maguknak. Dinamikusan növekednek. szilárd lábakon állnak. De hogyan kezdődött? – Fordulok Németh Sándorhoz, az Aranykereszt Ápoló Kórház és Otthon Közhasznú Társaság ügyvezetőjéhez. Mielőtt átadnám neki a szót, engedtessek meg egy kis helyszínrajz. Angyalföldön vagyunk, a volt 2. számú ÁÉV munkásszállójában. Itt működik a vállalkozás ápoló kórház része, s amint az a helyszínből is sejthető, nem luxus körülmények között. Ám tisztaság van, rend, békés, barátságos a légkör az idős, állandó felügyeletre, ápolásra szoruló emberek körül. Itt van a két tulajdonos irodája is, melyek már-már túlzottan is puritánok. És egyiküket sem várja a ház előtt luxusautó. A kosztot azonban az ápoltak dicsérik. Nos, hogyan is kezdődött?

– 1991-ben társammal vállalkozásban átvettük egy szociális otthon működtetését. Első magánvállalkozók voltunk e korábban – közvetve vagy közvetlenül – kizárólag az állam által üzemeltetett területen. Az

elnevezéssel azonban bajban voltunk. Az állami gondozó intézményekben ugyanis a gondozott által fizetett gondozási díjból, az állami támogatásból és az önkormányzatok pénzéből fedezik a költségeket. Mi azonban az utóbbira nem számíthattunk-számíthatunk, nekünk ezt a részt is a gondozási díjban kellett kérnünk. Így azonban már nem nevezhettük a mi otthonunkat „szociális”-nak. Az ápoló- és gondozó otthon kifejezés mellett kötötünk ki. Megjegyzem, hogy az új szociális törvény – melynek előkészítésekor őszinte örömeinkre kikerítették a tanácsunkat – már ugyancsak ezt az elnevezést használja.

– Rokon vállalkozásokról azért lehetett hallani. Az idősek és betegek saját otthonukban való ápolására gondolok, amire több magánkezdeményezés is volt, már évekkel ezelőtt.

– Kezdetben mi is próbálkoztunk ezzel, de mint az emlegetett kezdeményezések is, kudarcot vallottunk. Mi sem vettük figyelembe, hogy a házi betegápolás nyugaton is csak a rendkívül gazdagok kiváltsága. Amit ugyanis ezzel a szolgáltatással meg lehet spórolni, az csak a hotel szolgáltatás. És ezt is kell koordinálni, vezetni, kell hozzá valamiféle apparátus. A házi beteg-

ápoló napi öt-hat páciensnél többet nem tud felkeresni. Egy kórházban-otthonban egy ápoló ennél sokkal több ápoltat tud színvonalasan ellátni. És az idősek életrendje berögződik, szeretik mindig ugyanabban az időben kapni az ebédet, vacsorát. Ezt igen nehéz elérni egy ilyen hálózatnál. Jelenleg is folynak ugyan kísérletek a házi betegápolásra, de mi a jóval szélesebb kör számára elérhető jövőt az idősothonokban látjuk. Hamar feladtuk tehát a házi betegápolást, és elindítottuk ápoló otthonunkat, akkor még napi 550-600 forint gondozási díj mellett.

– *Eredmény?*

– Óriási érdeklődés, gyorsan gyarapodó előjegyzési lista. Ezért aztán egy idő után bérbe vettük Nagykövácsiban a Rozmaring Tsz. panzióknak épült, de kihasználatlan épületét, s ide fokozott gondoskodást igénylőket vettünk fel, olyanokat, akiknek az agyérelmeszesedése már igen előrehaladott. Ezt követően a korábban munkásszállókat üzemeltető ERAVISZ egyik kőbányai épületében alakítottunk ki egy hetvenöt ágyas részt. Nem sokáig tartott az otlétünk, mert a szomszédos kínai piaccal nem lehetett együtt élni. Azután a Nyírő Gyula Kórház krónikus belosztályát vettük ki bérbe, s most itt, a volt munkásszállóban úgy tűnik, már hosszabb távra sikerült berendezkednünk ápoló kórházunkkal.

– *Az ápoló kórház név is az önök leleménye?*

– Mentős és szociális otthoni igazgatói múltamból ismertem jól az egészségügyet, jártam jónéhány úgynevezett elfekvőben – a krónikus belosztályokat nevezik így –, tudtam, hol kell változtatni, jobbíta-

ni, tudtam, hogy az éjjel-nappali ügyeleti rendszeren túl az ápolás minősége a döntő. Az ápoló kórház kifejezést valóban mi ötlöttük ki. Sok utánjárás eredménye, hogy hivatalosan is használhatjuk ezt az elnevezést, bár jogszabályban még nem fordul elő. A nevet egyébként nagyon fontosnak tartjuk, mert nekünk el kell tudnunk adni az intézményünk nyújtotta szolgáltatásokat. Fontos tehát, hogy a név pontosan fedje azt, amit kínálunk, ugyanakkor bizalmat keltsen, ne legyen pejoratív.

– *Nyilván az Aranykereszt név is ilyen meggondolásokat tükröz. Vallásos tartalma is van?*

– Ezt sokan megkérdézik, de nincs, bár minden magyarországi felekezet papja bejár ápolójainkhoz. Mi a kereszt egészségügyi jelkép-voltára gondoltunk – gondoljon csak a vörös, a zöld vagy a kék keresztre –, az arany pedig az értéket, a megbízhatóságot jelképezi. Szerintünk az is fontos, hogy a nevünk magyar, mindeki számára érthető, nem úgy, mint néhány jól hangzó, de latin vagy görög eredetű cégnév az egészségügy területén.

– *Kérem, beszéljen a finanszírozásról! Hogyan teremti elő a működés és a fejlesztés költségeit?*

– Az ápoló otthonban egy összegű befizetést kérünk a felvételkor. Ezen kívül a bentlakók nyugdíjuk meghatározott százalékát adják át az otthon céljaira. Ezen felül kapunk bizonyos normatív állami támogatást is. Ápoló kórházunkban napi ezer forintot fizetnek a betegek. Ötszázöt forint az egy napra, egy főre eső normatív állami támogatás és négyszáz forint a társadalombiztosítás támogatása, amit nem pénzben kapunk, hanem kedvezmény formájában a gyógyszeres, egészségügyi eszközök vásárlásakor.

– *Mire elegendő mindez?*

– Ez a finanszírozási konstrukció nullszaldós működést tesz lehetővé. A továbblépés, fejlesztés feltételeit magunknak kell kigazdálkod-

nunk. Például úgy, hogy konyhánkat nem a közhasznú társaság, hanem az Aranykereszt Bt. üzemelteti, amelynek étterme is van, ezzel hasznot hajt, de a közhasznú társaságnak önköltségi áron nyújt szolgáltatást. A betéti társaság nyeresége is a közhasznú társaság céljait szolgálja. Ugyanez a betéti társaság – miután tarthatatlan volt, hogy havi hat-hétszáz ezer forintot fizetünk ki mosatásért – mosodát is létesített, és szabad kapacitása terhére bérmosást vállalhat, például szállodáknak.

– *A mosodát átvették valakitől?*

– Nem, újonnan létesítettük, vado-natúj Elektrolux gépekkel szereltük fel.

– *Ezt már nyilván nem lehetett megtenni hitelfelvétel nélkül...*

– Valóban kellett hitel, s érdemes pár szót szólni a felvétel körülményeiről is, amelyek szinte felüldülés számba mentek.

– *Melyik bankunknak szól a dicséret?*

– Sajnos nem magyar bankról van szó. Egy svájciról. Ők nem kérték biztosítékul a felvett összeg két és fél-, háromszorosát. És ők jöttek el hozzám, a kelet-európai marketing igazgatójuk keresett fel. Körülnézett nálunk, majd nem több, mint háromnegyed órai beszélgetés után elmondta a feltételeiket, s azt, hogy hazatérte után átfaxolják a szerződést, amin javasolhatunk változtatásokat, ha valamit túl keménynek tartanánk. A gépeket lízingeljük. A lízingdíj térítése negyedévenként történik. A német márkában felvett hitel kamata tizenkét százalék, és a törlesztés elkezdéséig négyhónapos türelmi időt kaptunk.

– *Mint a névválasztással kapcsolatban megjegyezte, önöknek el kell adniuk szolgáltatásaikat. Milyen úton-módon szereznek tudomást az emberek az Aranykeresztről?*

– Erről pontos képünk van, mert januárban kértünk egy átvilágítást egy PR-cégtől. Megállapították, hogy a legtöbb, hozzánk forduló ember valaki mástól hallott rólunk.

Második helyen a rólunk szóló, cikkek, híradások szerepelnek, és a legkevésbé hatékonyak a kimondottan reklámjellegű megjelenések bizonyultak. Érdekes – bár nyilván nem véletlen, ha az itthon maradt idős hozzátartozókra gondolunk –, hogy a nyugati magyarok körében igen nagy az ismertségünk, pedig kimondottan ennek érdekében alig tettünk valamit.

– *Milyen társadalmi-jövedelmi rétegből kerülnek ki ápolójaink, gondozottjaink?*

– Rossz szociális helyzetben lévőek sajnos nem tudnak hozzánk fordulni. De azt a luxust sem nyújtjuk, amit a leggazdagabbak várnának. Marad tehát a közép- és felső középosztály.

– *Hogyan képzelik el a jövőt, miként fejlesztik tovább vállalkozásukat?*

– Több irányban is szélesítjük az Aranykereszt kínálatát. Egy új törvény értelmében minden munkáltatónak igénybe kell vennie a foglalkozás-egészségügyi szolgálatot. Az ehhez szükséges éves vizsgálatokat nálunk is meg lehet rendelni, erre van szakképzett orvosunk. Tulajdonostársam jogi ismereteit is szeretnénk intenzívebben hasznosítani: szociális tanácsadás formájában vagy induló egészségügyi vállalkozások útjának egyengetésében. És van egy egészen eltérő jellegű vállalkozásunk – bár ez sem nélkülözi az egészségügyi vonatkozást –, amelynek remélhető hasznát szintén visszaforgatjuk alaptevékenységünkbe. Ugyancsak a fővárossal egyeztünk meg abban, hogy városszerte rámpákat építünk a járdaszegélyek mellé a mozgássérültek közlekedésének megkönnyítése érdekében. Ezt mi ingyenesen tennénk, annak fejében, hogy a rámpákon reklámfelületet képezhetünk ki. A Vígszínház előtt már látható a mintapéldány. Csúszásmentes üveggel fedett, megvilágított szelvényben helyezhető el a reklámszöveg. A szervezésre-kivitelezésre Irampanel néven kft-t alapítottunk.

Balázs István

Törésvonalak

Válságmenedzselés, vagy magánosítás?

Jelenleg túl nagy anyagi teher nehezedik a betegre, ha magánorvosi kezelést igényel. Kétszeresen is meg kell fizetnie gyógyulása árát. A tb-járulessal, ami önmagában is túl magas, és a magyar átlagjövedelemhez képest ugyancsak magas – bár, ismerjük el, általában reális! – magánorvosi díjtételekkel.

Másfelől, túl minden finanszírozási nehézségen, az a tapasztalatunk, hogy aki elszánta magát a magánorvoslásra, az nem száll ki többé ebből a rendszerből; megtalálja szerény profitját, talál fizetőképes keresletet vállalkozóvá átlényegült szakismeretére. Itt nincsenek csődök, legfeljebb trükkös túlélési technikák. Még gyakrabban: látványos sikerek. A „magyar csoda” ezen a területen is érvényesül, s gondolkodóba ejt: mintha mindenki anyagi összeomlás előtt állna, és a bankoktól az adóhivatalig, az elszegényedő betegektől a lopós munkatársakig, a forráshiánytól a lassító-enzimektől felfúvódott bürokráciáig minden és mindenki szegény magánorvos életére tör, mégis beszerzi valahogy a high tech műszereket, bővíti rendelőjét, dolgozik, keres és Mercedesre cseréli a Nissan Bluebird-jét. A két-három éve megindult és napjainkban még nem is tetőzött folyamat, a magánosítási hullám a magyar medicinában korunk hőségé teszi a magánorvost. Büszkén feszítenek a csoportképeken a magánklinikák orvos-varázslói.

Ennek tényleg lehet örülni, még a csalódottság évtizedében is.

A vállalkozó orvos, a ránehezedő pénzügyi nyomás elől, megpróbál előre menekülni.

Az egészségbiztosítási önkormányzat, illetve Pénztár orvosokra, betegekre és betegségekre lebontott finanszírozási struktúrákon dolgozik. Az önkormányzatok a kórházi járóbetegellátásban, és persze az alapellátásban tulajdonosként gyakran jelenlevő választott testületek mintha végre felgyorsítanak legalább a válságmenedzselés ritmusát. Látunk ígéretes mozgást a vállalkozásfejlesztési alapítványoknál, a Phare hitelkonstrukciója valamivel kedvezőbb, mint privatizációra váró bankoké. Van kivezető út az egészségügy válságából, és ebben a bonyolult folyamatban mintha a magánvállalkozó orvosok vennék legszebben az éles kanyarokat.

Mégis, még a született optimisták is érzékelik, hogy a magyar egészségügy struktúrája inkább még csak túri, mintsem támogatná a magánorvosi intézményeket, akár egyszemélyes vállalkozásról van szó, akár magánklinikáról.

Az 1995. április 30-ikán tartott egészségügyi fórumon megállapították a privatizációs folyamat láthatóan minden tehetetlenségi erővel szemben előrehalad az egészségügyben (is).

Itt hangzott el az a klasszikus mondat, hogy az orvos-vállalkozó vállalkozói minőségében is inkább orvos: ha valaki magánosított művese-állomást tart fenn és dialízist végez, bármekkora is a finanszírozási nehézségek és a bürokratikus ellenerők, sohasem fogja azt mondani, hogy ezentúl nem végzek dialízist, mert nem hoz elég profitot, nyugodtan haljon meg a beteg.

Az lehet, hogy a magánorvosi hitelkonstrukciókhoz külföldi bankot kell

majd igénybevenni, ha a magyarországi pénzügyintézetek ennyire lemaradtak az orvos-vállalkozásokban rejlő hitelüzet felismerése terén; ott legalább a kamatterhek is elviselhetőbbek. Pedig még mazochistának sem kell lennie annak a bankárnak, aki az egészségügy pénzügyeit részben hajlandó lenne magára vállalni: az ágazat tevékenysége – a gyógyítás, az életminőségének szolgálata – és a pénzalapok kezelése biztonságosan egymásra található egy kevésbé idegbeteg gazdasági helyzetben.

A hazai sajtó élénk érdeklődést mutat a privatizáció folyamatai iránt az egészségügyben, és szinte csak a lapok tartalomelemzéséből is tetten érhetjük a lehetőségeket, a korlátokat, az ellentmondásokat és a mégiscsak diadalmaskodó privatizációs trendek mozgásirányát, ritmusát. A Kápe így foglalta össze idén, a nyár elején tapasztalható helyzetet „Híd-főállások az orvosvállalkozás felé. Az egészségügyet nem lehet teljesen privatizálni” című cikkében: „A társadalombiztosítást több oldalról szorongatja az általános gazdasági recesszió. Túl magas a munkavállalókat és a munkaadókat egyaránt sújtó társadalombiztosítási járulékok.

Az 54 százalékot már nem lehet emelni. Egyre fogy az a réteg, amelyik megtermeli a tb-járulessal, nő viszont a csak felhasználók száma. A járulékokból befolyó pénzből egyre kevésbé fedezhető az egészségügy kiadásai. A tb-t az összeomlás veszélye fenyegeti. Ezt próbálja elkerülni azzal, hogy bizonyos szolgáltatásoktól megszabadul, kiengedi a vállalkozói szférába.

...Legalább két évre van szükség a teljes egészségügyi struktúra átalakításához. Az alapvető biztosítási formákat a tb a későbbiekben is vállalná. A vállalkozói alapon működő ellátás finanszírozására több lehetőség van. Az ellátás egy részét fedezhetné a tb. Más elképzelés szerint egy részét, vagy az egész alternatív biztosító fedezné, ami többszolgáltatás, tehát a biztosítás is többbe kerülne. Végül pedig az ellátás egy részéért a beteg készpénzzel fizetne."

És a cikk látnoki befejezése: „Hosszú távon az egészségügy finanszírozásának problémájára a szélesebb piacosítás, és ezzel együtt az alternatív biztosítók jelenének a megoldást.

Ez csak akkor lesz lehetséges, ha csökken az 54 százalékos tb-járulék."

A Beszélő élesebb hangot üt meg: „Omladozó épületek, alulfizetett orvosok, lestrapált ápolónők, mind elégedetlenebb betegek: vizsaly és pánik – átalakulóban az egészségügy, ezen belül a kórházügy. Az érdekelték nagyobbik része az állam és az önkormányzatok felelősségét emlegeti, a kisebbik inkább tőke után áhítozik. A magánvállalkozók érdeklődést már igen, de pénzt még nem mutattak."

A gyógyításra felesküdtött orvos és a minden másra (gazdasági folyamatokra, adóra, felelősségbiztosításra, amortizációra és BT-alapításra, bankhitelre és járulékokra) figyelő menedzser között szinte áthidalhatatlannak tűnik a szakadék. „Fontoljuk meg: ahelyett, hogy botcsinálta vállalkozókat nevelünk orvosainkból, nem lenne-e helyesebb az egészségügy kapuit szélesebbre tárni a profi vállalkozók előtt? Mert jó orvosokkal, korszerű műszerezettséggel, megfelelő ápolási és kezelési lehetőségekkel kitűnő eredményeket lehet elérni. Ez kifizetődő befektetés." (Idézet egy olvasói levélből.)

Ami stratégiai kihívás a nem-orvos végzettségű, de az egészségügyből tisztességes profitot jogszerűen váró vállalkozó címére.

Mentálhigiéné – ma és holnap

Exkluzív interjúnk Dr. Veér Andrással, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet főigazgatójával és egy hallatlanul nehéz szakterület miniszteri biztosával készült; ő irányítja, egyéb munkái mellett, a mentálhigiéné magyarországi programját.

– *Főigazgató úr, az Ön tevékenységétől mindenekelőtt a mentálhigiéné magyarországi megerősödését várjuk, azt, hogy megszakadjon a tragikusan hibás, önsorsrontó életvezetési modellek ördögi köre; hogy végre ne mi vezessük az öngyilkossági és válási statisztikákat, az alkohol, dohányzás, kábítószer, gyógyszerfüggőség miatt bekövetkező betegségi és halálozási mutatókat. Hogy ne sülyedjen 63 év alá a magyar férfiak átlagéletkora (holott az orvostudomány haladása és a társadalmi-anyagi-szellemi jólét együtt, a fejlettebb országokban, 75-80-85 éves átlagéletkort ígér). Lapunk privatizációs mellékletében ennek a kérdésnek egy ritkábban hallott vetületéről beszélünk. Mi az Ön véleménye, programját segítené-e az egészségügyi privatizáció, ha végre lendületbe jönne?*

– A pszichiátriát illetően a privatizációnak nem igazán nagy a mozgástere. A kórházprivatizáció kérdése nem nagyon érinti a mi szakmánkat. A pszichiátriai ellátás szinte mindenütt a világon általami feladat, többek között azért is, mert számtalan olyan jogi, személyiségi jogokat mélyen érintő

kérdés vetődik föl, amelyek állami-társadalmi kontrollja megkerülhetetlen.

Van azonban egy érdekes területe a privatizációnak még a szorosán vett szakmában is: ez pedig a pszichoterápia. Itt magántulajdonban lévő egészségügyi intézmények is teljesíteni tudnák a szakmai és társadalmi igényeket. Ez még a fekvőbeteg-ellátásban is enyhítené bizonyos fokig gondjainkat.

Fontosabb a járóbeteg-ellátás egy részének privatizációja!

Nagy híve vagyok annak, hogy a pszichiátriai gondozók is vállalkozó orvosok égisze alatt fejlődjenek tovább. Maradjanak meg azok a gondozási funkciók, amelyeket a jelenlegi gondozókban folytatnak, de legyen meg a betegnek az a joga, hogy ahhoz a pszichiáterhez fordulhasson, akihez akar, akiben megbízik, akitől gyógyulást remél. Létre lehetne hozni megfelelő gondozási központokat, ahol a magánorvos jól együttműködhetne a gondozókkal. Magánrendelőkből is kiválónan elláthatnák azokat a feladatokat, amelyek az emberi lélek egészségvédelmét jelentik, s a mentálhigiéné csak nyerhetne ezen; előtérbe kerülhetnének a betegségmegelőzés szempontjai.

Mindezekhez azonban kellene egy-két olyan kormányzati döntés, vagy az egészségbiztosítási önkormányzat olyan újszerű, régóta várt kezdeményezése, hogy a magánosított járóbetegellátó intézmények pszichiátereivel „üzleti” szempontból is korrekt finanszírozási kapcsolat jöhessen létre. A privatizálás során ne emelkedjék a betegek anyagi terhe annyira, hogy megfizethetlenné váljon számukra a magánrendelés. Akár a tb, akár más, esetleg magánbiztosító térítene azokat a megnövekedett költségeket, amelyek egy igazán magas színvonalú betegellátás velejárói lesznek a privatizáció után.

– *Különben nem mennének el a betegek, bármennyire is csábítók a pszichoterápia magánosítása nyomán felkínálható ajánlatok orvosi, szakmai szempontból is; és mert a magánorvosi rendelő kellemesebb környezetet, kevesebb várakozást, kulturáltabb körülményeket ígér, ennek azonban ára van...*

– Pontosan erről van szó. Már ma is megfizethetetlen a betegek óriási többsége számára a magánorvos, a magánklinika, a pszichoterápia meg különösen költségigényes! Az emberi munka ebben a szakmában (is) nagyon drága. A biztosításon keresztül valósul majd meg az arányosabb, harmonikusabb és rugalmasabb finanszírozás.

Egy-két éven belül megismerjük a magánorvosi ellátás új finanszírozási struktúráit, kialakul az életképes modell.

Az orvosok többségének érdekesebb lesz magánrendelőt fenntartani! Páciensekkel el lenne látva, szaktudását kellően kamatoztathatná, a betegek mindennek csak a jó oldalát éreznék, hiszen annyi terhet vállalna mindenki – biztosítóján keresztül – a kitűnő orvosi ellátásért, amennyit életkörülményei megengednek számára. A tb is jól járna: csökkenne a kórházak igénybevételével rá nehezedő nyomás. Csak a források átcsoportosítása kell mindehhez. A folyamat

mintha kezdene megindulni – optimista vagyok az elkövetkező éveket illetően. A pszichoterápia felfutó ágban van, a magánosítása újabb lendületet ígér.

– *Tíz évet vesznek el az életünkől a szenvedélybetegségek és mindaz, amivel a mentálhigiéné miniszteri biztosának szembe kell néznie programalkotása és annak megvalósítása közben. Játsszunk el a gondolattal: olyan magánrendelőket segítenénk létrehozni, amelyek mintául szolgálhatnak a mentálhigiéné szemléletének és terápiás gyakorlatának áttörő sikeréhez Magyarországon.*

Mit tanácsol Főigazgató Úr annak a pszichiáternek, pszichológusnak, aki ma belevágná egy ilyen vállalkozásba? Mitől lehetnének büszkébbek alkotó munkájukra?

– Én a mentálhigiénét szélesebb értelemben gondolom el, mint ameddig a magánrendelők határai érnek, de szeretnék valóban a kérdésre válaszolni. Nagy jelentőségűnek tartanám, ha orvosok, pszichológusok és más szakemberek vállalkoznának új utak keresésére, akár a gyógyításban, akár a betegségek megelőzésében, és mindezt a privatizációs szférában, a magánszférában tennék. A lakosság önismeretét fejleszteni kellene. Pszichiáterhez, pszichológushoz járni nem szégyen.

Az egészséges életvezetés olyan készségeket igényel, amelyeket egyszerűen meg kellene tanulni, és ezt csak a pszichoterápiás munka révén várhatjuk el.

Minden kezdeményezést, ami a lakosság önismeretét, a mentálhigiéné iránti nyitottságát fejleszti, maximálisan támogatnék. De megint hozzá kell tenni: újabb anyagi terhet a lakosság már nem visel el. Az egészségügy privatizálása nem lehet szinonimája annak, hogy „drágább lesz egészségünk.”

Visszont a most is igen magas tb-járulék – az a bizonyos 54 szá-

zalékos teher – sokkal jobban is elosztható lesz, ha kialakulnak a magánbiztosítók, és ha rugalmasabb lesz az egészségbiztosítás egész rendszere. Tehát: a családok védelmére, a lelki egészségvédelemre, a harmonikus életvezetésre, a szenvedélybetegségek enyhítésére minden privatizációs forma rendkívül ígéretes.

Az a gondolatmenet tetszik nekem a legjobban, amelyik ezt mondja: „Én, mint magánvállalkozó orvos, pszichológus, szakismeretemet a betegségek gyógyítására, megelőzésére akarom fordítani, de nem szeretném, ha betegeimet anyagilag tönkretenné a gyógyulás, ezért az egészségbiztosítástól várok újszerű finanszírozási ajánlatokat.”

Még nem mértük fel, hogy a fogászati ellátás új rendszere milyen károkat okoz majd fogaink állapotában, és ez a gondolat elvezet a probléma gyökereihez: jelenleg az egészségügyben nagyon kétségbeesett tűzoltás folyik.

Szakszerűtlenül készítenek elő programokat, amelyek a folyamatos meghátrálás miatt még csak ki sem bontakozhatnak. A politikai vezetés, a döntéshozó testületek nem elég bátrak. Félnék a lakosság ellenállásától, a reformok elvesztették lendületüket.

A lyukak betömése nem elég. Az egészségbiztosítás rendszerét nem kellően finanszírozzák. Önmagukat túlél, merev struktúrákkal, félmegoldásokkal küszködik, de emögött a politikai döntéshozatal lassúsága és az ebből fakadó időnkénti ideges kapkodása áll. Ez mentálhigiénésen elemezhető, kóros állapot. Ebben vagyunk nyakig, és az elhatározások ellenére ezért kevés az áttörés. Ez a fekvőbeteg-ellátásban jelenti a legnagyobb gondot; a válságjelek itt mutatkoznak meg a leglátványosabban. A megelőzés helyzete most jobb, mentálhigiéné egyre igényesebb pozíciókat foglal el. Izgalmas éveket élünk és szó sincs arról, hogy bármit is feladjunk.

MIKOLA ISTVÁN

A privatizációról, különös tekintettel a szabad szellemi foglalkozású szakorvosi lét lehetőségeire

A *Lege Artis Medicinae* című folyóirat idén májusban közölte dr. Mikola Istvánnak, a Magyar Kórházszövetség elnökének, a Nemzetközi Kórházszövetség alelnökének gondolatébresztő és egyben alkotó vitákat megindító előadását, illetve annak szerkesztett szövegét. Tekintettel azonban arra, hogy lapunk és a kitűnő orvos-szakmai folyóirat, a *Lege Artis Medicinae* olvasói eltérő szakterületeket képviselnek és olvasmányaik ritkán fedik egymást, úgy gondoltuk, érdemes másodközlésben, de teljes terjedelemben közreadnunk – az egészségügyi privatizációval foglalkozó mellékletünk teljesebb tételéért – ezt az írást. Élőszóban az 1994-es PRAXIS konferencián hangzott el.

Új demokrácia nem létezhet piacgazdaság nélkül. Érthető, hogy az utóbbi években a magyar reformfolyamatok során, a piacgazdaság kiépítését is jelentő átmenetben az egészségügyben is felerősödtek a *privatizációval* kapcsolatos elvárások. Nyilvánvaló, hogy privatizáció nélkül nincs gazdasági szerkezetátalakítás, nem nőhet a hatékonyság, egyáltalán tőkebevonás nélkül nem végezhető el a szükséges korszerűsítés. Valószínűsíthető, hogy a magánosítás a jövedelemviszonyok rendezése szempontjából is kulcskérdés.

Az egészségügyben, melyben korlátozott piaci viszonyok érvényesülnek, a privatizáció nyilván javíthatja a szolgáltatások hozzáférhetőségét, ugyanakkor fokozza azok igénybevételét, hatására nő az ellátóhelyek száma, a nyújtott szolgáltatás mennyisége és minősége. Általában megfigyelhető, hogy azokban az országokban,

ahol a privat egészségügynek és ezen belül a profitorientációnak utat engedtek, óriási költségnövekedés, esetenként költségrobbanás következett be. A kérdéskör átgondolásakor azt is tudni kell, hogy az egészségügyben a magánszféra mindig drágább, mint a társadalombiztosítási alapon szerveződő, mert árképzése az egyéni ráfordításból indul ki és valós árat kalkulál, szemben a társadalombiztosítási forráselosztási rendszerekkel. Magyarországon az utóbbi években olyan ágazati szakmapolitika formálódik, mely népegészségügyi adatokból táplálkozik, morbiditási trendekre épül. Ebben már-már felsejlenek a fő stratégiai irányvonalak, amelyek mentén konszenzus teremthető az egészségügy három főszereplője: az ágazatvezetés, vagyis a *Népjóléti Minisztérium*, az intézményrendszer működtetését járulékbévételekből finanszírozó *Országos Egészségbiztosítási Pénztár*

és a fejlesztési-beruházási költségvetési pénzeszközökkel rendelkező tulajdonosok – döntően a *települési önkormányzatok* – között. Ebből az is következik, hogy a dualisztikus egészségügyi finanszírozás különböző pénzforrásai a stratégiai erővonalak mentén összehangoltan felhasználva a leghatékonyabbak.

Fontos hangsúlyozni, hogy Magyarországon működtetési pénzeszközökben nincs tőkehányad, így a tőkemegtérülésnek valójában nincs esélye. A tulajdont is magába foglaló privatizáció ma nem reális lehetőség. Félő, hogy szabadjára engedve életképtelen beruházások sokasága jönne létre. Mégis – tekintettel a nagy társadalmi elvárásra – meg kell vizsgálni annak lehetőségét, hogy a magánkezdeményezéseknek, a vállalkozói ambícióknak teret adva, a tevékenységnek mint funkciónak a privatizálására milyen lehetőségek adódnak. Nyilvánvaló, hogy hazánkban a közkiadások – a közfinanszírozás – túlsúlyát biztosítani kell azért, hogy korlátok között tarthassuk a ráfordítások növekedését. Az egészségügy legnagyobb konfliktusát az egész világon, így nálunk is, az „orvosilag lehetséges és gazdaságilag megengedhető” ellentmondása jelenti. Kezelése különösen nehéz egy olyan társadalmi helyzetben, ahol az orvosi lehetőségek messze

meghaladják a nemzetgazdaság teherbíró képességét.

A *tevékenységprivatizáció*, amely magának a funkciónak a magánosítása – amikor meglévő kapacitás működtetését vesz át vállalkozó –, úgy tűnik, követhető, kidolgozandó mozgásteret jelent. A tevékenységprivatizáció biztosan hozzájárul a gazdaságosság javításához, meglévő folyamatok racionalizálásához; így a fajlagos költségek csökkentését eredményezheti és mindezek révén magasabb színvonalú, minőségi ellátást szülhet.

A tevékenységprivatizáció mellett szóló érv az egészségügyi ágazatban ma uralkodó közalkalmazotti munkavállalói viszony „fellazítási” igénye is. Mint tudjuk, a magyarországi alap- és szakellátás területén az elmúlt évben új, immár teljesítményelemeket is figyelembe vevő finanszírozási rendszert vezetünk be, melyben normatív elemek dominálnak. Az egészségügyi szolgáltató intézmények az általuk ellátott esetek száma és a szolgáltatás igényessége alapján jutnak bevételhez. Ez olyan összebevétel, melyet az intézményen belül egy elosztási rendszerben többek között bérekre kell kifizetni. Nagyon nehéz, szinte lehetetlen makroszinten teljesítményorientált dotációs szisztémát működtetni, ha az endofinanszírozási rendszeren belül nem tudjuk biztosítani annak lehetőségét, hogy ahol többet teljesítettek, oda több bér jellegű kifizetés történjék. Az érvényben lévő Közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény, amelyben minden alkalmazott kategóriákba sorolhatók, megakadályozza az egész rendszer legfontosabb motivációját jelentő *közvetlen dolgozói anyagi érdekeltség* érvényesítését.

A kórházi teljesítmények szempontjából legmeghatározóbb személy a *szakorvos*. A szolgáltató intézmény összebevétele szempontjából az ő tevékenységük kulcsfontosságú. Több országban tanulmányoztunk olyan rendszereket, melyekben a kórházi szakorvosok mint szabad *szellemi foglalkozású*

értelmiségiek végzik a fekvőbeteg- és járóbeteg intézmények szakorvosi szolgáltatásait (Kanada, Hollandia). Ők szerződéses viszonyban állnak egyfelől azzal a kórházzal, járóbeteg illetve fekvőbeteg intézménnyel, amelyben és amelyet használva végzik a szakorvosi feladatokat, másfelől az általános biztosítóval, mely „fee for service” elszámolás alapján kifizeti a szakorvosi szolgáltatásért járó díjat.

Nagyon érdekes ezekben a rendszerekben maguknak a szerződéseknek a tartalma, valamint az intézmény számára tevékenységet végző szabad szakorvoscsoporthoz való belüli szabályozás. Ennek a rendszernek érdemes áttekinteni néhány, nálunk is megszívlelendő, fontosabb előnyét és hátrányát. A szabad szellemi foglalkozású szakorvosok használják a szolgáltató intézményt, annak épületeit, a beépített technológiákat és igénybe veszik a szakdolgozói tevékenységet. Ebben a rendszerben alapvető kritérium, hogy a szakorvos a szakképesítés megszerzésével egyidőben önálló munkára alkalmas szakember legyen. Nagy kihívás ez a jelenlegi szakorvosképzéssel szemben. Felértékelődik a szaktudás, hiszen a kórházak jól megfogják gondolni, hogy milyen felkészültségű szakorvossal kötnék szerződést, hiszen az intézményi összebevétel – mely a működőképesség fenntartásának legfontosabb összetevője – ez nagy mértékben befolyásolja. A rendszer hátrányaként (vagy előnyeként?) kell tekinteni a jelenlegi szakorvosi létszám racionalizálás irányába történő befolyásolását, hiszen az intézmények nyilván nem fognak több szakorvossal szerződést kötni, mint ahány el tudja látni a feladatokat. Valószínű, hogy ez Magyarországon bizonyos térségben – így a fővárosban – átmeneti orvos munkanélküliséget indukálna.

Érdekes megfigyelés, hogy ilyen rendszerekben a szakorvosok általában támogatják – és nem opponálnak – a managementet, hiszen az utóbbi teremti meg számukra azt

a cselekvési teret, amely bevételeket jelent. A nem szakorvosok, mint rezidensek közalkalmazottként tevékenykednek abban a motivációs rendszerben, amely szá munkra egyértelműen a szakorvosválasztás irányába hat. Meg kell jegyezni azt is, hogy a szakorvosok anyagilag közvetlenül érdekeltek a jó minőségű és a beteg számára kedvező, minél gyorsabb ellátásban, költségérzékenységük kifejlődik. Bár hazánkban az elszámolási és adórendszerek szinte folyamatosan és alig kiszámíthatóan változnak, mégis valószínűsíthető, hogy a vállalkozó szakorvos adózási előnyöket is élvez (továbbképzések, szakanyagok vásárlása költségelszámolás keretében stb.).

A „fee for service” tételes elszámolás nagy lépés a szektorsemlegesség irányába, hiszen a pénz a beteggel mozog, a szabad orvos és intézményválasztás keretében az egészségügyben is működő piac kereslet-kínálati relációja kiteljesedik. Kétségtelen, hogy mint minden tételes elszámolás, túlkézelés, polipragmázia irányába ösztönöz, ma vannak lehetőségek a biztosító kezében ennek ellenőrzésére. Anélkül, hogy kitérnék részletesen a kontrolltechnológiákra, megemlítem, hogy ilyenek az elszámolási kvótarendszerek, az időnormatíva módszerek, a lebegőpontos degresszió, a copyment alkalmazásának rendszere és folytathatnám.

Nagyon érdekes a szolgáltató intézmény és a szabad szellemi foglalkozású szakorvos közötti szerződés tartalma, amely tulajdonképpen egy utólagos tételes számlaelszámolási rendet ír körül. Az egyik ilyen hollandiai szerződésrendszert áttanulmányozva láttuk, hogy ebben a szakorvos kötelezi magát arra, hogy ellátja a kórházba került betegeket, a szakorvosi kezelést személyes felelősségre végzi, így természetesen önálló felelősségbiztosítással rendelkezik. A szerződésekben általában az intézmények kikötik, hogy a szakorvos máshol beteget nem kezelhet, a kórházi technológiáért és a sze-

mélyzet igénybevételeért díjat fizet. A szerződés aláírásakor a szakorvos az „orvosi kar” tagja lesz, elfogadja a karon belüli szabályozást, tudomásul veszi, hogy nem vállalhat mellékfoglalkozást, hogy közreműködik a kórházi személyzet továbbképzésében, „check up” vizsgálatokat vállal. Helyenként még azt is kikötik, hogy állandó lakása a kórház közelében kell legyen. Maga gondoskodik a nyugdíj- és egészségbiztosításáról, helyettesítését megszervezi és fizeti. A kórház a szakorvos részére helyiséget és berendezést biztosít, vállalja szerződésben, hogy a technológiát karbantartja, hogy kórlap kezelési rendszert biztosít.

Az orvoskar, vagyis az egy intézményhez tartozó szabad szellemi foglalkozású szakorvosok csoportjának belső szabályozása kiter az orvosi munka minőségi kontrollálására, szakmai fórumok (referáló ülések, klinikopathológiai konferenciák, tudományos ülések) tartásá-

ra, szigorú előírásokat tartalmaz az orvostikai szabályok betartására vonatkozóan, kidolgozza a főbb diagnosztikus és terápiás eljárásrendeket, protokollokat, standardokat, kórlap managementet alkalmaz, az orvoscsoporthoz tartozó tagjainak orvosi munkájáról szakmai jelentéseket készít, segíti az intézményt az orvos-technológiai fejlesztések, kezdeményezések előkészítésében. Végül egy nagyon szimpatikus és fontos kompetenciája a szakorvoscsoporthoz tartozó, hogy kvázimunkáltatóként maga dönt az új szakorvosok felvétele és elbocsátása kérdésében. Tehát nem a kórház-igazgató veszi fel és alkalmazza a szakorvost, hanem maguk a szakorvosok fogadják be, illetve zárják ki maguk közül.

Úgy gondolom, hogy hazánkban megérett a helyzet arra, hogy a mi viszonyainkhoz alkalmazott, szabad szellemi foglalkozású szakorvosi lét feltételrendszerét kimunkáljuk és a közeljövőben néhány

egészségügyi intézményben, mint modellt, bevezessük. Szakmai megbeszélések során úgy tűnik, hogy a Népjóléti Minisztérium és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár a Magyar Kórházszövetség közreműködésével támogatna egy ilyen programot, együttműködné a részletek kidolgozásában. Hangsúlyozom, hogy ebben a rendszerben is kezelhető az egészségügy igazi nagy konfliktusa, nevezetesen az, hogy lehet az orvosilag lehetségest a gazdaságilag megengedhetővel folyamatosan egyensúlyban tartani.

Az új rendszer bevezetése nem feltétlenül jár többletköltséggel. Egy ilyen rövid előadás keretében nincs mód mélyen a részletekbe menni, de talán valamit sikerül felmutatni a reformfolyamat újabb jezeitől, a tevékenységprivatizáció és ezen belül is a szabad szellemi foglalkozású szakorvosi lét tervezett, kimunkálás alatt álló programjából.



*Vállaljuk szállodák, panziók, irodák
belsőépítészeti tervezését,
kivitelezését, helyszíni szerelését.*

Referenciamunkáink:

BIÓ PANZIÓ – Csöde
HOTEL IBIS – AERO – Budapest
MAGÁN PANZIÓ – Balatonalmádi
KÖGÁZ IRODAHÁZ – Zalaegerszeg
FŐÜGYÉSZI TÁRGYALÓ – Zalaegerszeg
HOTEL FAMÍLIA – Zamárdi
HOTEL LUCKY – Budapest



ZALA BÚTORGYÁR RT. Vállalkozási Divízió
8900 Zalaegerszeg, Malom u. 2.
Tel.: 06 (92) 314-250/137
Fax: 06 (92) 312-063

Néhány gyakorlati ötlet kezdő orvosvállalkozóknak

Lapunk következő számaiban is rendszeresen vissza fogunk térni az egészségügy privatizációjának izgalmas, ellentmondásos, kezdetben talán nehéz, de igazi sikerstoriákat is egyre inkább felmutató témáira. Egy jogász-munkatársunk már az új tb-költségvetés és törvénymódosítások ismeretében bemutatja majd, hogy lépésről lépésre haladva hogyan lehet valakiből, aki eddig leginkább „csak” orvos volt, még az idén, vagy jövőre sikeres vállalkozó... Most a *pillanatnyi* helyzet ismeretében – hiszen lapzártakor egészségügyünknek ez a metszete még túlságosan bizonytalan, forrongó – mégis megkockáztatjuk, hogy nyomon kísérjük a folyamatokat. Ötlettől a megvalósulásig. Összefoglalónk elsősorban a magánosodó *házi orvosok*, családi orvosok számára készült, de más érdeklődő is használni tudja talán.

Érdekes könyv van előttünk, Dr. Belső László 1992-ben kiadott könyve: Elméleti és gyakorlati tanácsok orvosvállalkozóknak címen, több mint hétszáz oldalon. Ő már évekket ezelőtt, könyve első mondataiban a *mai gondjainkat* – lehetőségeinket és korlátainkat – előrevetítve fogalmazott, amikor ezt írta:

„A társadalmi-gazdasági változások elérték az egészségügyi rendszert is. Annak legfőbb szereplője az orvos is új helyzetbe került-kerül. Megváltozik-megváltozott helyzete az állami-önkormányzati egészségügyi intézményben és vállalkozóvá válhat, vagy vállalkozó alkalmazottja lehet, vagy marad a jelenlegi struktúrában. Feltételezem, hogy az egyre nagyobb számban szerveződő szakorvosi vállalkozások tulajdonosai, tagjai is használható információkhoz jutnak.”

Valóban előrehaladt közben – három év alatt – a magánosodás, legalábbis a házi orvosok körében? Igen. Sőt!

Az alapellátás szinte forradalmi változásokat élt át 1992, az új struktúra kezdő éve óta. A házi orvosok fele már vállalkozóként gyakorolja az orvoslás művészetét – és ez a folyamat megállíthatatlan. (Igaz, senki nem is akarja megállítani.) Dr. Belső László realista jósnak bizonyult.

Gondot jelent ugyanakkor, hogy elbizonytalanodott a csoportosan praktizáló szakorvosok helyzete a tb-juttatások és finanszírozási ellentmondások miatt. A fekvőbeteg-intézmények problémái is inkább súlyosbodtak azóta, a kórházi ágyak előirányzott csökkentése és más tényezők hatására; nehezen áttekinthető a privatizációhoz illeszkedő bankrendszer, hitelfeltételek, adóproblémák, de a magánbiztosítók rendszere, s az egészségügy „fogyasztási piaca” is teljes egészében labilis.

Nos, lehet ilyen körülmények között lendületesen „privatizálódni”?

Lehet. Végig kell azonban gondolni a buktatókat. És azután érdemes lesz csatlakozni, egyre több orvosnak, a „bátrak csapatához”.

Most kilencpontban foglaljuk össze, hogy mi mindenre kell gondolnia egy óvatos orvosvállalkozónak.

1. Végiggondolja, hogy elég erős-e szakmailag, anyagilag, pszichológiailag, hogy eleget tegyen egy ilyen hatalmas kihívásnak. Egész eddigi életmódja az állami-önkormányzati, ál-ingyenes betegellátás rutinjára, hierarchiájára épült. Most a bevétele is nagyobb lesz, de a felelősség még kiugróbban növekszik!

2. Végiggondolja, hogy van-e, lesz-e, lehet-e a kezdéshez elég pénze? Nem fojtja-e meg a forráshiány? A szinte „büntető” mértékű kamattelher?

3. Hozzáférhet-e a közeli kórházhoz, lesz-e kórházi háttere?

4. Mi jellemzi a kiválasztott községben, városban, kerületben a majdani betegek szociális helyzetét, kor-összetételét, foglalkozását, az orvosi ellátásuk eddigi szintjét és várható alakulását?

5. Van-e a közelben gyógyszertár; szakmai konzultációra – konzíliumra – felkérhető nagytekintélyű orvos, méghozzá minél több szakterületen?

6. Lehet-e találni megfelelő számban és minőségben egészségügyi szakdolgozókat, már amennyit alkalmazni kell, és *mi az ideális módja az együtt-dolgozóknak a magánosodó orvosvilágban?*

7. Hogyan biztosítható a továbbképzés, és lehet-e kiegészítő jövedelemhez jutni abban a közegben, ahol rendelője nyílik?

8. Egyéni vagy társasvállalkozásra készül? Kft., Bt, közkereseti társaság, vagy magánvállalkozó lesz-e? *Jogász nélkül* ilyen kezdeti alapkérdésekben egy lépést sem érdemes tenni.

9. Mire lehet megkapni, és mire nem a tb, a helyi önkormányzat, vagy valamilyen alapítvány támogatását?

És ez még csak a kezdet. A gondolat érlelődésének fázisa. Lapunk jellege miatt nem állom meg, hogy át ne adjam a szót Dr. Belső Lászlónak. Említett könyvéből egy fejezetet éppen a marketingnek szentel. Íme: Számos módszer alkalmazható ahhoz, hogy vállalkozása a környék orvosai, egészségügyi intézményei és a lakosok körében közismertté váljon. Az első hónapban erre igazán szüksége van.

Javasolhatók az alábbiak:

1. Vállalkozása megindítása előtt néhány héttel tegye közzé hirdetését a helyi lapokban. A hirdetés

szövege ki is nyomtatható, és mintegy 10 nappal a rendelés megkezdése előtt küldje el a környék valamennyi orvosának, egészségügyi intézményének, patikáknak, de a barátoknak, ismerősöknek is.

A címlisták elkészítéséhez felhasználhatja a telefonkönyv adatait is, vagy az orvosi társaságoktól, egyesületektől, kamarától megkért adatokat.

Eljárása előtt kérje ki az orvosi kamara helyi szervezetének a véleményét.

2. Kezdeményezzen bemutatkozó beszélgetéseket a helyi orvosokkal, orvosi társaságokkal, a közeli kórház orvosi karával és a nővérekkel.

Bemutatkozása legyen rövid (10-15 percnél nem hosszabb), hagyjon időt kérdésekre is.

Ezeknek a beszélgetéseknek az a célja, hogy tudjanak meg az érdekeltek – akiknek a tartós, jó együttműködését várja – minél többet személyéről, vállalkozásáról.

3. Látogassa meg a környék idősebb, tapasztaltabb orvosait. Beszélgessen néhány percet az orvosok munkatársaival is. Mutassa be magát olyan új orvosként, aki készséggel küld betegeket, de ő is készen áll az együttműködésre.

4. Lásdon vendégül kisebb orvoscsoportokat, elsősorban azok közül akiktől a jövőben betegeket kaphat.

5. Feltétlenül keresse azoknak a kollégáknak a kapcsolatát, akik szakterületén tevékenykednek. Mutasson készséget arra, hogy különösen az első időkben gyakrabban vesz részt készenléti, sürgősségi ügyekben.

6. Teremtsen kapcsolatot azokkal, akik szervezik a környék orvosi rehabilitációs munkáját. Ajánlja fel közreműködését.

7. Jó dolog, ha feladatot tud vállalni a közelben működő egészségügyi oktatási intézményben.

8. Keressen kapcsolatot a környéken működő életbiztosítási, betegség-, balesetbiztosítási társaságokkal.

Jelentse be, hogy új orvos, aki most kezdett el dolgozni a környé-

ken, és készen áll arra, hogy megvizsgálja a biztosítást kötni szándékozókat a biztosító intézetek felkérésére.

9. Keresse fel azokat a helyben működő szervezeteket, intézményeket, szolgálatokat, amelyekkel szorosabb kapcsolatot kíván kialakítani, vagy amelyeknek tagja kíván lenni (egyház, kamara, klub, egyesület stb.)

10. Kiemelkedő szakmai udvariaság, ha betegét elküldi másik orvoshoz, küld vele egy bemutatkozó levelet is önmagáról, vállalkozásáról.

Természetesen ennél sokkal fontosabb, hogy mutassa be részletesen betegét. Írja le részletesen azokat a problémákat, amelyek szükségessé teszik a konzultációs tanács megkérését. Mellékeljen kivonatot betege eddigi kórtörténetéből és leleteiből. A kórtörténeti összefoglalások megküldésével sok időt és esetenként pénzt is megtakaríthat betegeinek, de ami sokkal fontosabb, megtakaríthatja a különböző vizsgálati eljárások megismétlését. Ezáltal felesleges izgalmaktól, fájdalomtól is megkímélheti betegeit. A kórtörténeti kivonatok másik orvosnak történő megküldése előtt kérje meg betege hozzájárulását. Amennyiben viszont kap beteget másik kollégától konzultációs véleménykérés céljából, vagy kiegészítő vizsgálatra, a vélemény elkészítése után küldje vissza a beteget a kezelő orvosához, további folyamatos kezelésre.

Kollégái jó néven veszik, ha „nem tartja meg” a konzultációra küldött beteget folyamatos kezelésre. Véleményét, esetleg az eddigi terápiával kapcsolatos észrevételeit udvarias formában foglalja össze, és úgy küldje el a konzultációs véleményt kérőnek.

11. Vállalkozásának, orvosi gyakorlatának legjobb építője, a vállalkozási marketing leghatásosabb eszköze a gondos, kedves, magas színvonalú ellátás.

Az ilyen ellátást az egyik beteg a másiknak fogja ajánlani, ezáltal

növekszik betegeinek száma a legbiztosabban.

Mindent persze nem lehet néhány oldalon összefoglalni abból, ami még *ezen kívül* kell. Akinek azonban ez az „Ajánlások, dilemmák, marketing, menedzsment” alcímű, hétszáz oldalas kézikönyv (és ennek hihetetlenül sok melléklete, közreadott jogszabály-gyűjteménye, hivatkozott de persze folyamatosan módosuló törvénytárcikkelye és egyéb gondos szaktanácsa) nem veszi el a kedvét attól, hogy vállalkozó háziorvos legyen, az megérdemli, hogy *tényleg azzá váljon* még 1997, a magánosítási folyamat *egyik* megjelölt végállomása előtt... Most már csak az van hátra, hogy ismertessük a tennivalókat, amely világos, tiszta folyamat a hétszáz oldal néhány mondatra karcsúsítva:

A vállalkozó háziorvossá válás mozzanatai: 1. Döntés arról, hogy vállalkozó háziorvos leszek. 2. A vállalkozás típusának megválasztása (magánorvos, Bt., Kft., Szövetkezet). 3. A vállalkozás menedzsment csapatának összeállítása. 4. Eldönteni, hogy hol, milyen rendelőben fogadom a betegeimet. 5. Szándéknyilatkozat az önkormányzat felé (esetleg előszerződés, megállapodás-tervezet). 6. Engedélykérés a megyei (fővárosi) tisztifőorvoshoz egészségügyi vállalkozás indításához. 7. A vállalkozás megalapítása:

- a) alapító okirat elkészítése
- b) közjegyzői hitelesítés
- c) APEH szám kérés, bejelentés
- d) cégbírósági bejegyzési kérelem
- e) bankszámla nyitása
- f) TB bejelentés, nyilvántartási szám megkérése

8. Szerződéskötés az önkormányzattal. 9. A rendelői irányelvek kézikönyvének elkészítése. 10. Szerződéskötés az alkalmazottakkal. 11. Szerződéskötés az MTBI-al. 12. A rendelő működési ügyrendjének elkészítése. 13. A vállalkozás beindítása, működtetése.

Igen ez, az utolsó szó. Ezen múlik minden. A *működtetésen*. Legalábbis ezen múlik a betegek élete. Vagy halála.

Dr. VANICSEK MÁRIA

Gyógyszer kiskereskedelem: az állami tulajdon utolsó érintetlen végvára

A címben jelzett jelenségnek több oka van. Az egyik ok mindenképpen az, hogy a gyógyszerkereskedelemnek amellet, hogy számos vonásában hasonlít az egyéb kiskereskedelmi tevékenységre – vannak olyan speciális vonásai is, ami miatt eltérő módon kell kezelni az élelmiszerkereskedelmet, vagy a rövidárut. Ez a sajátosság az, hogy a gyógyszerellátás politikai kérdés is, hiszen legmélyebben érinti a lakosság közérzetét. Igen fontos tehát, hogy a tulajdonosváltás közben és utána a lakosság gyógyszerellátásának szintje változatlan maradjon. Ez a központi gondolata és a specialitása a gyógyszerertári privatizációnak. E sajátosságnak megfelelően kell megtalálni a privatizáció azon formáit, amelyek garantálják a gyógyszerellátás színvonalát.

A privatizáció elhúzódásának mindenképpen oka az a vagyoni vita, ami az állam és az önkormányzatok között kialakult a gyógyszerertári központok tulajdonjogáról. A pontatlan törvényi szabályozás, az eltérő jogértelmezések négyéves huzavonát, nagyon sok felesleges költséget idéztek elő és azt „eredményezték”, hogy most éppen ott állunk, ahol az elindulásakor, a folyamat elején, csakhogy a külső környezet időközben kedvezőtlen irányba változott. A beinduló és szaporodó magángyógyszerertárok elnehezítették a privatizálandó gyógyszerertárok piaci helyzetét, az emelkedő gyógyszerertárok visszaszorították a fizetőképes keresletet.

A kiinduló állapot

Az államosítások során a gyógyszerertárok a Népjóléti Minisztérium felügyelete alá kerültek. 1950-ben alakultak meg a megyei gyógyszerertári központok. 1957-ben az Egészségügyi Minisztérium a felügyeleti jogosítványokat a fővárosi, illetve a megyei tanácsokra ruházta át: ezek nevezték ki a gyógyszerertári központok vezetőit, helyetteseit és határozták meg a prémium feladataikat. 1984-ben a gyógyszerertári központokat közszolgáltató vállalattá nyilvánították. Ezek a változtatások azonban csak a megyék alapító okirataiban szerepelnek. 1990-ben az Önkormányzati Törvény a patiká-

kat – mint tanácsi alapítású közüzemi vállalatokat – az önkormányzatokhoz rendelte, „a tanácsok kezelésében, illetőleg tulajdonosi irányítása alatt álló oktatási, kulturális, egészségügyi, szociális sport és egyéb intézmények vagyona” az állam tulajdonából az önkormányzatokéba kerül. (107§)

1992-ben a Parlament kivonta a gyógyszerertári központokat az önkormányzati felügyelet alól. Mivel a javaslatot nem kétharmados többség szavazta meg ekkor, ezért a fővárosi közgyűlés ezt a döntést nem fogadta el. Ezzel kezdetét vette az állam és az önkormányzatok közötti vagyoni vita.

A magyar gyógyszerkereskedelem szervezetét 40 éven át egycsatornás és kétszintű elosztási rendszer jellemezte.

A hazai gyógyszergyártás által megtermelt, illetve az importból behozott gyógyszer mennyiséget a gyógyszer nagykereskedelmi vállalat, a Gyógyért (Hungaropharma) forgalmazta a megyei, illetve a fővárosi gyógyszerertári központoknak. A gyógyszerertári központok pedig szétszórták a hozzájuk tartozó patikák között. A Gyógyért monopolhelyzetű nagykereskedelmi ág volt, a megyei gyógyszerertári központok nagykereskedelmi (elosztó) és kiskereskedelmi funkciót láttak el, amellet, hogy bizonyos körben gyógyszerelállítással is

foglalkoztak (Galenusi laboratóriumok). E funkciók közül fő tevékenységük a gyógyszerek területi elosztása volt.

A gyógyszerári központok a két-szintű nagykereskedelem alsó szintjén álltak, a budapestivel együtt szám szerint húszan; egy a fővárosban, a többi a megyeszékhelyeken. Velük egy gazdasági egységben voltak a patikák; 1990-ben 1500 patikát tartottak számon. A patikákban közel 10 ezer embert foglalkoztattak, akik közül kb. 4000 gyógyszerész volt. Az egy patikára jutó átlagos lakosságszám viszonylag kiegyenlített volt. Megyéenként átlagosan 4500–6000 között ingadozik az egy gyógyszerárra jutó lakosok száma. Ez alól kivétel Budapest, a jóval nagyobb népsűrűségével, itt ez az érték meghaladja a 9000 főt. A gyógyszerári központok mintegy 20-30 milliárd forint vagyonnal rendelkeznek, amelynek egyes becslések szerint 10–15% a patikák vagyona. A felsorolt adatok közül ez utóbbi a legbizonytalanabb. A vagyoni adatok az állami vállalati formában működő gyógyszerári központok könyv szerinti értékei, amelyeket az átalakulás, illetve a privatizáció során elvégzendő vagyonértékelések még jelentősen változtathatnak.

A gyógyszerek árai jelentős elemei voltak annak az intézményrendszernek, amit gyógyszerellátásnak nevezünk. A kétlépcsős elosztási rendszer idején a Gyógyért termelői áron vette a gyógyszert a gyáraktól, ehhez adta hozzá a nagykereskedelmi árrést, és térítési díjon adta tovább a gyógyszerári központoknak. A nagykereskedelmi és a térítési díj különbségét a költségvetéstől kapta meg.

A gyógyszerári központok költségeit az ún. árréspótló árkiegészítés fedezte, amelynek három kategóriája volt: a speciális gyógyszerek árkiegészítése, a magisztrális készítmények kiegészítése, valamint a kórházak részére nagy tételben szállított gyógyszerekre számítható árréspótló kiegészítés.

A Gyógyért és a gyógyszerári központok is 100–100 napos készletet tartottak, az előbbi nagykereskedelmi áron, az utóbbi térítési díjon.

A gyógyszerárak ebben a rendszerben nem töltöttek be árorientáló szerepet. A termelés, a kereskedelem és a fogyasztás egyaránt érzéketlen volt az árakra.

A szociális ellátás fontos részét képezték a szinte ingyenes gyógyszerárak és ezzel nem korlátozták a gyógyszerfogyasztást. A rendszer mindaddig működőképes volt, ameddig a társadalombiztosítás és mögötte a költségvetés állta a számlát.

A költségvetés azonban egyre kevésbé tud és hajlandó nagyvonalú lenni. Eleinte a társadalombiztosítás a hónap elején a teljes támogatás becsült összegét átutalta a gyógyszerári központoknak (az ún. forgalmi terv alapján), amit a hónap végén a tényleges forgalom adataival korrigáltak. Ez a rendszer előnyös volt a gyógyszerári központoknak, mert javított szűkös likviditási helyzetükön. 1992 végéig annyiban módosították ezt a visszatérítési rendszert, hogy a társadalombiztosítás a hónap elején nem a becsült támogatás teljes összegét, hanem csak annak 50%-át előlegezte meg, majd a hó közepén további 25%-ot, és csak a következő hónap közepén fizették ki a fennmaradó 25%-ot. Ha a gyógyszerári központok túltervezték a forgalmat, kamatot fizettek a társadalombiztosításnak. 1993 januárjától a társadalombiztosítás 3 naponként fizet a gyógyszerári központok számára.

A piacgazdaság kialakulásával a gyógyszerkereskedelem elosztó szerepének helyére a nyereségorientált tevékenység kerül, amelynek – sajátos vonásként – fennmarad az ellátási kötelezettsége. Az árviszonyok azonban átalakultak piaci árrendszerré. A nyereségorientált kereskedelem, a piaci árak és az ellátási kötelezettség közötti ellentmondást a társadalombiztosítás-

nak kellene áthidalnia. Annak a társadalombiztosításnak, amely amellett, hogy maga is fedezethiánnyal küzd és jelenleg átalakulóban–leválóban van az állami költségvetés köldökzsinórjáról.

A gyógyszerkereskedelem privatizációja mellett tehát egy jelentős szervezeti átalakulásnak is végre kell mennie, amelynek végeredménye egy új, a piaci viszonyoknak megfelelő, hatékony gyógyszerkereskedelmi mechanizmus és szervezeti rendszer. Ennek felel meg az árrendszer; az import-liberalizálást ellensúlyozó vámrendszer viszonyai között a fejlett hazai reklám- és marketing-tevékenységgel képes arra, hogy a világszínvonalat megközelítő gyógyszeriparunknak megfelelő hazai piacot teremtsen.

Az átalakulás első lépései

A gyógyszerkereskedelem átalakulása a nagykereskedelmi monopólium megszűnésével kezdődött. Megszűnt a Gyógyért monopolhelyezete, a Gyógyértből és a gyógyszerári központokból egymás mellé rendelt nagykereskedelmi cégek alakulnak ki. A Népjóléti Minisztériumtól nemcsak a korábbi gyógyszerári központok kapták meg a nagykereskedelmi tevékenységhez szükséges engedélyt, hanem más gyógyszergyártók, köztük külföldi cégek is (pl. Medimpex Kereskedelmi Rt., EGIS Gyógyszergyártó Rt., GLAXO Gyógyszerészeti Termelő és Kereskedelmi Kft., POSSSCH és Társai Kft., Hungaropharma, Pharmafontana stb.) Eddig közel 40 nagykereskedelmi engedélyt adtak ki, ami irreálisan sok az ország méretéhez viszonyítva.

A gyógyszerkereskedelem átalakításának központilag kidolgozott tervei szerint, a területi monopólium megszüntetése érdekében, 3 tömörülést hoztak volna létre a gyógyszerári központok:

– a Hungaropharmát, amelyhez a Gyógyért és 8 megyei gyógyszerári központ,

- a Fuziopharmát, amelyhez Budapest és további 7 megye, valamint
- a Regiopharmát, amely a német Schulze cég 50%-os részesedésével és 4 megyei gyógyszerügyi központtal vegyesvállalatot képezett volna.

Mindez a gyógyszerügyi vagyoni önkormányzativá válásával megvalósíthatatlanná vált.

Bár törvény szerint nincs Magyarországon a gyógyszerekre vonatkozó teljes körű import liberalizálás, a gyakorlatban a behozatali engedélyek kiadása szinte automatikusan megy végbe. Ennek következtében a gyógyszerkínálat jelentősen kibővült. 1990-ben 1600 féle gyógyszert, 1992-ben 2100 gyógyszerféléseget kínáltak a gyógyszertárak. Sok esetben a külföldi és a hazai gyógyszerek között verseny alakul ki, amelyet döntően befolyásol, hogy a társadalombiztosítás melyik gyógyszert milyen mértékben támogatja.

A magángyógyszertárak megjelenése

1990-ben miniszteri rendelet engedélyezte a magángyógyászati tevékenységet. Ennek eredményeképpen 1991 végéig 113, 1993 közepéig mintegy 300 magánpatika működött. Magyarországon ma körülbelül 500 van, legtöbbször 40%, Budapesten. Területi elhelyezkedésük a várható nagyobb forgalomra épít és ott jelennek meg, ahol nagyobb a vállalkozókedv. A magángyógyszertáraktól tehát az várható, hogy ahol eddig is jó volt a gyógyszerellátás, ott még jobb lesz, de az nem, hogy pl. térségbeli, fejlettségbeli eltérések korrigálódnak általuk.

Az állami és a magánpatikák között egyre élesebb konfliktus van kialakulóban, elsősorban például a magánpatikákban elérhető magasabb bérek miatt. A magánpatikák kevesebb kööttséggel, sokkal szabadabban mozoghatnak, pl. bármely nagykereskedelmi vállalatnál

rendelhetnek gyógyszert. Ha a gyógyszerügyi privatizáció sokáig késik, a magángyógyászati tevékenység az állami patikák leértékelődéséhez vezet és megosztja a gyógyszerész társadalmat.

A piaccgazdaság kialakulása, amelynek következtében a korábbi szervezeti rendszer működési zavarai felerősödtek, a piaci árrendszert, valamint a magángyógyászati tevékenység által teremtett versenyhelyzetet nemcsak hogy időszzerűvé, hanem hovatovább halaszthatatlanná tette az állami tulajdonban lévő patikák privatizációját.

A gyógyszerkiskereskedelem privatizációjának alapelve – a patika a patikusoké

A fenti elv szervesen következik abból a követelményből, hogy a gyógyszerellátás minőségének nem szabad romlania a tulajdonosváltás alatt és azt követően. A gyógyszertárak privatizációjával kapcsolatban sokféle elemző tanulmány született a privatizáció megoldási módozataival kapcsolatban. E viták során kristályosodott ki az a gondolat, amelyet végül is az e témával foglalkozó szakértők és a privatizációval kapcsolatban hozandó döntések várományosainak többsége elfogadott, miszerint gyógyszerész legyen a tulajdonos és a jelenleg alkalmazásban lévő gyógyszerészeknek prioritást kell kapniuk a privatizáció során.

A gyógyszerészek privatizációban való részvételének alapja a személyi jog lett.

A nemzetközi gyakorlatban két alapelv alapján létesülnek patikák: a reáljog és a személyi jog alapján.

A reáljog lényege, hogy szakmai megkötéstől függetlenül bárki létesíthet gyógyszertárat. Ha a tulajdonos nem gyógyszerész, akkor alkalmazottjának kell szakképesítéssel rendelkeznie. Az így működtetett gyógyszertárak jövedelmező-

ségét javítja az a lehetősége, hogy a kereskedelmi tevékenység profilkja megkötés nélkül szélesíthető. Ezzel viszont sokszor veszélybe kerül a gyógyszerügyi tevékenység, kevésbé érvényesíthető az ellátási felelősség és nehezebb a tevékenység ellenőrzése is.

A személyi jog gyakorlata Európában honos. Magyarországon is ez a rendszer működött 1945-ig. Eszerint csak gyógyszerész vezethet patikát, ami lehet a sajátja vagy koncesszióban működtetheti. Ha az engedély birtokosa beszünteti a tevékenységet, a működtetés joga visszaszáll az államra. Az állam ezután újra felkínálhatja a lehetőséget, de ismét csak patikusnak.

A személyi jog alkalmazásának általános előnye a gyógyszerekkel való ellátás biztosítása, a megfelelő szakértelem garanciája, az egészségügyi irányítás és ellenőrzés szempontjainak könnyebb érvényesíthetősége.

A kevésbé jövedelmező vagy ráfizetéses patikák fenntartása ebben a rendszerben külön intézkedést igényel.

Problémát okozhat az is, hogy mivel a gyógyszertár nem örökölhető, ez a helyzet nem ösztönöz hosszú távú gondolkodásra és visszatartja a személyi jog birtokosát a lassabban megtérülő befektetésektől. Ebben a rendszerben a gyógyszerész a személyi jog visszavonhatósága miatt kiszolgáltatottabb, mint a reáljog alapján.

A személyi jog alkalmazása mellett azonban számos egyéb problémája van a privatizációnak, amelyekre különböző válaszok adhatók.

Ilyen többek között, hogy milyen finanszírozási formákkal lehet az alkalmazásban lévő gyógyszerészeket alkalmassá és érdekeltté tenni abban, hogy képesek és hajlandók legyenek részt venni a privatizációban.

Nyilvánvaló, hogy a preferált réteg nem tőkeerős és nem rendelkezik akkumulált, befektetésre szánt vagyonnal. Az elmúlt 40 év jórészt kiölte a gyógyszerészekből

a vállalkozó szellemet. A patika a patikusoké elv alkalmazása tehát egyben azt is jelenti, hogy a mai tulajdonos, az állam, lemond a bevétel jelentős részéről egy piaci típusú privatizációval szemben. Kedvezményeket teremt és halasztott fizetési módokat alakít ki. Ilyen lehet pl. az E-hitel alkalmazása, vagy a részletfizetési konstrukció.

El kell döntenünk, hogy mit is privatizáljunk. A gyógyszerkereskedelem jogát, a patika épületét, a berendezését (amely nemritkán védett és műemlék jellegű), vagy a benne lévő gyógyszerkészletet. Ahhoz, hogy a gyógyszertárat rendeltetés-szerűen működtetni lehessen, mind a négyre szükség van.

Ezek közül az egyik fő probléma, hogy nagyon sok gyógyszertár bérletként működik, önkormányzati tulajdonú épületekben.

Az új helyiséggazdálkodásról szóló, 1993. évi LXXVII. törvény szerint a bérleti jog értékesítéséhez az ingatlan tulajdonosának beleegyezése is szükséges.

Mindaddig, amíg a vagyoni vita tartott az állam és az önkormányzatok között, a bérleti jog privatizálásának problémája szinte megoldhatatlannak látszott, hiszen a vagyonszerzésében érdekelt önkormányzatok, amelyek az állammal perben álltak, nemigen adták beleegyezésüket a bérleti jog értékesítéshez. A helyzetet a megyei és a települési önkormányzatok között tovább bonyolította, hogy hiába írt alá az ÁVÜ megállapodást a megyei önkormányzattal a gyógyszertári központ feletti tulajdonjogról való lemondás tárgyában, azokban a helyiségekben, ahol a gyógyszertár bérlettel ingatlanon működik, egyesével kellett volna a települési önkormányzatokkal tárgyalni a bérleti jogról. Mára a helyzet legalábbis a fővárosban – rendeződni látszik.

A bérleti jogú gyógyszertárak privatizációjánál a privatizáció kedvezményes finanszírozása is problémát jelentett volna, hiszen a bankok nem valószínű, hogy a bérleti jog fedezeteként E-hitelt folyósítottak volna. Ez az előprivatizáció ese-

tében is csak úgy volt megoldható, hogy az ÁVÜ kezességet vállalt a bérleti jog értékesítése során felvett E-hitel fedezetére.

A műemlék patikák privatizálásának nehézsége a vagyonszerzés rendeződése után is fennmarad. Az esetenként több mint száz éves berendezési tárgyak és patikaedények nemcsak a szakma, de nemzeti kultúránk része. Két csoportot célszerű képezni a műemlék gyógyszertárakból: a fokozottan védett gyógyszertárakat, valamint a korlátozott felhasználással eladható gyógyszertárakat, amelyekben a későbbi tulajdonos nem sértheti a műemlék jellegét.

Amennyiben a privatizáció során a gyógyszertárban található árukészletet is privatizálni kívánjuk, az jelentősen megnövelné a vételárat, illetve amennyiben E-hitel kerül alkalmazásra, az E-hitel önerő szükségletét. A készletek értékének átlagos aránya kb. 40% a gyógyszertárak eszközértékéhez viszonyítva. Az árukészletet a gyógyszertári központok értékesíthetnék a gyógyszertárak részére. A gyógyszerkészlet értékesítése során természetesen figyelemmel kell lenni a gyógyszertár teherviselő képességére. Ez egyfajta érdekharmonizálást tesz szükségessé a patikát eladó tulajdonos és a készletet eladó nagykereskedő között, hiszen róka – azaz patika – csak egy van.

Ugyancsak eldöntendő kérdés, hogy hogyan is menjen végbe a patika-privatizáció. Törvény rendelkezik arról, hogy a privatizációt követően önállóknak kell lenniük a patikáknak, bár az önkormányzatok közül ezt néhányan vitatják és meg szeretnék változtatni. Kérdés ugyanakkor, hogy ki folytassa le a privatizációt, ami az elvi kérdések mellett olyan aprómunkából is áll, mint a vagyoneértékelések elvégzése, a tulajdoni lapok kikérése, készletek becslése stb. Ebben a megbízást a volt anyavállalatok, a gyógyszertári központok kapják-e, vagy a decentralizációt a privatizációt megelőzően hajtják végre

A vagyonszerzés alakulása

A patika-privatizáció nagy üzlet. Erre vezethető vissza a vita, ami az állam és az önkormányzatok között kialakult és éveken át hátráltatta a gyógyszerkereskedelem magánkézbe adásának megkezdődését.

Mint már említettük, az 1990. évi Önkormányzati Törvény a gyógyszerügyi központokat, mint közüzemi vállalatokat, a tanácsok felügyelete alá helyezte és az önkormányzati vagyonszerzésévé tette, majd 1992-ben egy törvénymódosítás deklarálta, hogy a gyógyszerügyi központok nem tartoznak a közüzemi vállalatok közé. Miután e törvénymódosítás nem kétharmados szavazás eredményeként született, több önkormányzat vitatta ennek jogszerűségét.

1992-ben a Privatizációs Törvény, a törvény hatályát kiterjesztette, nevesítette a gyógyszerügyi központokra.

Az Állami Vagyonügynökség ezen jogszabály alapján megkezdte a gyógyszerügyi privatizáció előkészítését. Az első privatizációs terv az volt, hogy az ÁVÜ a privatizációból származó bevétel 20%-át a megyei önkormányzatok részére átutalja, a bevétel 50%-át pedig alapítványi célra.

- 1992 szeptemberében az ÁVÜ Igazgatótanácsa határozott a gyógyszerügyi központok decentralizált privatizációjáról, az egyes gyógyszertárak nyilvános pályázat útján történő értékesítéséről.
- 1992 novemberén határozott a gyógyszerügyi központok átalakításának módjáról és a privatizációs program felfüggesztése tárgyában, az önkormányzatok által kezdeményezett perek hatására.
- 1993 szeptemberében vállalati biztosokat nevezett ki a gyógyszerügyi központok élére.
- 1994 márciusában ismét határozott a gyógyszerügyi központok részvénytársasággá történő átalakításáról.

• 1994 áprilisában ütemterv születik az átalakulás és a privatizáció lebonyolításával kapcsolatban.

1994 májusában a Legfelsőbb Bíróság ítélete az önkormányzati tulajdonba adás mellett foglalt állást a Békés megyei Önkormányzat által kezdeményezett perben.

1994 májusában a Jász-Nagykun-Szolnok megyei Bíróság is hasonlóan döntött, majd a Komárom-Esztergom megyében a Vagyonátadó Bizottságok visszavonják korábbi határozataikat és megállapítják, hogy a gyógyszerártéri központ vagyona önkormányzati tulajdonba adható.

Az ÁVÜ Igazgatótanácsa a Legfelsőbb Bíróság határozata ellen az Alkotmánybírósághoz fordult.

Az Alkotmánybíróság 1994. június 22-i döntése szerint az Önkormányzati Törvény 107§. 1. bek. b. pontjában feltüntetett gazdálkodó szervek tekintetében a törvényhozó az önkormányzatok javára szóló jövőbeni vagyonátadásról rendelkezett. Vita esetén annak a kérdésnek az eldöntése, hogy a törvényi rendelkezés alá milyen vagyoni körök, milyen gazdálkodó szervezetek tartoznak, ill. hogy konkrétan a gyógyszerártéri központok e jogszabály hatálya alá esnek, nem alkotmányossági kérdés, hanem jogalkalmazási gyakorlat. Az Alkotmánybírósági határozat legfontosabb elemei.

1. A gyógyszerártéri központok az időlegesen állami tulajdonban lévő vagyoni körbe tartoznak.
2. Nincs joguk az önkormányzatoknak arra, hogy a tulajdonszerzés feltételeit meghatározzák, ill. befolyásolják.
3. A törvényhozó döntése a jogalkalmazási gyakorlatra is nyilvánvalóan irányadó.

Ezt követően 1994 júniusában az ÁVÜ Igazgatótanácsa határozott a gyógyszerártéri privatizáció folytatásáról, és a vállalati privatizációs biztosok munkaszerződéseit a vállalatok átalakulásáig, legké-

sőbb 1994. december 31-ig meghosszabbította.

1994 júliusában a BM politikai államtitkára levélben kérte a privatizációs kormánybiztost, hogy ne tegyen olyan intézkedéseket, amelyek visszafordíthatatlan változásokat idéznek elő a gyógyszerártéri privatizáció területén. A legfelsőbb bírósági határozat és az Alkotmánybíróság döntése között fennálló ellentmondásra való tekintettel az ÁVÜ, a helyzet teljes tisztázásáig, tulajdonosi jogainak fenntartása mellett, felfüggesztette a privatizációt és a gyógyszerártéri központok részvénytársasággá történő átalakítását.

1994. szeptember 30-án az Országgyűlés elfogadta a helyi önkormányzatokról szóló 1994. évi LXIII. törvényt, amelynek 59.§.(1) bekezdése önkormányzati tulajdonba adta a gyógyszerártéri központok vagyonát. Ugyanezen paragrafus (2) bekezdése rögzítette, hogy az önkormányzatok tulajdoni igényüket a vagyonátadó bizottságnál (VÁB) 1995. május 31-ig terjeszthetik elő, e határidő lejáratát után az önkormányzatok tulajdoni igényüket bírósági eljárásban érvényesíthetik.

A Belügyminisztériumnak és az ÁVÜ-nek ezt követően az volt a feladata, hogy végrehajtsa az Országgyűlés által elfogadott törvényt. A TÖOSZ (Települési Önkormányzatok Országos Szövetsége) levélben követelte, hogy az ÁVÜ hívja vissza a gyógyszerártéri központok élére kinevezett vállalati biztosokat. Az ÁVÜ a rábízott vagyon védelme érdekében átmeneitileg kivárt. Nem tisztázta ugyanis a törvény, hogy kinek is kellene átadni a vagyont, hiszen a törvény értelmében ez nem automatikus, hanem igényelhető, és a VÁB-ok döntenek a vagyonátadásról.

A patika-privatizáció második félideje

A VÁB-ok megkezdték működésüket. A gyógyszerártéri privatizáció általában vezérelt szakasza lezárult és elkezdődött az Önkormányzatok

által irányított privatizáció. Sok esetben megismételve azokat a lépéseket, amelyeket az ÁVÜ vagy tanácsadója már elvégzett. Ilyen volt pl. a vagyonértékelés. Az ÁVÜ tanácsadója, az OTP Ingatlan Rt. az 1442 patika 86%-ánál elvégezte a vagyonértékelést. Ezért az ÁVÜ, ha úgy tetszik az adófizetők pénzéből, 32 millió forintot kifizetett, és a munka most a tanácsadók pályáztatásával előlről kezdődik. Igaz, hogy közben eltelt több mint fél év és a vagyonértékeléseket aktualizálni kell, de ennek nem feltétlenül kellene a teljes eszközfelmérésben megismétlődni.

Az a tény, hogy az egy állami helyett a húsz megyei és további nagyon sok helyi önkormányzat vált a gyógyszerártéri központok és patikák tulajdonosává azt is eredményezheti, hogy a privatizáció az egységes elvek és törvények ellenére sokféleképpen fog lezajlani. Mindez csak abban az esetben elfogadható, ha nem veszélyezteti a gyógyszerellátás színvonalát.

A fővárosi közgyűlés 1995 márciusi és májusi közgyűlésén foglalkozott a Pharmafontana Budapest Gyógyszerellátó Vállalat helyzetével. Elsőként a vállalat – amely még mindig állami vállalati formában működött – státusával foglalkoztak. Megállapították, hogy nem működhet tovább állami vállalatként, hiszen már nem állami tulajdonú a vagyon, amivel gazdálkodik. Státusát önkormányzati vállalatként határozták meg és leszögezték, hogy a gyógyszerellátás hatékonyabbá tétele érdekében szükséges egyrészt a nagykereskedői gyártó funkció megerősítése, másrészt ezen tevékenység elválasztása a gyógyszerártéri hálózattól. Ennek megfelelően vagyonát két minőségben határozták meg: rábízott vagyonként (ezek a vállalat eszközei, a gyógyszerkészlet és a vállalkozási funkcióval bíró vagyoni elemek diplomatalakások, telkek stb.), és üzemeltetésbe adott vagyonként (ezek a patikák).

A patikákat ugyanis az önkormányzat elvonta a Pharmafontaná-

tól, de az üzemeltetési és fenntartói feladatok ellátásával a privatizáció lebonyolításáig megbizta a volt anyavállalatot. Az ingatlanokat, amelyekben a fővárosi patikák nagy része bérleményként működött, szintén kerületi önkormányzati tulajdonból fővárosiba vette át. Így végre legalábbis egyesült a patika és az ingatlan tulajdonosa. Ezzel komoly akadály hárult el a gyógyszer-tári privatizáció útjából.

A tervek szerint a gyógyszer-tárak és a központi telepek átalakítását és privatizálását két ütemben célszerű elvégezni.

A hatályos 1992. évi LV. törvény szerint a vállalat létesítő szerve 1996. december 31-ig köteles a vállalatot gazdasági társasággá alakítani. Az 1992-ben kidolgozott átalakulási koncepció alapján, a vállalat részvénytársasági formává alakítása látszik célszerűnek. Elsődleges lesz a termelő részleg értékesítése, míg az elképzelések szerint a nagykereskedelmi tevékenység tekintetében az önkormányzat többségi tulajdonának megőrzésére kívánnak törekedni.

A május 25-i Fővárosi Közgyűlés megtárgyalta a gyógyszer-tári hálózat magánosításának koncepcióját. Úgy határozott, hogy megindítja a 195 fővárosi gyógyszer-tár privatizációját. Az ingó vagyont a pályázatot nyert gyógyszerészek számára idegeníti el. Amennyiben a tulajdonjog értékesítésére kiírt pályázat eredménytelen lesz, akkor a bérleti jog értékesítésén alapuló nyílt, egyfordulós pályázatot kiírásra. A készlet értékesítésére a Pharmafontana szerződést köt a pályázatot nyertesével.

A patikavagyon eszközalapú értékelésével kezdődött meg a fővárosi gyógyszer-tárhálózat magánosítása. A vagyonértékelésre pályázatot írtak ki, amelyet a Tulajdonosi Bizottság bíralt el és kiválasztotta a vagyonértékelőt. A Pharmafontana feladatát képezi a privatizáció végrehajtása és a technikai, valamint a privatizációs költségek megelőlegezése. A főváros ugyanakkor, felterjesztési jogával élve, kéri

az Országgyűléstől a patika-privatizációval kapcsolatos határidő fél-évvel, 1996. június 30-ig történő meghosszabbítását.

A megyei önkormányzatok gyógyszer-tári privatizációval kapcsolatos álláspontjában két típusú megoldás tapintható ki.

Az egyik a fővárosihoz hasonló elképzelés, amely eredendően a korábbi ÁVÜ-elképzeléssel rokon. Ennek alapján a gyógyszer-tári központokat el kívánják választani a patikáktól, és a patikákat a személyi jog alapján értékesíteni. Ezekben az esetekben csak bizonyos apróbb, pl. értékelési eltérések alakultak ki.

A másik elgondolás, amelyet a TÖOSZ támogat: egyben tartani a patikákat és a gyógyszer-tári központokat. Így a gyógyszer-tári központok kiegyenlítő szerepet játszhatnak a nyereséges és veszteséges patikák között, a korábbi elosztó szerepük fennmaradna és a gyógyszer-tári központ önkormányzati vállalként funkcionálhatna. Ezt az elképzelést a jelenlegi törvényi szabályozás hosszú távon nem támogatja, hiszen a törvény alapján 1995. december 31-ig üzemeltethetik a patikákat a gyógyszer-tári központok.

Paris almáját dobta a Parlament az Önkormányzatok közé akkor, amikor a patikákat önkormányzati tulajdonba adta, de nem mondta meg, hogy kiébe: a megyei önkormányzatokéba, a patikával rendelkező települési önkormányzatokéba, vagy minden önkormányzatéba. Márpedig a privatizáció csak akkor kezdődhet meg, akármilyen koncepció alapján, ha ezt a kérdést eldöntik.

Jelenleg a Vagyonátadó bizottságok döntenek a kérdésben, de csak akkor, ha és amennyiben a megye önkormányzatai konszenzusra jutnak a kérdésben. Ezt néhány önkormányzatnak sikerült elérnie, többek között Bács-Kiskun megyében, Somogy megyében, Hajdú-Bihar megyében; néhányak viszont nem, így Szabolcs-

Szatmár-Bereg megyében, Győr megyében.

A megegyezések alapja általában az, hogy a patikával rendelkező települési önkormányzatok megkapják a patikát, a megyék és a patikával nem rendelkező települések pedig a gyógyszer-tári központ vagyonán osztoznak.

A településeken is kérdésként merül fel az, hogy bérleti jogot értékesítsenek-e, vagy az ingatlant is. Ennek sok esetben a patika nyereségessége az akadálya, hiszen az 1 gyógyszerésszel működő kis patikák esetében az épület megvásárlása nagyon nagy terhet jelentene. A patikák 50%-a pedig ma ilyen. A bérleti jog értékesítése az önkormányzat számára ugyanakkor biztosítékot jelent a gyógyszer-tár helyben maradására és közvetlenebb irányítást tesz lehetővé, kiszolgáltatottabbá teszi viszont a patikust az önkormányzat esetleges mohó bérletidíj-emelésével szemben.

Tanulság helyett

Elmondhatjuk, hogy bár második félidejéhez érkezett a patika-privatizáció, még közel sem látható tisztán a befejezés, és – hogy a hasonlatnál maradjunk – esetenként hosszabbítás is várható.

Bizonyos pontokon igazítani kell a szabályokon, a vagyoni kérdésekben pedig konszenzust kell kialakítani az érintettek között. Ezt követően döntenet kell a privatizáció módjáról és csak ez után kezdődhet meg ténylegesen a magánkézbe adás.

Diverzifikáció tapasztalható a megoldások módjában és a privatizáció várható ütemezésében is. Azok, akik nem vetették el teljesen az állami szervek által kidolgozott elképzeléseket, ma előbbre tartanak, akik új utakon akarnak járni, hátrébb. Egyet azonban nem szabad elfelejteni; az idő pénz, és a gyógyszer-tári privatizációra eddig nagyon sok idő és pénz ment el, mindannyiunk zsebéből.

Dr. RÁCZ TAMÁS

A szakrendelések privatizációja

A háziorvosi praxisok „privatizációs boom-ja” után az egészségügyi privatizáció megtorpant. Ennek okai sokrétűek. De az egészségügy reformja nem lehet elégséges, ha csak a finanszírozás és a hozzáférés szabályozását reformálják. A tulajdonformák sokféleségének kialakulása, a verseny és a vállalkozások szabadsága nélkül nem várható, hogy az egészségügyi ellátás területén megvalósuljon a javak hatékony szétosztása és a közjó növekedése. Nem véletlen, hogy nemzetközi szervezetek is igyekeznek a folyamatot különféle programokkal előmozdítani.

Érdekes megvizsgálni, hogy vajon milyen okok gátolják a költségvetési intézmények (szakrendelők, kórházak) más, hatékonyabb formában történő átalakítását?

Elsődlegesen a hazai finanszírozási gyakorlat néhány speciális eleme felelős a nehézségekért. Jelenleg a világon egyedülálló módon három (illetve négy) csatornán zajlik az egészségügy finanszírozása. A működési költségeket az Egészségbiztosítási Alap fedezi, a fejlesztési pénzeszközöket (beleértve az amortizációt is) viszont a helyi önkormányzatok és a központi költségvetés biztosítja. A „negyedik csatorna” pedig sajátos jelenségként a hálapénz, ami külön fejezetet érdemelne, mint a rendszer tökéletesebb működését minden lényeges ponton bénító tényező.

Érdemes azonban végiggondolni, megéri-e azt a hatékonysági

veszteséget ez a finanszírozási rendszer, hogy költségvetési intézmény formájában üzemeltessünk olyan intézményeket, amelyek más (vállalkozási, alapítványi, közalapítványi, közhasznú társasági) formában sokkal hatékonyabban üzemelhethetnének.

A privatizáció lépései közül a következő lépés a már meglévő *szakrendelők privatizálása*, illetve a *privát szakrendelések piacralépése*, amihez „könnyen” megteremthetőek a szükséges feltételek és a folyamat így eljuthat egy átfogó körházi privatizációhoz.

® R-Klinika

Budapest, Felsőzöldmáli út 13.

*Szűrőprogramok
több szinten*

*Szakrendelések
minden szakmában*

Esztétikai sebészet

Telefon: 250-3489, 250-1106

Ehhez az első lépések feltehetőleg az ún. *funkcionális privatizáció*, vagyis a szakrendelő működtetésének eladása irányába fognak mutatni, mert amíg az amortizációs költségek és az ÁFA-visszatérítés kérdése nem megoldott, a beruházási hajlandóság csekély lesz.

A megoldás, minden ellentmondásossága ellenére, jelentős áttöréssel kecsegtethet, ha ehhez a finanszírozási rendszer néhány pontjának reformja társul.

A főbb lépések:

- az *amortizáció* kérdésének megoldása (finanszírozásba beépítve),
- a *definitív terápia* irányába ható intézkedések, úgymint
 - az ún. „one day surgery” beavatkozások térítési körének növelése,
 - a lebegőpontos finanszírozás átalakítására (ambulated visitory group)

Amennyiben ezek a változtatások megvalósulnak – hacsak a finanszírozás nem teremt ellenérdekeltséget – a szakrendelők elemi érdeke lesz, hogy minél több beteget lássanak el abból a körből, amely jelenleg rendre kórházi bennfekvést igényel.

Ahhoz persze, hogy egy mai magyar átlagos szakrendelő képes legyen ezeket a feladatokat ellátni, jelentős beruházásokat igényel, itt nem kerülhető meg a költségvetés szerepe sem.

Az újonnan létesített *privát szakrendelések* piacralépéshez szükséges beruházási hajlandóságot (külső forrás) nagymértékben növelné az a szabályozás, amely a megfelelő minőségi mutatókkal rendelkező, definitív ellátást nyújtani képes intézményeket a társadalombiztosítás révén automatikusan befogadná a finanszírozási körbe. Itt nem kell finanszírozni robbanástól tartani, hiszem egy ilyen intézményt csak több százmillióس beruházással lehet létrehozni, és az intézmény nem tudja amortizációs költségeit állami önkormányzati for-

rásokból fedezni, nem is beszélve a beruházás megtérüléséről. A befogadási nyilatkozat biztonságot teremtené a beruházónak, hiszen ezzel legalább az elindulásának minimális feltételei megteremtődnek. A fent említett pénzügyi hátrányok miatt viszont a privát intézmények a legnagyobb költséghatékonyságú üzemeltetésre lesznek rákényszerülve, ami a legjobb módszer a „one day surgery” műtéti eljárások elterjedéséhez.

A finanszírozás technikájában a bázis/teljesítmény arány további eltolása a teljesítmény irányába pedig további forrásigény-csökkenést jelent a társadalombiztosítás számára.

Megfontolandó egy olyan jogszabályi változtatás, amely az új belépők számára nem biztosítana bázisfinanszírozást, hanem csak – arányosan megemelt – teljesítményfinanszírozásban részesülhetnének. Ez – mivel radikálisan csökkentené az új belépők finanszírozási többletköltségét – vélhetőleg még ilyen forráshiányos időszakban is megvalósítható lenne. A privát vállalkozások pedig a tőkebefektetéssel, az új eljárások elterjesztésével, a költséghatékony gyógyítással és a paraszolvencia kiküszöbölésével olyan jótékony hatást tudnának kifejteni az egészségügy egészére, amelynek előnyei messze meghaladnák a forrásigényből származó többletkiadásokat.

A privatizáció persze óhatatlanul konfliktusokat gerjeszt. A folyamat eredményességéhez szükséges számba venni a fő konfliktusokat és kidolgozni a megoldási technikákat.

Az alábbi fő konfliktusokra lehet számítani:

- Szakmai konfliktus (szakrendelő – kórház)
- Tulajdonosi konfliktus (szakrendelő – önkormányzat)
- Munkajogi konfliktus (a közalkalmazotti státus elvesztésével kapcsolatos problémák).

1. *Szakmai konfliktusok* abból származnak, ha a szakrendelőnek

sikerül tevékenységét eredményesen végeznie, és ezzel a kórháztól betegeket von el. Ez értelemszerűen azzal jár, hogy a kórháznak kapacitás-leépítéseket kell végrehajtania.

A konfliktus feloldásának lehetőségei a két fél együttműködés szándékában rejlik. A jó együttműködés mindkét fél számára a legjobb eredményre vezethet. A kórház fölös kapacitásainak egy részét megmentheti a leépítéstől, ha a szakrendelő bérlő azt. Végül a kórház számára kifejezetten nyereséges, ha a fekvőbeteg-ellátásra szorulókat kivizsgált állapotban kapja a szakrendelőtől.

2. *A tulajdonosi konfliktus* az önkormányzat, mint tulajdonos és a szakrendelő, mint cég között keletkezhet.

A konfliktus gyökere az a probléma, hogy a privatizációval az önkormányzat elveszti egy költségvetési intézményét, és helyette annak feladatát egy gazdasági társaság látja el. Ennek működésére az önkormányzatnak jóval kisebb a közvetlen befolyása, mint a költségvetési intézményére. A probléma feloldható, ha az önkormányzat egyrészt tulajdonostárs lesz a vállalkozásban, másrészt jogos igényeinek (ellátási kötelezettsége) érvényesítési technikáit a szerződésben rögzítik.

3. *A közalkalmazotti státus elvesztése* a háziiorvosi privatizáció tapasztalatai alapján jelentős *munkajogi konfliktus* okoz.

A konfliktus gyökere, hogy a közalkalmazotti jogviszony előnyösebb feltételeket nyújt a dolgozó számára az egyszerű munkaviszonyban garantáltknál. Ezeket a problémákat az új munkaszerződések megkötésénél lehet orvosolni.

A fenti problémák kezelésén túl – mint azt a háziiorvosi privatizáció tapasztalatai mutatják – a privatizáció elterjedéséhez nagy segítséget jelent a megfelelő politikai támogatás.

A Nephrocentrum Alapítvány története és szerepe a vesebetegellátásban

A történet 1990. januárranyúlik vissza, amikor 16 lelkes vesebeteg megalakította a Nephrocentrum Egészségügyi Szolgáltató Kiszöveget abból a célból, hogy egy korszerű műveseállomást hozzanak létre a magyarországi vesebetegellátás megsegítésére. Vezetőjük **Beer Gábor** 47 éves vegyészmérnök volt, aki maga is 10 éve dialízis kezelésre szorult. A szokatlan és kezdetben hihetetlennek tűnő vállalkozást a szakirányú szervek elvi jóváhagyása után egyre többen segítették és az Újpest Önkormányzata által rendelkezésre bocsátott épületben megkezdődött a műveseállomás kialakítása. (A nagymértékben lepusztult épület korábban étteremként működött.)

A vállalkozáshoz nagy segítséget jelentett a rendszerváltás, valamint az egészségügyben meghirdetett privatizáció és a tervezett új finanszírozási rendszer. Az anyagi nehézségeken túl azonban komoly problémát okozott, hogy korábban hasonló vállalkozásra Magyarországon nem volt példa és így az értetlenség és az aggályoskodások miatt az ügyintézés óriási energiát és időt igényelt. 1991. júniusára azonban mégis sikerült a műveseállomás alapvető feltételeit megteremteni és megtörtént a műszaki átadás.

Ezt az ünnepélyes pillanatot azonban Beer Gábor nem érthette meg, mivel a hihetetlen erőfeszítést igénylő szervezési munka egészségi állapotát súlyosan aláásta és két nappal az átadás előtt halálát okozta.

Emlékét márványtábla őrzi műveseállomásunk falán.

A következő fontos dátum 1991. szeptember 16-a, amikor majd fél-éves huzavona után a Társadalombiztosítási Főigazgatóság aláír-

ta finanszírozási szerződésünket és megkezdődhetett a gyógyító munka. Talán érdemes megjegyezni, hogy mi voltunk Magyarországon az első műveseállomás, amelyik közvetlen társadalombiztosítási finanszírozásban működött. Kezdetben a rendelkezésünkre álló 4 db MIRO 1 hp típusú művesegéppel 6 beteg kezelését végeztük, majd lassan, fokozatosan nőtt a kapacitásunk.

Fontos esemény volt 1991. novemberében a Nephrocentrum Alapítvány létrehozása, amelynek alapítója a Nephrocentrum Egészségügyi Szolgáltató Kiszöveget volt. Az Alapítvány célkitűzései között szerepel a műveseállomás működtetése, fejlesztése, a vesebetegek részére rehabilitációs munkahely teremtése és a szociális támogatás. Az 5 fős kuratórium két tagja a vesebetegek közül került ki, elnöke a műveseállomás főorvosa lett. Az Alapítvány létesítésével lehetőségünk nyílt pályázatok benyújtására és támogatók megnyerésére. Ezen tevékenységünk jelentőségét és hatékonyságát az bizonyítja, hogy az elmúlt években kapott támogatások lehetővé tették a műveseállomás korszerű felszerelését, teljes kapacitásra való bővítését, rehabilitációs és szociális célkitűzéseink megvalósítását. Miután az Alapítvány hatékony működési formának bizonyult, a Nephrocentrum Egészségügyi Szolgáltató Kiszöveget 1992. júliusában végelszámolással megszünt.

Jelenleg Magyarországon 47 műveseállomás van, ezek nagy része privatizált formában működik. Sajnos ezek a vállalkozások mind profitorientáltak és így a Nephrocentrum Alapítvány által non profit formában mű-

ködtetett műveseállomás csak példaértékű maradt. Kérdés, hogy mennyivel tudunk többet nyújtani betegeinknek, mint egy korszerűen felszerelt, de csak a betegellátás szakmai és gazdasági kérdéseit figyelembe vevő műveseállomás?

Alapítványunk jelenlegi működését három fő tevékenység szerint csoportosíthatjuk:

1. Szakmai tevékenységünk

Kezdetben alapvetően a műveseállomás korszerű felszerelése és teljes kapacitással való működtetése határozta meg. A nyolc gépes kezelőhelyiségben MIRO-1-hp típusú művesegépekkel ma már minden rászoruló beteg bicarbonát dialízisben részesítünk, a HCV pozitív betegeket elkülönített gépeken kezeljük. Egy művesegépet haemodiafiltrációs egységgel bővítettünk ki. Valamennyi kezelést önzérő kezelőszékben végezzük. A kezelőhelyiségben automata ionmeghatározó és vérgázanalizáló műszerrel rendelkezünk. Vízelőkészítőnk a legmodernebb svájci gyártmányú reverzozmózis egységgel működik. Laborvizsgálatok végzésére egy kicsi, de jól felszerelt laboratóriummal is rendelkezünk. Az anyagbeszerzésre és a rehabilitációs munka szállítási feladatainak elvégzésére két Ford Transit gépkocsi áll rendelkezésünkre.

A haemodialízis kezeléseket jelenleg három műszakban végezzük, és így 46 beteg ellátására van módunk. További beteget csak akkor tudnánk haemodialízis programba venni, ha az épületet emeletréépítéssel bővítenénk. Ennek a feltételei azonban jelenleg nem adóttak, de reméljük, hogy néhány éven belül meg tudjuk valósítani.

Addig a CAPD kezelést szeretnénk fejleszteni, mely módszer a hasüregbe beültetett szövetbarát katéter segítségével, speciálisan kiszertelt oldatok felhasználásával, a természetes hártán, a hashártán keresztül méregteleníti a szervezetet. Ennek a kezelési formának nagy előnye, hogy olcsóbb és a kezelést megfelelő felkészítés után maga a beteg, saját otthonában végzi. Nyugat-Európában a CAPD egyre nagyobb teret hódít, Magyarországon most várható az elterjedése.

Szakmai tevékenységünk másik alapvető fontos feladatának a vesebetegség megelőzését tartjuk. Ebben az évben sikerült megszerveznünk Újpest különösen veszélyeztetett lakosságának, a hypertóniás és cukorbeteg nephrológiai szűrését, gondozását. A lehetőség alapvető feltételét egy az országos Egészségügyi Pénztár által kiírt pályázat elnyerése adta, amihez az Újpesti Önkormányzat biztosítja az ultrahangvizsgálatokat, a szakrendelés helyi feltételeit az Újpesti Kórház járóbeteg ambulanciáján sikerült megteremteni. Ez utóbbi a kórház vezetésének felajánlása volt az ily módon háromoldalú együttműködésben megszervezett programhoz. Talán más területen is példaértékű lehet ez a ma még szokatlan szimbiózis, ahol az alapellátást végző Önkormányzat, a terület fekvőbetegellátásáért felelős kórház és egy speciális feladatra felkészült alapítványi intézmény együttműködése teremti meg a betegellátás korszerű feltételeit.

2. Rehabilitációs tevékenységünk
Meggyőződésünk, hogy a krónikus vesebeteg a magasszintű orvosi kezelésen túl komplex ellátásra szorul. Ez nemcsak a rendszeres gondozásukat és pszichés vezetésüket jelenti, hanem rehabilitációs munkahelyek teremtésével a jobb anyagi feltételek biztosítását is magába foglalja. Hiszen sokan fiatalon, nem ritkán kisgyermekes családosként szorulnak művesekezelésre és a rokkantnyugdíjon kívül más jövedelemmel nem rendelkeznek. Hiába vállalnák a dialízis ke-

zelés melletti munkavégzést, az esetek többségében nem találnak megfelelő munkahelyet.

Így alapvető feladatunknak tekintjük a rehabilitációs munkalehetőség biztosítását. Kezdetben a legkézenfekvőbb volt, hogy vállalkozó betegeinket, szakképesítésüktől függően, műveseállomásunk személyzeteként alkalmazzuk. Ennek eredményeként jelenleg a személyzetből 18-as rehabilitált dolgozók. Van szakképzett „rehabos” nővérünk, technikusunk, számítógépes szakemberünk, irodai dolgozónk, szociális gondozónk, raktárosunk, gépkocsi-vezetőnk, anyagbeszerzőnk, de a szakképzetlen betegeket is tudjuk alkalmazni mint takarító, segédmunkát és éjjeliőr. Két vesebeteg munkatársunk a Kuratórium munkájában, és ezáltal az Alapítvány vezetésében is aktívan részt vesz. Ily módon új típusú egészségügyi intézmény jött létre, ahol a betegellátás magas szakmai színvonalon a komplex rehabilitációval ötvöződik

– ahol a beteg ember nemcsak a gyógyítás alanya, hanem mint az Alapítvány dolgozója, egyben a kezelőszemélyzet munkatársa is
– ahol a beteg ember nemcsak igényeket támaszt, hanem aktívan tesz saját maga és betegársai megsegítéséért.

Mivel a műveseállomáson további munkahelyteremtésre nincs lehetőség, így a vesebetegek saját otthonukban telepített hegesztőgépen különböző poliétilén zacskókat, szemeteszákókat hegesztenek, napi 4 órában, megadott norma szerint. Az alapanyag és a késztermék szállítását, raktározását és eladását kellett ahhoz megszerezni, hogy ebben a vállalkozásunkban ma már 23 „rehabos” dolgozót foglalkoztassunk.

A megfelelő otthoni feltételekkel nem rendelkező betegeink részére a IV., Petőfi u. 22. sz. alatti bérleményünkben rehabilitációs műhelyt alakítottunk ki, ahol 2 nagyfrekvenciás hegesztőgépen különböző méretű mappákat, dossziékat és irodai termékeket gyártunk. Újabb vállalkozói tevékenységet jelent a nyomdai előkészítő DTP szá-

mitógéprendszerünk és könyvkötő műhelyünk, amelyek felszerelése illetve beüzemelése folyamatban van. Elképzelésünk szerint e téren további 8–10 „rehabos” dolgozót tudunk majd foglalkoztatni.

Rehabilitációs tevékenységünk fontosságát igazolja, hogy egyre többen keresnek meg bennünket más műveseállomásokon kezelt betegek is, sőt nem egyszer a szociális gondokkal küszködő beteg kezelőorvosa kéri segítségünket. Rehabilitációs foglalkoztatásunk elismerését jelenti, hogy Alapítványunk 1992. augusztusában Rehabilitációs Célszervezeti kijelölést kapott.

3. Szociális tevékenységünk

Kezelt betegeinket és „rehabos” dolgozóinkat váratlanul fellépő anyagi gondjaikban pénzsegélyekkel támogatjuk. Szociális munkás tartja a kapcsolatot betegeinkkel és hozzátartozóikkal. Különösen a gyermekes családok problémáit szeretnénk enyhíteni. Erre sajátos lehetőséget nyújt alapítványunk üdültetési programja, melyet a Szép Jelen Alapítványhoz csatlakozva valósítunk meg a Vértesben, Gánton felépült közös üdülőnkben, a „Fecskepalotában”. A 32 férőhelyes üdülő 1–1 hetes turnusokban nyújt pihenésre lehetőséget a mozgássérülteknek, a szellemi fogyatékosoknak, az állami gondozott gyermekeknek és a vesebetegeknek. A Nephrocentrum Alapítvány évente 4x1 hetes üdültetési idővel rendelkezik.

Vállalkozásunkat azért tartjuk sajátosnak, mert az Magyarországon egyedülálló és úttörő szerepet játszik az egészségügy privatizációjában. Itt nemcsak azt szeretnénk kiemelni, hogy Műveseállomásunk létrehozása és üzembeállítása a súlyos nehézségekkel küzdő állami egészségügy terheit mérsékli, hanem arra is felhívánk a figyelmet, hogy vállalkozásunkat maguk a veseelégtelenségben szenvedő betegek kezdeményezték, példát mutatva arra, hogy az akarat és a lelkesedés hihetetlen eredményeket is képes produkálni.

A Nephrocentrum Alapítvány
Kuratóriuma

Egészséges fejlődés

Van a betegársadalomnak egy kiszolgáltatottságában szinte egyedülálló csoportja. Ráadásul ez a csoport meglehetősen nagy. A vesebetegkről van szó, akiknek életrendjét megköti, életritmusát hosszú évekre, akár évtizedekre meghatározza betegségük. Nekik ugyanis heti három alkalommal négyórás kezeléssel kell részt venniük. Az utazás és a várakozás idejét is beszámítva, hetente három teljes napot „vesz el” tőlük betegségük.

A nyolcvanas évek elején készített statisztikai felmérések nem rajzoltak túl jó képet hazánkról. A nemzetközi összehasonlításban huszonhat európai állam rangsorában Magyarország alulról a negyedik helyezést érte el. Az évtized végén azonban komoly, nagyszabású változások kezdődtek, amelyek eredményeként ma már vannak oly állomások, amelyek semmiben nem különböznek bármely nyugati intézménytől.

Műveseállomás ma az ország 45 pontján működik. A 45 állomásból tízet az EuroCare Részvénytársaság működtet. Lehet, hogy a név talán idegenül cseng, ha azonban hozzátesszük, hogy az EuroCare a Rolicare társaságból alakult tavaly decemberben, a szakmában járta-

sak már tudják, melyik cégről van szó. A társaság két vezetőjével, Fabók József igazgatóval és Horn Péter ágazati menedzserrel műveseállomás-hálózatuk terjeszkedéséről, s többek között a társaság magyarországi terveiről beszélgettünk.

Előjáróban annyit azért még le kell szögeznünk, hogy bár a társaság csupán a hazánkban létrehozott műveseállomások negyedével rendelkezik, az országban elvégzett kezeléseket több mint negyven százalékát ők végzik.

Fabók József: A történet kezdete tizenöt évvel ezelőttre nyúlik vissza. A Rolitron néven ismert vállalat akkor kezdte meg a művesegépek gyártását. A kutatások fő iránya az volt, hogyan lehetne nyugati alkatrészek felhasználásával teljesen új és kizárólag magyar konstrukciójú modern, jó gépeket előállítani. A rendszer alapjait Rózsahegy László alkotta meg. A gép sikertermék lett, a szakma érdeklődését külföldön is felkeltette. Magyarországon százhusz darabot adtak el belőle. Ezzel együtt egy új stratégiát dolgoztunk ki. 1988-at írtunk, amikor a cég önerőből egy teljesen új, privát műveseállomást épített Budapesten a Tétényi úton. Az ott beépített orvostechológiai

eszközöket az Egyesült Államokból és az akkor NSZK-ból hozatták. Ekkor jelent meg az országban először zárt rendszerű regeneráló berendezés, az állomáson történő koncentrátum előállítás, és valamennyi készülék bikarbonátos opcióval lett ellátva. Az állomás hat hónap alatt készült el, de csak a következő évben kezdhetette meg gyógyító tevékenységét.

– *Politikai okai voltak a késleltetésnek?*

Fabók József: Fogalmazzunk úgy, hogy az akkori egészségügyi vezetés nem nézte jó szemmel a Rolitron törekvéseit. Nem is „kaptunk” beteget jó ideig. Csakhogy az ország műveseállomásai kapacitás-gondokkal küszködtek, sokáig nem lehetett megengedni, hogy egy évi nyolcezer kezelést lehetővé tevő, nyugati színvonalú új állomás üresen álljon, bárki legyen is a gazdája. A Pest Megyei Tanács „adott” azután beteget... – *És kiderült, hogy a „nem állami” szférában is ugyanolyan jó kezelést kapnak a betegek...*

Horn Péter: Az orvostikai kódex tiltja az effajta minősítést, tehát nem mondhatjuk, hogy jobb vagy rosszabb kezelést kaptak. Megfelelő kezelést kaptak bikarbonátos eljárással. Aki érintett az ügyben, tudja, hogyan kell ezt értékelni.

Fabók József: A második év végére a kapacitás évi 8000 kezelés volt, ma ugyanez 12 000. Ez egyébként az állomás kapacitásának felső határa.

– *Ezzel a hőskorszak lezárult.*

Fabók József: Eredményeink és a cég nemzetközi kapcsolatai felvetették egy műveseállomás-hálózat kiépítésének gondolatát. 1990-ben 10–13 állomásból álló hálózat létesítéséről határozott a cég veze-

A nyíregyházi műveseállomás kezelőtere



tése. A következő lépésben tárgyalásokat kezdtünk a megvásárlásra kiválasztott állomások fenntartóival és tulajdonosaival.

Horn Péter: 1991-ben már 7 állomás csatlakozott a hálózathoz. Ekkor alakult meg a Rolicare Részvénytársaság. Ennek magyar tulajdonban lévő részvényeit vásárolta meg tavaly decemberben a multinacionális B. Braun konszern, mely korábban a cég 60%-os részvényese volt, és ekkor változott a cég neve EuroCare Magyarország Egészségügyi Szolgáltató Rt.-re.

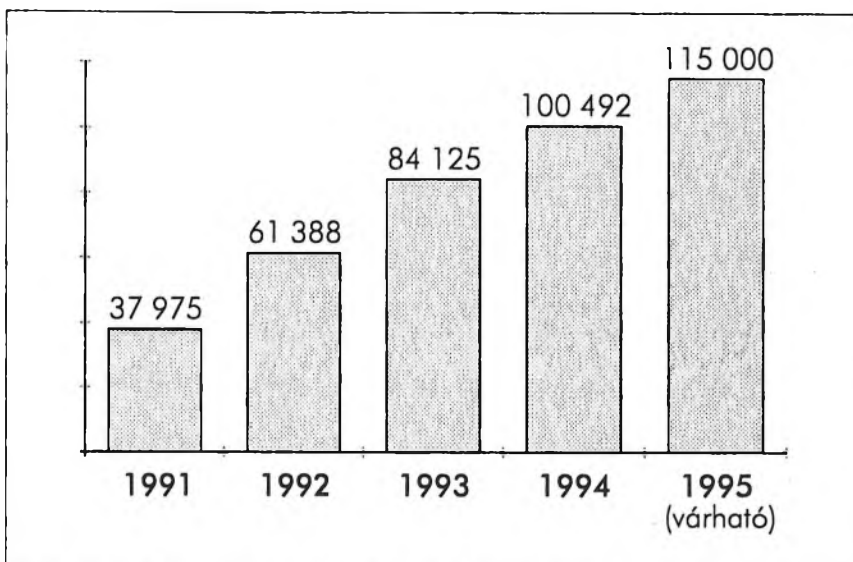
– És milyen feltételekkel vásárolták meg az állami műveseállomásokat?

Fabók József: Először is kifizettük azt az árat, amit a kórház, a megyei önkormányzat megszabott, függetlenül az átvett készülékek állapotától, hogy azokat tudtuk-e használni vagy sem. Azonnal hozzákezdünk az állomások orvostechonológiájának lecseréléséhez, állomásonként átlagosan 50–60 millió forint értékben. Ezentúl még kötelezettséget vállaltunk az eszközök öt-évenkénti cseréjére is – felvállalva 99 évre a gyógyítási kötelezettséget.

Átvettük a személyzetet, s szerződésben vállaltuk, hogy amennyiben a régi állomás kezeléseinek száma indokolja, másik új műveseállomást építünk. Ezt Nyíregyházán és Veszprémben már meg is tettük.

Horn Péter: A hálózati fejlesztésre eddig 1,8 milliárd forintot költöttünk.

A veszprémi műveseállomás betegvárója



A dialíziskezelések száma a ROLICARE Nephrológiai Hálózatban

– Maguk állítják elő az állomásokra telepített berendezéseket?

Fabók József: A vesegép és a műveseszék magyar fejlesztés, bár magyarországi gyártása ebben az évben leáll. A B. Braun vállalatcsoport és cégünk fejlesztőmérnökei elkészítették az újgenerációs művesekészüléket, melynek németországi sorozatgyártása már beindult, és ezeket a gépeket hálózatunk alkalmazni fogja. Ugyanakkor az egyszerűhasználatos termékek jelentős részének – kivéve a dializátorokat – a gyártása itt marad Magyarországon, lévén hogy a cég „hőskorában” Gyöngyösön egy három és félezer négyzetméteres tisztatér technológiájú termelő egységet létesített.

– Hogyan vélekedtek a német szakemberek az önök műveseállomás-hálózatáról?

Fabók József: Azt mondták, eléri a nyugatiak színvonalát. Mielőtt decemberben megvásárolták volna a Rolicare magyar kézben lévő részvényeit, négytagú bizottságuk végigjárta az összes állomást. Az ekkor szerzett tapasztalatok alapján döntöttek a magyar részvények felvásárlásáról.

Horn Péter: Állomásaink szolgáltatására egyetlen nyugati vendég sem panaszkodott. A vesebetegeknek ugyanis meghatározott időközönként részt kell venniük a kezelésben, ezt semmiképpen nem halaszthatják el. Aki tehát utazni akar, meg kell szerveznie, hogy heti három alkalommal másik országban is részt vehessen a kezelésben. A Magyarországra érkező nyugati betegek pedig – mi legalábbis úgy tudjuk – az esetek döntő többségében a mi hálózatunkban részesülnek kezelésben. A cég elismerését jelzi, hogy a külföldi betegbiztosító teljeskörű szolgáltatásként ismeri el az EuroCare által nyújtott betegellátást, s eszerint téríti is a kezelés költségeit.

(A Magyar Hírlap 1995. febr. 28-i számában megjelent cikk második közlése, az EuroCare Rt. megbízásából.)