

AZ EGÉSZSÉGTURIZMUS FEJLESZTÉSE A SEMMELWEIS EGYETEMEN

**TANULMÁNY,
AMELY DR. HUNYADY LÁSZLÓ,
AZ ÁOK DÉKÁNJA FELKÉRÉSÉRE KÉSZÜLT**

2017. szeptember 18.

A MUNKACSOPORT TAGJAI

- 1. DR. LANG GYÖRGY – A MUNKACSOPORT VEZETŐJE**
- 2. DR. BÁNSÁGHI ZOLTÁN, TAG**
- 3. DR. FICZERE ANDREA, TAG**
- 4. DR. FENT ZOLTÁN, TAG**
- 5. DR. GROSZ ZOLTÁN, TAG**
- 6. HEGEDÜS JUDIT, TAG**
- 7. DR. MÁTHÉ ZOLTÁN, TAG**
- 8. DR. SÁRDY MIKLÓS, TAG**
- 9. DR. SINKÓ ESZTER, KOORDINÁTOR**
- 10. DR. SZÓCSKA GÁBOR, TAG**

TARTALOMJEGYZÉK

I. VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	6
II. HELYZETELEMZÉS – A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKOLTSÁGA A SEMMELWEIS EGYETEM NÉZŐPONTJÁBÓL	9
1) Az SE bevételeinek alakulása az elmúlt 5 évben, főbb üzletágak szerint (oktatás, egészségügy)	9
A. A bevételek alakulása OM – OEP – DEV, 2012-2016 között	9
B. Egyetemi klinikák bevétele a magánellátásból, 2014-2015 között	11
2) A HR helyzet az Egyetemen	13
A. Visszatekintés az 1990. előtti időszakra	13
B. A mai HR helyzet	13
i. A külföldi munkavállalás elszívó ereje	13
ii. A párhuzamos egészségügy elszívó ereje	13
iii. A tanulási szabadság elszívó-mobilizáló ereje	14
iv. Az egészségügyön kívüli szolgáltatói rendszerek elszívó ereje	14
C. A HR krízis következményei – klinikavezetői gondok	14
D. A HR probléma mélységének azonosítása – a munkacsoport kutatása alapján	15
i. Vizsgálati módszertan	15
ii. Eredményeink	16
E. A HR helyzetelemzés összegzése	18
III. A KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK: A NEMZETKÖZI EGÉSZSÉGTURIZMUS ÉS A HAZAI MAGÁNELLÁTÁS HELYZETÉNEK BEMUTATÁSA	19
1) Nemzetközi trendek	19
A. Az egészségturizmus trendjei	19
B. Az egyes célszágok legjobb orvosi szolgáltatásainak azonosítása	20
C. Az egészségturizmusban résztvevő turisták/páciensek motivációi	21
2) Magyarország és az egészségturizmus	22
A. A nemzetközi egészségturizmus oldalak ajánlása Magyarországgal kapcsolatban	22
B. Fő irányok a Magyarországra irányuló egészségturizmus vonatkozásában	23
3) A hazai magánegészségügyi ellátás helyzete – a versenytársak	24
A. Duna Medical Center – A Szakrendelő és az Egynapos Sebészeti Központ esete	26
B. Dr. Rose	26
4) A hazai lakossági igények megjelenítése közvélemény kutatások alapján	26
A. A felméréseket végző szereplők	27
B. A magánellátás előretörését segítő tényezők	27

C.	A lakosság okai a magánellátás igénybevételére	30
D.	A lakosság által igénybe vett magánszolgáltatások típusai	30
E.	Ritmusváltás a magánszolgáltatói piacon	31
F.	Magánbiztosítás megerősödése mint tendencia	32
IV.	A PROJECT CÉLKITÚZÉSEI	34
V.	LEHETSÉGES MEGOLDÁSI MINTÁK	35
1)	Nemzetközi kitekintés	35
A.	Osztárak megoldások	35
i.	Az osztárak magánklinikák jellemzői	35
ii.	Az osztárak biztosítási környezet	36
B.	Német megoldások	39
i.	A német betegbiztosítási rendszer	39
ii.	A kettős szolgáltatói rendszer	40
iii.	Az egészségturizmus	42
iv.	A magánellátásból származó bevétel sorsa egyetemi klinika esetén	42
v.	Konklúzió	42
2)	Egyetemi tapasztalatok – Semmelweis Egészségügyi Kft (SEK) működése	43
A.	A SEK működésének háttere	43
B.	A SEK működésének javítása – korlátok között	44
i.	Működést optimalizáló lépések	45
ii.	Hozzáférést javító lépések	45
iii.	Szolgáltatásbővítési nagyobb volumenű lépések	45
iv.	A SEK üzleti alapú működésének biztosítására javasolt lépések	46
3)	Egyetemi tapasztalatok – Kútvölgyi Klinikai Tömb (KÚT) Premium működése	47
A.	A KÚT Premium működésének háttere	47
B.	A KÚT Premium szolgáltatásai	48
C.	A KÚT Premium ügyfélköre	48
D.	Fejlesztési lehetőségek és korlátok	49
E.	A KÚT Premium hasznosítható tapasztalatai	50
VI.	A MUNKACSOPORT ÚJ MAGÁNELLÁTÁSI MODELLJAVASLATA	51
1)	Az új magánellátási modell kiválasztását meghatározó alapelveink	51
A.	A magánbevételek, így a hálapénz évtizedek óta meghatározó részét képezik az egészségügy finanszírozásának	51
B.	A magánegészségügy társadalmi konzekvenciái miatt mérlegre kell tennünk az alapvető etikai vonatkozásokat	51
C.	A politikai környezethez való alkalmazkodás az intézményi magánellátás fejlesztésének nélkülözhetetlen eszköze	52

D. A törvényi környezethez való illeszkedés a gazdálkodási folyamatok és a szakmai tevékenységek oldaláról egyaránt kihívást jelent	53
2) Az új magánellátási modell megvalósítási scenáriói	54
A. scenárió: az Egyetem önállóan kezd bele szakmai elképzeléseinek egészségturisztikai célú fejlesztésébe	55
B. scenárió: az Egyetem hazai befektetővel összefogva valósítja meg a fejlesztést	55
C. scenárió: az Egyetemtől független egészségügyi szolgáltatóval való stratégiai együttműködés jegyében hajtja végre a magánellátását érintő kapacitásbővítését	56
D. scenárió: az Egyetem csatlakozik a nemzetközi egészségturizmusban aktív, meglévő vevőkörrel rendelkező egyik külföldi szolgáltatóhoz	56
E. scenárió: a D. és a B. lehetőség együttese	57
3) Az új magánellátási modell megvalósítását elősegítő, összefoglaló javaslatunk	57
A. A magánklinika optimális elhelyezése és kialakítása az Egyetemen	58
B. A magánklinika kezdeti portfóliója	59
C. A magánklinika kialakításának becsült költségei	60
D. Összegzés	61

I. Vezetői összefoglaló

Jelen tanulmány egy kari menedzsmentfejlesztő program, és az azt követő hosszabb workshop-sorozat leképeződéseként jött létre az ÁOK dékánja, Dr. Hunyady László felkérésére. A témaválasztást a Semmelweis Egyetem azon célkitűzése indokolta, hogy a magánegészségügyi szolgáltatások egyetemi megerősítéséből többletforrásra tegyen szert saját közellátása fejlesztése érdekében.

(1) Kiinduló megállapításunk, hogy a **Semmelweis Egyetem** anyagi források szempontjából kiegyensúlyozottan gazdálkodó intézmény, jelentős tartozásállománnyal sem rendelkezik, ennek ellenére **nincs esélye egészségügyi közellátási tevékenysége során olyan mérvű beruházások megvalósítására, amit kiemelkedő szolgáltató státusza az amúgy gyengülő formát mutató hazai közellátási palettán indokolna.** Az egészségügy általánossá váló krízise közepette – ami leginkább a humánerőforrás ellátottság terén mutatkozik meg, és ami értelemszerűen visszahat a közszolgáltatások színvonalára – végső soron az orvosegyetemek kötelessége a rászoruló állampolgárok számára megbízható és kiszámítható ellátást nyújtani. A kormány prioritásai sorába részlegesen befogadta az egészségügy közkiadásainak megemelését, elsősorban a HR gondok kezelése okán, de a helyzet további stabilizálása érdekében **az intézmények egyéni erőfeszítéseire is szükség van.**

(2) Másodikként fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a **közkiadások szűkössége és az ezzel együtt járó sorbanállás megnövekedése tömegesen arra készteti a lakosságot, hogy egyre gyakrabban vegyen igénybe magánegészségügyi szolgáltatásokat.** (Az ezzel kapcsolatos részleteket a III/4. Fejezet tartalmazza). E szolgáltatások ár-érték aránya nem feltétlenül jelent a lakosságnak 'good deal'-t, de kontroll nélkül egyelőre nincs visszatartó erő ezen a piacon. Amikor a Semmelweis Egyetem a korábbinál nagyobb erővel kíván megjelenni e térben, többek között a korrekt árazás és a minőségileg kontrollált, biztonságos szolgáltatás érdekében (is) kíván nagyobb teret elfoglalni. (További részletek a V/5. fejezetben.)

(3) A harmadik ok, ami miatt szükségesnek látta a munkacsoport, hogy összegző tanulmányírásba fogjon, **annak a problémának az azonosítása volt, hogy az Egyetem – beavatkozás hiányában – hamarosan az eddiginél is erőteljesebb humánerőforrás krízis részesévé válik.** (Erről részletesen olvashatnak a II/2. fejezetben.) Orvosainkat, nővéreinket nemcsak a nyugat-európai ellátórendszer vonzza magához, az exponenciálisan fejlődő hazai magánszolgáltatók is hasonló mértékű elszívó hatást gyakorolnak. Felmérésünk igazolja, hogy az egyetemi orvosok döntő többségének már ma is van legalább egy magánorvosi elfoglaltsága. **Késlekedésre nincs idő.**

(4) Külön kívánjuk hangsúlyozni, hogy a **hazai magánellátás és a nemzetközi egészségturizmus stabil, jól prognosztizálható és dinamikus fejlődésű üzletág, amiből jelenleg észlelhetetlen mértékben profitál az Egyetem.** A hazai piacon komoly átrendeződés zajlik, új formációk alakulnak, szolgáltatók egyesülnek, a betegek számára egyre inkább az átfogó ellátás nyújtása a cél; amennyiben az Egyetem nem lép, könnyörtelenül lemarad e versenyben.

(5) Az elégtelenül szabályozott piaci körülmények közepette – szellemi és ellátási pozíciójából következően – az Egyetem rendelkezik a példaadás morális felelősségével is. **A stabil társadalmi szerződésen alapuló, szociálisan érzékeny, rászorultság elvű, ugyanakkor piaci alapú, közösségileg észszerűen és eredményesen működtethető, kiegészítő funkciót képviselő magánellátási modell Magyarországon hiányzik, felmutatására országos igény mutatkozik, így egyetemi kötelesség is ennek kidolgozása.**

(6) Az előzmények és a bemutatott evidenciák ismeretében, a munkacsoport mellett foglal állást, hogy **az Egyetem – új magánellátási modellt alkotva – az eddigi kereteket meghaladó módon fejlessze magánszolgáltatásait. A jelenlegi feltételek/körülmények nem alkalmasak a szükséges fejlesztések háttérének biztosítására.** Az egyetemi magánellátási rendszer súlyos korlátokkal küzd, mivel

- egységes szemlélet hiánya jellemzi,
- széttöredezett ellátást nyújt a beteg számára részben infrastrukturális okok miatt, részben mert a betegút szervezési funkció hiányzik az intézményesült folyamatokból,
- klinikánként eltérő árképzés jellemzi,
- az ellátás minőségét senki nem kontrollálja,
- egyéni érdekek érvényesülnek.

(7) Az Egyetem vezetésének olyan megoldást kell választania, ami elősegíti az **itt dolgozó orvosok megerőltetés nélküli átpozicionálását az egyetemi magánszolgáltatások irányába**, különben erőfeszítéseik szétporladnak. A munkacsoport mellett érvel, hogy **egy telephelyen működő, önálló magánklinika beindítása jelenti a megoldást a felmerülő problémákra**, mert azzal:

- a) más léptékre válhat az Egyetem, az eddigi működési logika helyett önálló, piaci elemzésből kiinduló stratégián alapulhat a magánszolgáltatások nyújtása
- b) szervezett, kontrollált feltételek mentén, intézményesített módon nyújtott szolgáltatások esélyt adnak a meglévő munkaerő megtartására a klinikákon; nem kell ugyanis máshova elmennie dolgozni, ha eleget akar keresni
- c) többletforrásra tehet szert az Egyetem fejlesztési céljai elérése érdekében
- d) javuló munka-, és ellátási körülményeket teremthet a közellátásban.

A munkacsoport úgy látja, hogy a Semmelweis Egyetem a fenti kényszerek mellett – most még – rendelkezik azon képességekkel, hogy új alapelvekre helyezve, saját érdekeit és közösségi kötelességeit is szem előtt tartva, a mainál magasabb színvonalú, nagyságrendileg nagyobb bevételt termelő, ugyanakkor minőségi betegellátást garantáló, kiegészítő jellegű magánellátási tevékenységet valósítson meg – önálló klinika formájában.

II. Helyzetelemzés – a témaválasztás indokoltsága a Semmelweis Egyetem nézőpontjából

A Semmelweis Egyetem Magyarország egyik vezető egyeteme, részvétele az egészségügyi közellátásban eléri a 6%-ot, ezzel pillanatnyilag a legnagyobb betegellátó intézmény az országban. A csúcstechnológiát megjelenítő beavatkozások a napi rutin részét képezik az itt dolgozók számára, ezért – mind a mai napig – szakmai büszkeséget jelent az egyetemen való munkavégzés, a gyógyításban, oktatásban, kutatásban való részvétel. A rendelkezésre álló erőforrások azonban nem képesek az egyetem magasztos céljait elégséges mértékben támogatni. Ha a három nagy szakmai terület – más olvasatban, ún. üzletágak – által generált bevételeket közelebbről megnézzük, sok meglepetés érhet bennünket. Nagyfokú diszkrepancia tapasztalható ugyanis az oktatás „mint üzletágból” befolyó köz- és magánbevételek egymáshoz való aránya valamint a betegellátásból származó bevételek hasonló aránypárja között. A soron következő fejezetben ennek járunk utána. A fejezet másik nagy témája a humánerőforrással kapcsolatos helyzet – többféle mélységben mutatjuk be, milyen gondok merülnek fel e téren a klinikák életében.

1) Az SE bevételeinek alakulása az elmúlt 5 évben, főbb üzletágak szerint (oktatás, egészségügy)

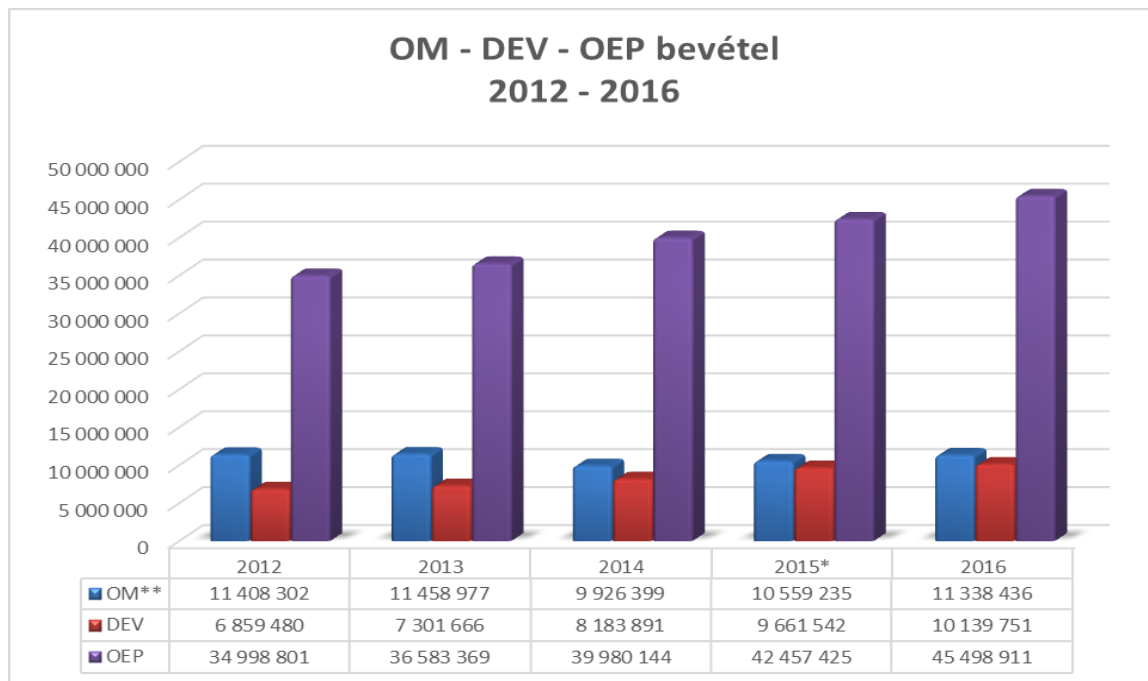
A. A bevételek alakulása OM – OEP – DEV, 2012-2016 között

Az Egyetem bevételeinek meghatározó hányadát az OEP/NEAK által finanszírozott egészségügyi ellátások után kapja, ez arányát tekintve 2016-ban – a három bevétel együttes értékéből – 68%-ot képviselt. A maradék 32% a közfinanszírozott (OM) oktatási bevételek (16,8%) és az idegennyelvű (DEV) oktatás (15,2%) között oszlott meg a tavalyi esztendőben. (Lásd 1.sz ábrát.)

Érdemes röviden áttekintenünk, hogyan alakultak az Egyetem egyes üzletágak, tevékenységtípusok szerinti bevételei a 2012. és 2016. közötti időszakban: az OM bevételek 99%-on álltak 2016-ban 2012-höz képest, míg a DEV bevételek csaknem 50%-kal emelkedtek (146%). Az OEP bevételek ez idő alatt 30%-kal nőttek (130%). Elképesztően más dinamizmusok érvényesültek a három területen.

Amennyiben a tavalyi évre vonatkozóan a két oktatási alapú bevételt hasonlítjuk össze, a közfinanszírozott oktatási bevételek már csupán 12%-kal haladták meg a magánoktatásból származó bevételeket, azaz csaknem 1:1 arányt képviseltek. Az egészségügyben ettől teljesen eltérő a helyzet: ott a 45,5 Mrd-os OEP alapú bevétellel szemben nagyjából 1,2 Mrd Ft regisztrált magánbevétel állt. (Lásd 2.sz. ábrát.) Beavatkozási javaslatunk ebből a különbségből elindulva építkezik a következő fejezetekben.

1. sz. ábra: Oktatási (OM, DEV) és közfinanszírozott egészségügyi (OEP) szolgáltatások bevételei, 2012-2016 között



Forrás: a 2012-2016. évek Vezetői Költségvetései

*Tartalmazza az egészségügyi szolgáltatás szakfeladatára az EMMI-től közvetlen finanszírozással érkezett (nem OEP bevétel) 2.036,5 millió Ft-ot.

** Az OM oszlop tartalmazza nem csak a képzési támogatás összegeit, hanem a hallgatói juttatások, az egyéb speciális feladatok támogatásait és a kiválósági támogatás összegeit is.

2.sz. ábra: Oktatási és egészségügyi bevételek 2016-ban

**A Semmelweis Egyetem
bevételeinek alakulása, 2016.**

Oktatás

- 1) 11,3 milliárd Ft EMMI (OM) alapú bevétel
- 2) 10,1 milliárd Ft Idegennyelvű képzés bevétele

Egészségügy

- 1) 45,5 milliárd Ft OEP alapú bevétel
- 2) Magánellátásból származó bevétel:
 - ✓ Semmelweis Kft: 370 millió Ft
 - ✓ KÚT Járó: 130 millió
 - ✓ Egyetemi klinikák magánellátásból származó bevétele: 700 millió Ft

(Forrás: Költségvetési és SEK beszámolók, 2017.)

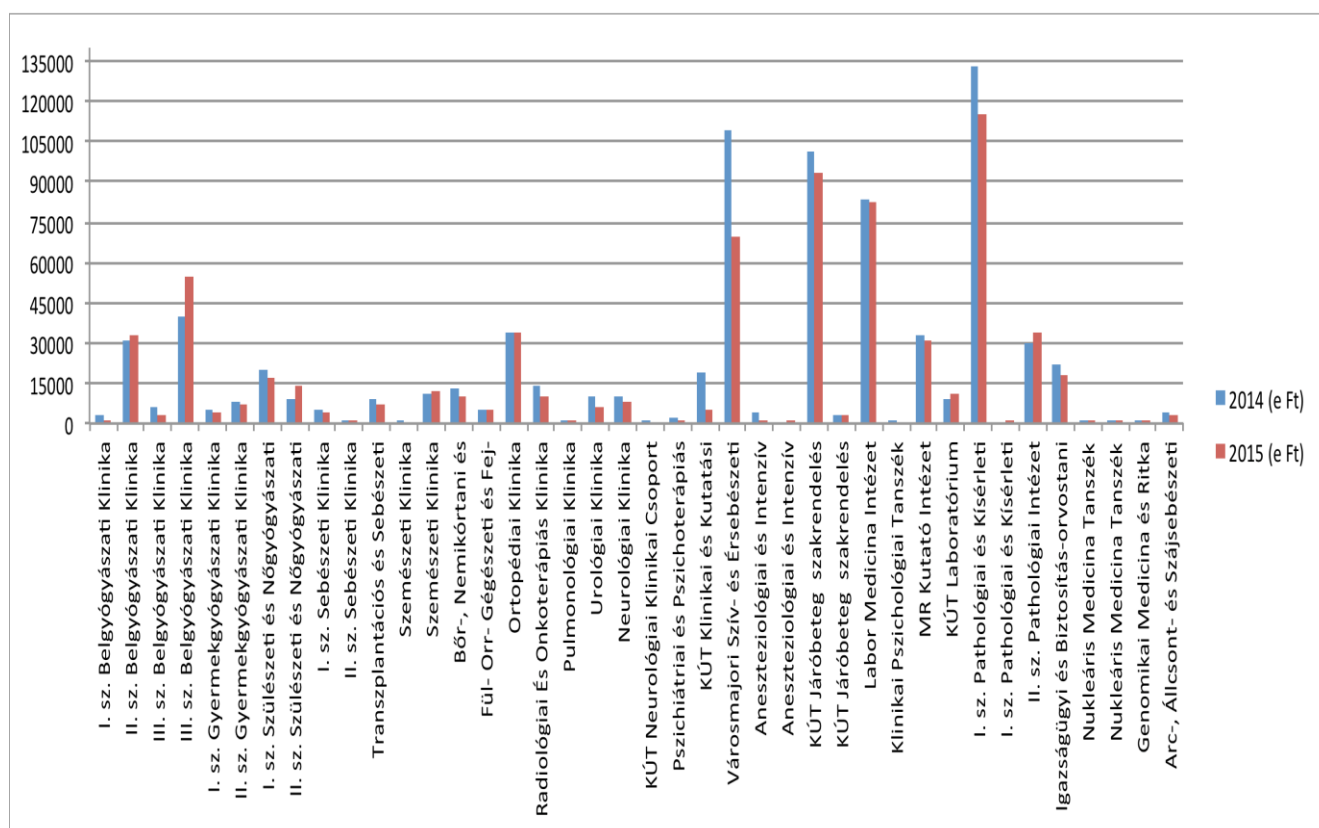
B. Egyetemi klinikák bevétele a magánellátásból, 2014-2015 között

Az egyetemi klinikák magánszolgáltatásokból származó bevételeit az alábbi adatsor mutatja be (lásd 1.sz. táblázatot). A táblázat nem tartalmazza a Semmelweis Egészségügyi Kft-n keresztül realizálódott bevételeket, erről az V/2. fejezetben olvashatnak többet. A táblázat nélkülözni kényszerül a 2016-os adatokat, mivel azok ellenőrzésre szorulnak (Hegedüs Judit közlése alapján), azonban nem tévedhetünk nagyot, amikor úgy véljük, nagyságrendileg ugyancsak 700 millió Ft körül mozoghattak.

1.sz. táblázat: A klinikák bruttó bevételei (forrás: SEK Kft, 2017.)

Megnevezés	Összes bruttó bevétel (e Ft)	
	2014	2015
I. sz. Belgyógyászati Klinika	3 585	488
II. sz. Belgyógyászati Klinika	31 284	32 643
III. sz. Belgyógyászati Klinika	5 908	3 314
III. sz. Belgyógyászati Klinika (kutató labor)	39 686	54 415
I. sz. Gyermekgyógyászati Klinika	4 974	4 384
II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika	8 415	7 343
I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	19 636	16 678
II. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika	9 058	13 948
I. sz. Sebészeti Klinika	5 065	3 745
II. sz. Sebészeti Klinika	74	914
Transzplantációs és Sebészeti Klinika	8 976	7 045
Szemészeti Klinika	94	0
Szemészeti Klinika	11 198	11 614
Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika	13 422	9 873
Fül- Orr- Gégészeti és Fej-Nyaksebészeti Klinika	4 814	5 112
Ortopédiai Klinika	34 156	34 165
Radiológiai És Onkoterápiás Klinika	14 476	9 792
Pulmonológiai Klinika	984	1 396
Urológiai Klinika	10 467	6 089
Neurológiai Klinika	9 764	8 136
KÚT Neurológiai Klinikai Csoport	15	0
Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinika	1 972	1 556
KÚT Klinikai és Kutatási Mentálhigiéniai Osztály	19 374	5 329
Városmajori Szív- és Érssebészeti Klinika	109 147	69 984
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika	4 271	50
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika	0	4
KÚT Járóbeteg szakrendelés	101 064	93 003

Megnevezés	Összes bruttó bevétel (e Ft)	
	2014	2015
KÚT Járóbeteg szakrendelés	3 508	2 798
Labor Medicina Intézet	83 599	82 920
Klinikai Pszichológiai Tanszék	3	0
MR Kutató Intézet	32 799	30 983
KÚT Laboratórium	9 125	11 111
I. sz. Pathológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet	132 971	114 786
I. sz. Pathológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet	0	648
II. sz. Pathológiai Intézet	30 252	33 414
Igazságügyi és Biztosítás-orvostani Intézet	21 773	18 356
Nukleáris Medicina Tanszék	1 361	715
Nukleáris Medicina Tanszék	1 254	299
Genomikai Medicina és Ritka Betegségek Intézete	154	40
Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Klinika	4 243	2 796
Összesen	794 935	699 886



2) A HR helyzet az Egyetemen

A. Visszatekintés az 1990. előtti időszakra

A 80-as évek első harmadáig az Egyetemnek nem voltak humánerőforrás gondjai. Az általánosan alacsony bérezés és a mainál is kisebb mobilitás mellett, a szociológiai és gazdasági értelemben is statikus társadalmi viszonyok között bőven elégséges hívó és megtartó erő volt az Egyetem, mint presztízs-munkahely. Jellemző volt az élethossziglani vagy több évtizedes hűség a szakdolgozók és az orvosok részéről.

Az államilag felügyelt és finanszírozott egészségügyi ellátásnak érdemi magánellátási alternatívája, párhuzamos ellátási-munkáltatói felülete nem volt jelen.

A rendszerváltást megelőző évektől kezdődően azonban elindultak azok az egymástól független, de közel párhuzamos politikai, gazdasági, és társadalmi folyamatok, melyek eredményeként az egészségügyi szolgáltatás elkezdett kereskedelmi terméké válni, különösen azután, hogy az egészségügyi vállalkozási formák főállású magánorvoslást is engedélyeztek, valamint a magánszolgáltatások a szektorsemleges finanszírozás keretében társadalombiztosítás által is befogadottá váltak.

B. A mai HR helyzet

Az állami egészségügy dolgozói felé, több irányból keletkezett/keletkezik elszívó hatás.

i. A külföldi munkavállalás elszívó ereje

A 2004-es unióhoz csatlakozás teljesen felülírta az addigi csendes elszivárgási trendeket. Felerősödött – első körben különösen – az orvosi munkakörökben az elvándorlási hajlam, a többszörös fizetési ajánlatok valamint a kevesebb munkaterhelés megtették a maguk hatását, elképesztő áramlások indultak el Nyugat felé, nem csak Magyarországról, de a többi kelet-európai országból is.

ii. A párhuzamos egészségügy elszívó ereje

A piaci alapú, terméként kínált és a másik oldalon vásárlóként igényelt, folyamatosan bővülő magánegészségügyi szolgáltatás megtöbbszörözte az egészségügyi személyzet iránti igényt. A saját paradigmáival kormányzati ciklustól kormányzati ciklusig küzdő, a valódi problémát kimondani sem merő, helyette pseudo-gondokkal (bezárjuk/fejlesztjük; alapellátás/csúcskórház; sürgősségi/ügyelet; várólista, gyógyszerkassza stb.) „szomatizáló” állami ellátási rendszerre jelenleg a legnagyobb és legveszélyesebb elszívó erőt a magánellátás jelenti. (A járóbeteg-ellátásban és a szállításban a magánforgalom már

meghaladja az államit és az orvosi képzésben is a radiológusok több mint 50% át magánellátók alkalmazzák.)

A magánellátás HR-elszívó képessége az Egyetemet kiemelkedően terheli és veszélyezteti. Egyrészt azért, mert a budapesti lakosság több mint 60%-a (részletek a III/3. fejezetben) igényli a magánellátási szolgáltatásokat, másrészt azért, mert a nagy magánellátók mindinkább Budapestre koncentrálnak a szolgáltatásukat (<http://www.nlcafe.hu/egeszseg/20170623/vaci-greens-maganklinika>), végül pedig azért is, mert a magánellátóknak fontos az egyetemi dolgozók „mutató pedigré-je” (részletek a II/2/D. fejezetben olvashatók a munkacsoport kutatásáról).

iii. A tanulási szabadság elszívó-mobilizáló ereje

A medikus oktatásban megnyíló cseregyakorlatok tömeges lehetőséget kínálnak már egyetemi hallgató körben a nyugati egészségügyi rendszerekbe való betekintésbe, a „kimegyek” álmok későbbi realizálására (orvos-mobilitás).

iv. Az egészségügyön kívüli szolgáltatói rendszerek elszívó ereje

A hazai, fogyasztás és szolgáltatás alapúvá vált gazdasági környezet, pl. a tömegesen megjelenő áruházcsoportok és vendéglátás szintén erőteljes hatást váltott ki, elsősorban alacsony képzettségű szakdolgozók körében.

C. A HR krízis következményei – klinikavezetői gondok

Az elmúlt 30 év töredékes folyamatleírással bemutatott, a dinamikus bővülő magán-, és a lassan leszakadva hátráló állami egészségügy „békés” egymás mellett élését a társadalom és az intézményrendszer minden szereplője – mint a városi rossz levegőt – megszokta.

Mind az Egyetemen, mind pedig a közellátás különböző pontjain a vezetők megszokták és elfogadták, hogy a béke feltétele az, ha a dolgozót elengedjük; ha „lecsúsztatja”; ha ma hosszúzik azért, hogy holnap a „magánban” dolgozzon, stb. A vezetők megszokták és beletörődtek, hogy az ügyeleti beosztást, műtői kiírást, oktatói értekezletet ahhoz kell igazítani, amit a dolgozók magánellátói elfoglaltsága megenged.

A párhuzamos egészségügyi szolgáltatások együttélése stabilnak, kiegyensúlyozottnak és elfogadhatónak tűnt, mert:

- a folyamat lassú volt – egészen a közelmúltig
- kölcsönösen előnyösnek látszott – az Egyetem felől a „legalább nem külföldre megy...” megközelítés érvényesült
- nyíltan sosem beszéltünk róla – sem a klinikákon, sem az Egyetemen, de országos szinten sem.

A közelmúltig az intézményvezetők szerencséje és finom egyensúlyérzéke teremthette meg kifelé azt a látszatot, hogy a munkafolyamatokat, a munkarendet, a beosztást és általában a humán erőforrást ők irányítják és birtokolják.

A beosztottak is érdekeltek voltak a látszat és a status-quo formális fenntartásában, mert így biztosíthatták önmaguknak az Egyetem, mint presztízs, és a magánellátás, mint megélhetés kettős egzisztenciájának fenntartását.

Budapesten azonban mennyiségben és mostanra szakmai minőségben is markánsan megváltozott a magánellátási piac; anyagilag és szakmailag új alternatívát kínál, ami egyfelől sok egyetemi dolgozó számára szükségtelemmé teszi a két rendszer közti egyensúlyozás eddigi gyakorlatát, másfelől a magánszolgáltatási paletta komplex és szakmailag igényes irányba történő elmozdulása olyan szakembereket is kimozdíthat az egyetem kötelékéből, akik eddig a számukra fontos, „csak az egyetemen meglévő” gyógyítási eszközpark miatt ilyen irányú mobilitással nem rendelkeztek.

Amennyiben az Egyetem vezetése nem avatkozik be a láthatóan rossz irányú folyamatokba, úgy az intézményvezetők két lehetséges dramaturgiával, vagy ezek kombinációjával próbálkozhatnak:

- a megmaradt, szakmailag másodrendű munkatársakkal **másodrendű klinikát igazgathatnak,**
- a szakmailag egyenértékű magánellátókhoz bármikor elcsábítható kollégák adta helyzet „zsarolásában”, a működés alapvető kérdéseiben is elveszítik klinikájuk irányításának lehetőségét.

D. A HR probléma mélységének azonosítása – a munkacsoport kutatása alapján

A HR krízis valódi nagyságának azonosítására saját felmérésbe fogott a munkacsoport, az Egyetem vezető szakorvosainak magánellátó tevékenységéről. A vizsgálat célja az volt, hogy felmérjük az Egyetem tapasztaltabb szakorvosainak azon magánellátó tevékenységét (járóbeteg-ellátásban, egynapos sebészeti-, illetve fekvőbeteg-ellátásban), amit az Egyetemtől függetlenül fejtenek ki.

i. Vizsgálati módszertan

A vizsgálatba egyetemi tanárokat, egyetemi docenseket, egyetemi adjunktusokat, klinikai főorvosokat vontunk be, tekintettel arra, hogy jelentős magánpraxisuk van, illetve az ehhez szükséges szakmai tapasztalat ebben az orvoscsoportban jelenik meg. Az orvoslistát a legfrissebb egyetemi évkönyv, illetve az Egyetem saját honlapján fellelhető információk alapján állítottuk össze. Mivel érzékeny adatokról van szó, nem vizsgáltuk, hogy teljes-,

vagy részállású dolgozó került-e a kimutatásunkba. A felmérésre 2017 májusában került sor.

Módszerünk a következő eljáráson alapult: a Google keresőbe beírtuk az orvos nevét, elhagyva a titulusokat, pusztán a “dr.” előtagot használva. A kereső első két oldalán megjelenő találatokat vettük figyelembe, beleértve a fizetett hirdetéseket is.

Ezek alapján 415 személy interneten fellelhető magánpraxisait térképeztük fel.

ii. Eredményeink

A vizsgálatot követően, az adattisztítások után, a következő eredményeket kaptuk felmérésünkben:

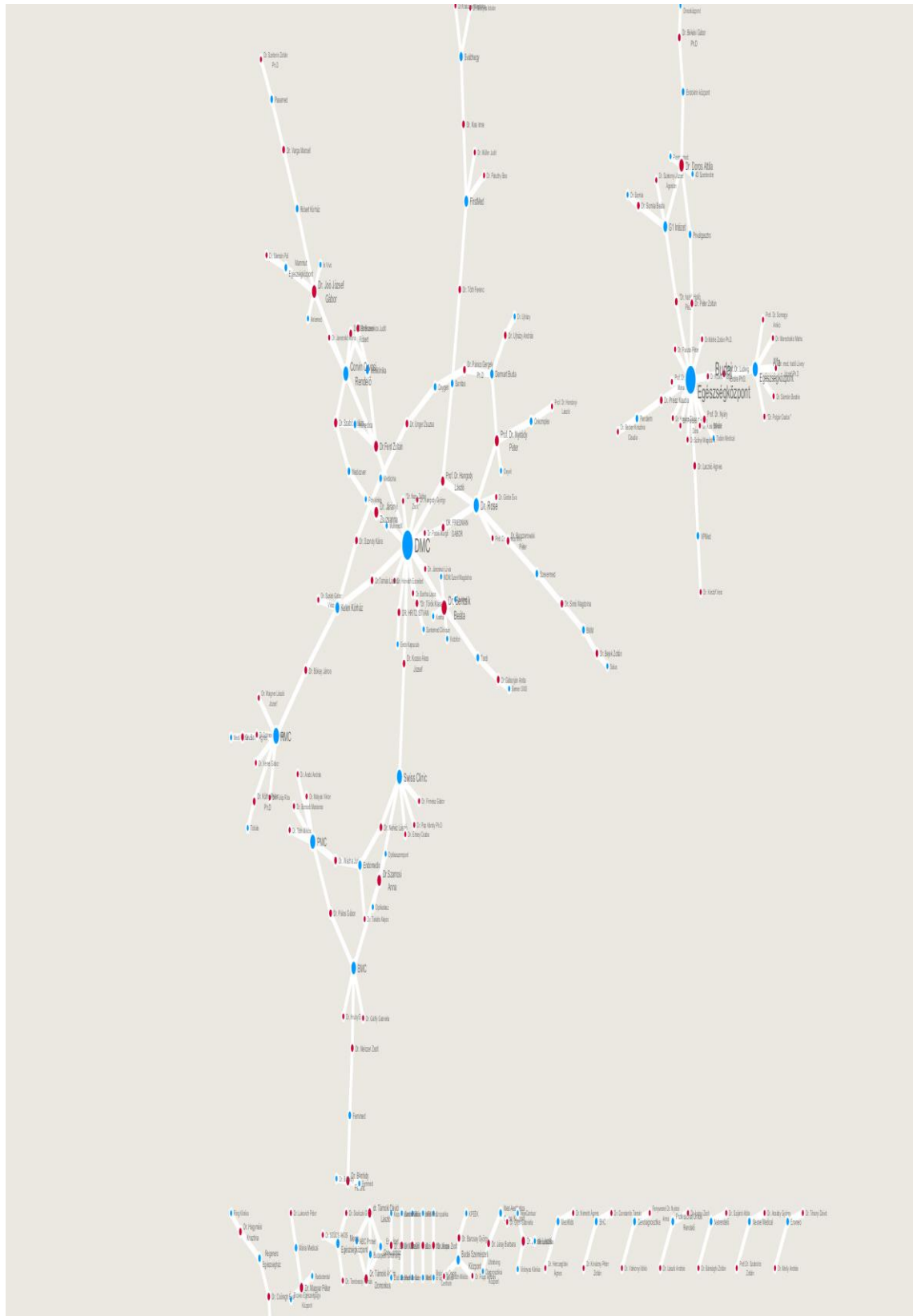
- **az azonosított orvosok 55%-a rendelkezett általunk detektálható magánpraxissal,**
- ezek döntően a 3-4 legnagyobb budapesti magánkórházhoz köthetők: Budai Egészségközpont, Dr. Rose, Medcover, Duna Medical Center (lásd az 3. sz. ábrát),
- a manuális szakmákban dolgozóknál a járóbeteg-ellátás mellett igen nagy arányú volt a műtéti tevékenység is,
- **a vizsgálat időpontjában az orvosok 36%-a kettő-, vagy több magánintézményben is dolgozott egyetemi munkaidején túl.**

A fenti adatokból világosan látszik, hogy a főállású, közfinanszírozott ellátásban való részvétel mellett a vizsgált csoportban kifejezett igény mutatkozik a magánellátásban történő minél nagyobb szerepvállalásra. Amennyiben az orvosok bevételeinek jelentős része köthető a magánszférához, az intézetvezetők egyre inkább kiszolgáltatottak lesznek a beosztottjaiknak; csökken a munkaerő-megtartó képesség, fokozódik az elvándorlás. Manuális szakmákban az igazi vonzerőt a fekvőbeteg-ellátást is biztosító magánintézmények jelentik; az orvosok jellemzően először félállással, esetleg fizetés nélküli szabadsággal oldják meg a jelenlétet, majd az átmeneti időszak után az Egyetem elveszíti a pályája csúcsán lévő szakemberét.

Véleményünk szerint a vizsgált csoport magánellátó tevékenysége a közölt számadatoknál jóval nagyobb. Ennek oka, hogy nem feltétlenül van internetes megjelenése az olyan magánpraxisoknak, amelyek az adott orvos mobiltelefonszámán alapulnak. Ezen kívül jelen van az Egyetem infrastruktúráját magánbetegek ellátására használó „szürke ellátás” is.

Meggyőződésünk, hogy az Egyetemen megfelelően kialakított magánklinika konkurenciája tud(na) lenni a felmérésben szereplő legnagyobb magánintézményeknek is, utat nyitva ezáltal a „szürke zóna”, vele együtt a hálapénz felszámolásának.

3.sz.ábra: Az egyes egyetemi klinikusok kötődése a magánszolgáltatókhoz



E. A HR helyzetelemzés összegzése

Ma a Semmelweis Egyetem folyamatos, minden szinten fojtogató, a stratégiai és a mindennapi vezetői döntéseket is évek óta, súlyosan behatároló HR-hypoxiában él.

Az állami ellátási rendszer stagnáló lecsúszása mellett a piaci termékké vált egészség-ügyi szolgáltatással szemben támasztott igényeket mind nagyobb hányadban kiszolgáló magánegészségügyi ellátórendszer eddigi dinamikus, mennyiségi fejlődése minőségi ugrásba kezdett.

A többszakmás és komplex ellátásra is képessé váló magánellátók, a két ellátórendszer eddig megszokott és elfogadott együttélési modelljének egyensúlyát felborítják.

Ez a folyamat a Semmelweis Egyetemet két külön síkon, de mindkét területen „övn alul” fogja érni:

- kiszorul az eddig egyetemi monopóliumként végzett komplex, többszakmás ellátási folyamatok egy részéből,
- olyan egyetemi munkaerőt is elveszít, akit eddig az egyetemi ellátási komplexitás monopóliuma megtartott,
- a klinikák vezetésének eszköztelensége fokozódik, humánerőforrásaik minősége romlik.

Meglátásunk szerint a helyzet beavatkozásra érett. Jelen egészségügyi folyamatok magánellátási vetületének áttekintése alapján az a következtetésünk, hogy az egyetemi HR helyzet – beavatkozás hiányában - a közeli jövőben minőségi és mennyiségi szempontból, a jelenleginél is sokkal rosszabbá fog válni.

III. A környezeti tényezők: a nemzetközi egészségturizmus és a hazai magánellátás helyzetének bemutatása

1) Nemzetközi trendek

Ma már a betegek (kivált a tehetősebbek) inkább átutazzák a világot, csak hogy az általuk megfelelőnek vélt ellátásokat (pl. szívműtét, csípő- vagy térdprotézis műtét, esztétikai beavatkozások, stb.) igénybe vehessék. Különösen igaz ez az életmentő, vagy hiánypótló beavatkozásra. Egy korábbi OECD tanulmány szerint „orvosi turizmus akkor történik, amikor a páciensek önszántukból utaznak át országhatárokon azzal a céllal, hogy valamilyen formában orvosi ellátáshoz jussanak.” (Forrás: Lunt et al, 2011, 2. oldal)

A. Az egészségturizmus trendjei

Az OECD 2011-es tanulmánya (Forrás: Lunt et al., 2011) szerint a páciensek rendszerint a magasabb jövedelmű országokból származnak és az alacsonyabb jövedelmű országok egészségügyi szolgáltatásait keresik fel, ugyanígy pedig a fejlettebb országokból a fejletlenebbek felé mutat a kereslet iránya.

Ezt a jelenséget támogatják az alacsonyabb jövedelmű országok által kínált kedvezőbb árú szolgáltatások, a viszonylag olcsó repülőutak nyújtotta közlekedési lehetőségek és az internet által teremtett szabad információközlés. Viszont érdekes az a megfigyelés is, hogy nagyobb arányban kelnek útra a páciensek a legmodernebb technológiák elérése, a jobb minőség vagy a gyorsabb hozzáférés miatt, mint az alacsonyabb költségek miatt.

Az átfogó és hitelesnek tartott **Patients Without Borders** nevű honlap legfrissebb, 2016-os statisztikái szerint (Patients Without Borders 2017.) a legkeresettebb orvosi turizmus célországok Costa Rica, India, Izrael, Malajzia, Mexikó, Szingapúr, Dél-Korea, Tajvan, Thaiföld, Törökország és az Egyesült Államok. A top országokat a következő kitételeknek való magas fokú megfelelés alapján választották ki:

- az állami és a privát szektor egészségügyi befektetései;
- demonstrálható elköteleződés a nemzetközi akkreditáció, minőségbiztosítás irányába és (az orvosi szolgáltatások) eredményeinek átláthatósága;
- nemzetközi páciensek beáramlása;
- potenciális költségmegtakarítási lehetőség orvosi ellátásokon;
- politikai átláthatóság és társadalmi stabilitás;
- kitűnő turisztikai infrastruktúra;
- magas szinten tartott szakértői (klinikai) kiválóság, reputáció;
- egészségügyi innovációk és eredmények;
- a legjobb gyakorlatok és kiváló orvosi technológiák sikeres adaptációja;

- nemzetközileg képzett, és tapasztalt orvosi szakemberek rendelkezésre állása.

A **Medical Tourism Association**, egy független amerikai szervezet elkészíti minden évben a Medical Tourism Index nevű rangsoroló információs adatbázisát. A 2016-os, legfrissebb MIT összesített index szerint Kanada, Nagy-Britannia, Izrael, Szingapúr és Costa Rica a TOP 5 orvosi turisztikai célország jelenleg a világon. Ez az index a világ 41 országát veszi számításba, nincs köztük Magyarország.

Az **Accuray Research LLP** nevű nemzetközi piackutató cég által készített tanulmány szerint az orvosi turizmus globális piaca 2025-re nagyságrendileg 993 ezer milliárd dollárra fog nőni, ami egy 18.4%-os átlagos éves növekedési ütemet jelent a következő egy évtizedben a 2015-ös állapothoz képest.

A Patients Without Borders szerint a piac mérete globálisan 45.5-72 ezer milliárd dollár volt 2016-ban.

A **Future Market Insights (FMI)** piackutató 2017-es megállapításai szerint is növekvő trend lesz megfigyelhető az orvosi turizmus piacán. Azt várják, hogy leginkább az ázsiai piacok fogják ezt az elsősorban a fejlődő országok által generált növekvő keresletet kielégíteni. A leginkább keresett műtétek közé az onkológiai kezelés, szívműtétek, ortopédiai műtétek, fogászat, kozmetikai kezelések, reprodukciós kezelések, súlycsökkentő terápiák, általános egészségügyi felmérések sorolhatók. Súlyosabb esetekben a páciensek egy jelentősebb csoportja a saját hazájában kapott orvosi szakvélemény mellé keres majd egy második véleményt.

AZ **FMI** piackutatása szerint a piaci értéket mozgó faktorok között az orvosi turizmusra pozitív hatással lesznek a magas ellátási árak és a hosszú várakozási idők, amiket megsegítik az olcsó és relatíve rövid idejű globális utazási lehetőségek. Az FMI kutatása azt a megállapítást teszi, hogy a brit páciensek elsősorban a hosszú várakozási idők kikerülése miatt vágnak bele az orvosi turizmusba, míg az amerikai páciensek az otthoninál kedvezőbb árú ellátás miatt. A tanulmány szerint az orvosi szolgáltatásokat kínálóknak szempontjából a szaktudás kiválósága és a nemzetközi minőségellenőrző intézményekhez való becsatlakozás segíthetik a piac növekedését.

A piacra ható legjelentősebb korlátozást az jelenti, hogy műtét után milyen állapotba kerül a páciens, ill. biztosított-e a saját egészségügyi rendszerében az utókezelés.

B. Az egyes célországok legjobb orvosi szolgáltatásainak azonosítása

Egy száz, az orvosi turizmusról szóló tanulmányt összegző munka alapján az egyes kiszolgáló országokhoz hozzá lehet kapcsolni azt az orvosi ellátást, amiről az adott ország a leghíresebb (Hanefeld et al., 2014). Ezek alapján Szingapúr a csúcsmínőségű eljárásokról; Thaiföld a szívműtétekről, az ortopédiai műtétekről és a nemi átalakító

műtétekről; Kelet-Európa a fogászati eljárásokról; és Spanyolország a fertilizációs kezelésekről ismert. Ez az összefoglaló tanulmány azt sugallja, hogy a földrajzi távolság önmagában megmagyarázza azt, hogy a páciensek miért az egyik országot preferálják a másik helyett, bár léteznek kedvelt úti célok az eljárások szerint is (pl. a brit páciensek által legkedveltebb fogászati kezelési célállomásként Budapestet nevezik meg a kutatásban). A fogászati kezelések a legjelentősebbek a külföldiek által igénybevett magyar magánegészségügyi-ellátások közül. A medical-tourism.com hivatkozik egy felmérésre (Landry, 2013), mely szerint az EU-s fogászati ellátás 42%-át Magyarországon végzik, a globális fogászati ellátásoknak pedig 21%-át.

Közép-, és kelet-európai régió országaiban (pl. Magyarország, Lengyelország) a gyógyfürdők, a fogászati kezelések, szemészeti ellátások, plasztikai sebészeti eljárások jelentik a vonzó tényezőt (főként osztrák és német, angol, ír, orosz, ukrán, svéd, dán területekről érkező betegek).

C. Az egészségturizmusban résztvevő turisták/páciensek motivációi

A **McKinsey-tanulmány** (Ehrbeck T., Guevara C., Mango P.D., 2008) ¹ szerint az egészségturizmust igénybe vevők motivációi között öt kategóriát lehet megkülönböztetni.

- 1) Legnagyobb részben (40%) az egészségturizmus indoka a legmagasabb színvonalú technológia elérése. Legtöbben az Egyesült Államokban találják meg a nekik megfelelő ellátást, és eredetük összetételét tekintve 38%-ban Latin-Amerikából, 35%-ban a Közel-Keletről, 16%-ban Európából, és 7%-ban Kanadából származnak.
- 2) Az egészségturisták 32%-a alkotja a második legnagyobb csoportot, akik azért utaznak, hogy a saját országukénál jobb minőségű orvosi ellátáshoz jussanak. Ennek a csoportnak a legnagyobb része a fejlődő országokból származik. A jó minőségűnek érzékelt orvosi ellátásért ezek a betegek hajlandóak magasabb költséget, a távolságot és a kulturális eltéréseket is vállalni. Csak egy részüknél nem tényező az ár, nagyobb részben a legjobb ár-érték arányt keresik. Ennek a csoportnak a tagjai sok különböző szakterület, de leginkább a kardiológia iránt érdeklődnek. Ennek a dimenzióknak a tekintetében, elsősorban a keleti (orosz, ukrán, román) és a baltikum (bolgár, horvát, szerb) tehetősebb potenciális páciensei felé jó eséllyel építhetők a magyar térítéses egészségügyi szolgáltatások pozíciói.

¹ Mapping the Market for Medical Travel [tanulmány]. *The McKinsey Quarterly*. 2008. május.

Letöltés helye: http://www.lindsayresnick.com/Resource_Links/MedicalTravel.pdf
 Letöltés ideje: 2017-02-03 17:42)

- 3) A harmadik legnagyobb csoportba tartozók (15%) azért utaznak, hogy a saját hazájukban meglévő lehetőségeknél gyorsabban jussanak hozzá a szükséges orvosi ellátáshoz. Ez a csoport az ortopédiai műtéteket, az általános műtéteket vagy kardiológiai beavatkozásokat igényli külföldön. Amint az otthoni egészségügyi ellátás javul – például a várólisták csökkentésével –, ez a kategória szűkülni fog. Az Egyesült Királyságban például a tradicionálisan hosszú várakozási listákkal rendelkező térd- és csípőműtétek tekintetében 2002-ről 2008-ra 40%-kal csökkentették a várakozási időt, ami hatással volt a brit orvosi turisták számára ezeken a területeken. A várólista-elemzések tapasztalatai alapján ennek a dimenzióknak a tekintetében Magyarország elsősorban az észak-európai országok lakosai számára lehet vonzó célpont, miközben a térítéses ellátás során biztosított gyorsabb sorra kerülés a magyar páciensek egy részének is vonzó alternatívát kínál.
- 4) Az egészségturisták negyedik csoportja (9%) azért utazik, hogy olcsóbban vehesse igénybe a szolgáltatásokat. A McKinsey elemzés szerint ebben a szegmensben van a legnagyobb növekedési potenciál. Ennek a kategóriának 99%-ban amerikai orvosi turisták a képviselői. (2008-ban egy aorta műbillentyű kicserélése az USA-ban több, mint 100,000 USD-be került, míg Latin-Amerikában kb. 38,000 USD, és Ázsiában kb. 12,000 USD volt ennek a műtétnek az ára.) Az esetek 30%-ában a betegek ortopédiai ellátás igénybevétele céljából utaznak, 16%-ában pedig általános műtétek miatt.
- 5) Az ötödik csoportot alkotják azok a betegek (4%), akik azért indulnak útra, hogy olcsóbban vehessék igénybe az orvosilag nem indokolt, szabadon választható szolgáltatásokat. Ez a csoport a mell-, has-, száj- és orrplasztikai szolgáltatások iránt érdeklődik, nagyrészt a fejlett országokból származik, azon belül is az Egyesült Államokból. Ez a csoport kisebb klinikákat keres fel, nem pedig nagy, több területre specializálódott intézményeket.

2) Magyarország és az egészségturizmus

A. A nemzetközi egészségturizmus oldalak ajánlása Magyarországgal kapcsolatban

A medical-tourism.com oldal szerint (Medical-tourism, 2017) Magyarországra elsősorban a fogászati és kozmetikai kezelések miatt érkeznek egészségturisták, a nyugat-európainál jóval olcsóbb szolgáltatások miatt. A küldő országok között Nagy-Britannia, Ausztria, Olaszország, a Skandináv országok vannak kiemelve medical-tourism.com oldalon.

Az oldalon közzétett, **magyarországi egészségturizmus mellett szóló érvek a következők:**

- kitűnő ár-érték arányú, prémium minőségű fogászati és kozmetikai szolgáltatások;
- a legjobb nemzetközi minőséggel vetekedő orvosi, egészségügyi és diagnosztikai intézmények;
- angolul és németül jól beszélő orvosi és kiszolgáló személyzet;
- kedvező árú szállások és turisztikai látványosságok, megfelelő környezet a műtét utáni felépüléshez;
- az ország elhelyezkedése egyszerre teszi jó orvosi úticéllá az európai és közeli régiók országai számára.

A magyar egészségturizmus ellen szóló érvek pedig:

- a legtöbb kórház és klinika nem rendelkezik nemzetközi, Joint Commission International akkreditációval;
- a nemzetközi pácienseket több kis méretű klinika tudja csak kiszolgálni, a kórházak között nem találni erre szakosodottat;
- az orvosi műhibák kompenzációja a nyugat-európaihoz képest jóval alacsonyabb.

B. Fő irányok a Magyarországra irányuló egészségturizmus vonatkozásában

A jelenlegi trend alapján azokat a betegeket lehet Magyarországra csábítani, akik a következő beavatkozásokat kívánják elvégeztetni:

- csípő-, és térdprotézis műtét
- mesterséges megtermékenyítés
- esztétikai fogászat
- gyomor bypass.

Fontos tudni, hogy a külföldi betegek meglehetősen igényesek abból a szempontból, hogy a pénzükért milyen ellátást, illetve milyen környezetet kapnak. Számukra nagy jelentősége van annak, hogy az adott ellátó rendelkezzen a megfelelő tanúsításokkal, illetve a minőségbiztosítási folyamatokkal, dokumentumokkal. A nemzetközi folyamatokat látva – megfelelő színvonalú szolgáltatás esetén – van remény a külföldi betegek és gyógyturisták Magyarországon történő kezelésére. Kiemelt célcsoport lehet az idősebb magyarok populációja, akik a hazautazást, családlátogatást adott esetben szívesen összekötnék pl. az amerikaiaktól lényegesen olcsóbb, mégis jó hírnévnek örvendő, minőségi magyar egészségügyi szolgáltatásokkal.

A nyugat-európai országok közül az alábbiak szerint remélhet Magyarország betegeket:

Angol betegek:

- ortopédiai (csípő-, és térdprotézis műtét),
- kardiológiai,
- szemészeti,
- fogászati (implantatio, korona és hídkészítés, ill. a kozmetikai fogászati beavatkozás),
- esztétikai sebészeti (mellplasztika, szemhéjplasztika, arcfelvarrás) beavatkozások,
- néhány elektív sebészeti és szemészeti beavatkozás.

Ír betegek:

- ortopédiai,
- idegsebészeti,
- plasztikai sebészeti,
- gyermekgyógyászati,
- fogászati ellátás.

Német betegek:

- fogászati ellátás,
- szemészeti kezelések,
- többhetes balneoterápia.

Francia betegek:

- mesterséges megtermékenyítés, terhességmegszakítás,
- fogászati kezelés,
- esztétikai sebészeti beavatkozások.

Olasz betegek:

- mesterséges megtermékenyítés, ill. a beavatkozás előtti kivizsgálás,
- fogászati ellátás,
- onkológiai kezelés.

Ezekén kívül még olyan területekhez kapcsolódóan is várhatna a magyar magánegészségügy pácienseket, amely területek más országokban esetlegesen szigorúbb törvényi rendelkezések alatt állnak. (Ilyen pl. az abortusz és a reprodukciós eljárás.)

3) A hazai magánegészségügyi ellátás helyzete – a versenytársak

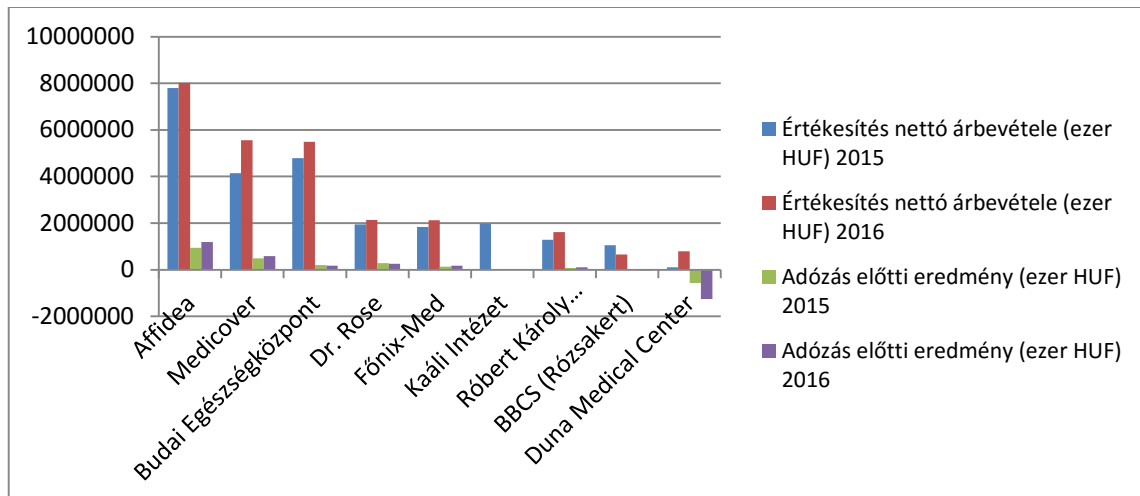
Teljesítményük szerinti összehasonlítást legkönnyebben a pénzügyi mutatóik alapján lehet végezni. Ennek vannak korlátjai, de az értékesítés nettó árbevétele, az adózás előtti eredmény, az EBIT, a végső eredmény tudnak egyfajta sikerességi képet adni, és összehasonlíthatóságot teremtetni a magánszolgáltatók között.

A legnagyobb árbevétellel rendelkező magánegészségügyi intézmények pénzügyi teljesítmény szerinti sorrendjét mutatja be az 2. sz. táblázat, a 2015-2016-os pénzügyi évekre vonatkozóan. (Forrás: a munkacsoport gyűjtése a nyilvánosan elérhető pénzügyi kimutatások alapján, Elektronikus Beszámolók).

2.sz táblázat: A legnagyobb árbevétellel rendelkező magánegészségügyi intézmények pénzügyi eredményei

Magánegészségügyi intézmény neve	Értékesítés nettó árbevétele (ezer HUF)		Adózás előtti eredmény (ezer HUF)	
	2015	2016	2015	2016
Affidea	7 789 506	8 020 263	947 164	1 186 315
Medicover	4 135 475	5 551 882	487 491	581 188
Budai Egészségközpont	4 792 934	5 482 329	193 612	178 625
Dr. Rose	1 945 408	2 142 258	280 257	255 447
Főnix-Med	1 834 157	2 126 325	137 868	166 214
Kaáli Intézet	1 966 370	n.a.	n.a.	n.a.
Róbert Károly Magánklinika	1 283 098	1 610 146	71 047	100 778
BBCS (Rózsakert)	1 046 753	652 568	4 596	-35 234
Duna Medical Center	105 531	789 414	-568 065	-1 261 320

A táblázat alapján azt látjuk, hogy a legnagyobb forgalma a diagnosztikával foglalkozó Affideának (volt Diagnoscan) volt 2016-ban, 8 milliárd fölött zárt, csaknem 1,2 milliárdos adózás előtti nyereséggel. A Medicover tavaly 5,55 milliárd forint nettó árbevétel mellett 581 milliós adózás előtti profitot könyvelhetett el. Az Országos Gerincgyógyászati Központot is magába foglaló Budai Egészségközpont Kft. 5,48 milliárdos árbevétellel és 341 milliós adózás előtti eredménnyel, a Dr. Rose pedig 2,14 milliárdos forgalommal és 255 milliós eredménnyel büszkélkedhet. A top ötbe még a Főnix-Med került be, 2,13 milliárd forintos forgalommal és 166 milliós adózás előtti eredménnyel.



A. Duna Medical Center – A Szakrendelő és az Egynapos Sebészeti Központ esete

Ez a magánegészségügyi-szolgáltató központ kapta a legnagyobb médiavisszhangot az elmúlt időszakban, ezért is érdemes az elemzésre. Kapunyitása 2015 nyarán történt. A teljes befektetésre 18 milliárd forinttal számoltak a kivitelezői, profitra belátható időn belül nem számítanak, nullszaldóra is csak 6-8 éven belül. A teljes kapacitás kihasználása mellett óránként 50 beteget tudnak ellátni és 15 műtétet elvégezni.

Az üzleti modelljüket tekintve egyáltalán nem építenek arra, hogy állami finanszírozást kapnak a szolgáltatásaik egy részére, reálisnak tartják, hogy képesek eltartani a betegek egy ekkora intézményt úgy, hogy a magyar kereslet mellett számítanak a külföldi, főleg Ukrajnából és Oroszországból érkező gyógyulni vágyókra is.

B. Dr. Rose

Több, mint 40.000 szerződött beteg, egyre növekvő beteganyag, szélesedő szolgáltatás portfólió, folyamatos beruházás és bővülés. Az akut és elektív ellátás mellette egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a szűrések és a vállalati ellátások. Komoly konkurencia, de az egyetem szakmaisága nem lenne kérdés, így – megfelelő infrastruktúra és szervezethez – hosszú távon a betegek egy része átpártolna az Egyetem magánszolgáltatójához.

4) A hazai lakossági igények megjelenítése közvélemény kutatások alapján

A magyar magánegészségügyi piac mind keresleti, mind kínálati oldalról robbanás előtt/alatt áll. A magánegészségügyi piac mesterséges lefojtása, működésének minden téren tetten érhető nehezítése hosszú ideje fennáll, egyedül azonban eddig nem volt képes kitörni ebből az állapotból. Az ehhez szükséges katalizáló szerepet a keresleti igény

drasztikus emelkedése valamint az elégtelenül működő közfinanszírozott egészségügy biztosítja.

A. A felméréseket végző szereplők

A magyar magánegészségügyi piac átfogó elemzéséről kevés objektív adat áll rendelkezésre. A piac szereplőiként viszonylag széleskörű tapasztalattal és átfogó ismeretanyaggal rendelkezünk, azonban ezek objektív tényekkel való alátámasztása kihívásokat támaszt. Az alábbi fejezethez az ismeretanyagot a **Szinapszis Kft.** (A magánegészségügy helyzete Magyarországon 2015 közepén /2015/, Magánegészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos tapasztalatok, attitűdök /2014/, Magán egészségügy-attitűdök és tapasztalatok /2016/), a **GKI Gazdaságkutató Zrt.** (Az oktatás, az egészségügyi, valamint a szociális ellátás, mint versenyképességi tényezők, 2016.04.06.), **Központi Statisztikai Hivatal (KSH)** és az **OTP** (OTP öngondoskodási index /2016/) által készített közvélemény kutatások, felmérések, valamint az **OECD** által végzett makrogazdasági felmérések adják.

B. A magánellátás előretörését segítő tényezők

A hazai magánegészségügyi ellátás előretörését a következő tényezők segítik:

- állami ellátás elégtelensége
- fizetőképes kereslet bővülése
- biztosítási konstrukciók fejlődése.

A magánegészségügyi ellátás térnyerésének az alapvető oka a közfinanszírozott egészségügyi ellátás lakossági elvárásoktól elmaradó színvonala. A nem megfelelő színvonal fő oka az állami egészségügy folytatólagosan elkövetett alulfinanszírozása.

Az OECD statisztikája alapján Magyarország az egészségügyre fordított közfinanszírozás és a kormányzati kiadások egészségügyi szektorra fordított relatív aránya alapján – annak ellenére, hogy az utóbbi időben javult a helyzet – még az utolsók között van Európában (Lásd: OECD Health Statistics 2017, http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT.)

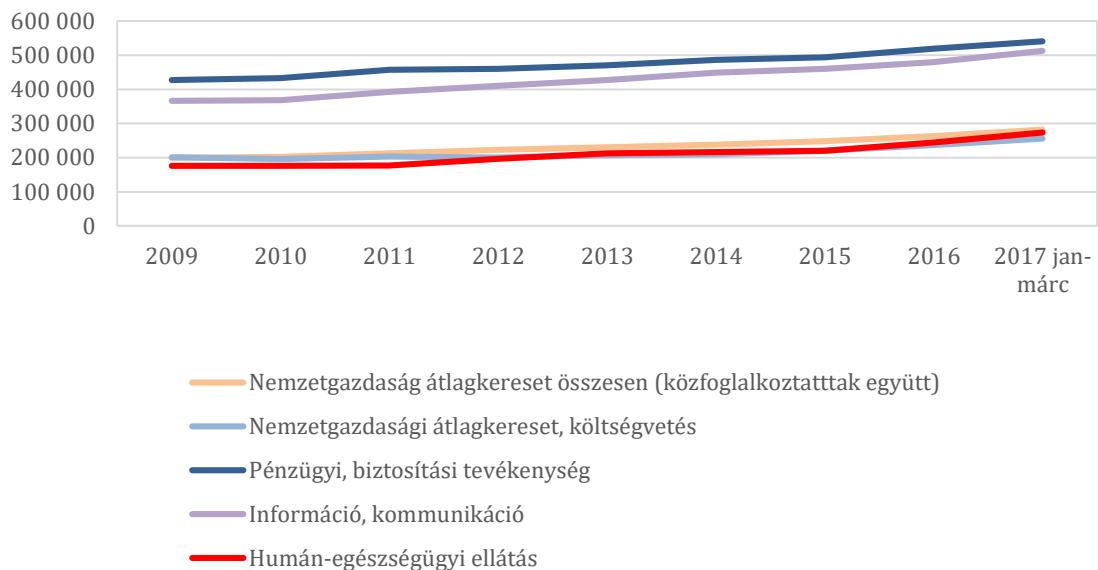
A nemzetgazdasági ágazatok között a **humán-egészségügyi és szociális ágazat az elmúlt évek kormányzati béremeléseinek köszönhetően a középmezőnybe verekedte magát a bruttó keresetek szempontjából.** (Lásd a 3. táblázatot).

3. sz. táblázat: Nemzetgazdasági ágazatok bruttó átlagkeresetei (Forrás: KSH)

Bruttó átlagkereset						
Ágazat	2015. I. név.		2016. I. név.		2017. I. név.	
	Ft/hó	hely	Ft/hó	hely	Ft/hó	hely
Pénzügyi, biztosítási tevékenység	497 807	1.	511 079	1.	540 913	1.
Információ, kommunikáció	471 042	2.	498 630	2.	512 564	2.
Szakmai, tudományos, műszaki tevékenység	362 953	3.	386 632	3.	418 181	3.
Közig., védelem, köt. társadalombiztosítás	253 836	5.	284 550	4.	324 845	4.
Ipar	255 961	4.	269 691	5.	298 536	5.
Oktatás	247 978	6.	262 316	6.	283 822	6.
Humán-egészségügyi ellátás	213 559	9.	228 843	9.	273 707	7.
Művészet, szórakoztatás, szabadidő	205 813	11.	220 966	11.	269 844	8.
Kereskedelem, gépjárműjavítás	229 695	7.	243 231	7.	269 187	9.
Szállítás, raktározás	227 747	8.	236 437	8.	261 614	10.
Ingatlanügyletek	208 934	10.	227 695	10.	254 993	11.
Adminisztratív és szolgáltatás támogató tevékenység	193 397	12.	213 324	12.	240 244	12.
Egyéb szolgáltatás	185 641	14.	199 640	13.	229 052	13.
Építőipar	185 824	13.	187 472	14.	211 132	14.
Mező-, erdőgazdaság, halászat	174 116	15.	184 819	15.	208 451	15.
Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás	155 881	16.	165 055	16.	185 917	16.
Szociális ellátás	108 591	17.	111 924	17.	127 701	17.

Annak ellenére, hogy az ágazat **két év alatt csaknem 30 százalékos bruttó jövedelem-növekedést könyvelhetett el**, a HR krízis nem látszik megoldódni. A korábbi évek krónikus alulfinanszírozásának hatása egyelőre nem múlt el.

Az alkalmazásban állók havi bruttó átlagkeresete a nemzetgazdaságban



Jelentős külföldre áramlás volt megfigyelhető, éveken keresztül 1000 feletti volt a külföldi munkavállaláshoz igazolást kérő orvosok száma, bár kétségtelen, hogy az utóbbi két évben visszaesett az elvándorlási hajlam az orvosok körében. A középkáderi rétegnél is megfigyelhető volt a munkaerő külföldre áramlása, azonban itt jelentős átáramlás volt más, jövedelmi szempontból versenyképesebb nemzetgazdasági ágazatok felé is, ami az egészségügyi pálya elhagyását jelentette. Az ágazatban maradók jelentős része a magánegészségügy felé nyitott, és ma már jelentős hányaduk dolgozik állami főmunkaidős állása mellett részmunkaidőben a magánszektorban, vagy tölti be állását az államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál vállalkozási formában. Az ellátórendszerből kiáramló munkaerő mellett érdemes szót ejteni arról a népegészségügyi komponensről, miszerint a Ratkó korszak gyermekei elérték nyugdíjas éveiket, tehát a kor előrehaladtával az egészségügyi ellátórendszert frekvenciátaliban igénybe vevő, magasabb morbiditási potenciálú idősebb korosztály száma abszolút és relatív viszonylatban is nőtt.

A kiáramló munkaerő és az alulfinanszírozott ellátás nyomán csökkent a lakosság hozzáférése az egészségügyi ellátáshoz (több helyütt nőtt a várakozási idő), ezzel párhuzamosan nőtt az egészségügyben maradó dolgozók terheltsége. **A túlterheltség jelentősen emeli a dolgozók frusztrációját, kiegészít, ami az orvos-beteg kapcsolat szakmai minőségének elengedhetetlen romlásához vezet, megrendíti az egészségügyi ellátórendszerbe vetett bizalmat.** Az egyre nehezebben hozzáférhető, sok esetben

frusztrált, túlterhelt apparátussal, nem teljesen átláthatóan működő, részben egyébként is magánfinanszírozott („hálapénz”) állami egészségügyi ellátás végső soron a magánellátás iránti kereslet élénkítését eredményezi.

C. A lakosság okai a magánellátás igénybevételére

A **Szinapszis Kft.** által készített felmérésből kiderül, hogy mi a leggyakoribb három ok, amiért a megkérdezettek fizetős (magán) egészségügyi ellátást vesznek/vennének igénybe:

- kisebb a várakozási idő (93%),
- jobb minőségű a szolgáltatás (82%),
- „többet foglalkoznak velem” (78%).

Azoknál, akik már ténylegesen igénybe vettek magánellátást, a fenti okok visszaigazolást és megerősítést nyertek, ami arra utal, hogy nem csalódtak a magánellátásban, azt kapták, amit vártak. Az egészségügyi bizalom mértékére kérdezve kiderült, hogy a lakosság legkevésbé az állami kórházi ellátásban, míg leginkább a magánklinikák, magánrendelések ellátásban bízik. Azok, akik nem vennének igénybe magánellátást, legfőbb okként annak drágaságát jelölték meg.

D. A lakosság által igénybe vett magánszolgáltatások típusai

A felmérésből kiderült, hogy:

- legnagyobb arányban szakorvosi ellátást (88%)
- és magáandiagnosztikai ellátást (38%) vettek igénybe.
- Magánklinikai ellátást/egynapos sebészetet 8% vett igénybe.

Az igénybevett ellátással 80-100% között voltak elégedettek, több szakmában is 100%-os értékkel.

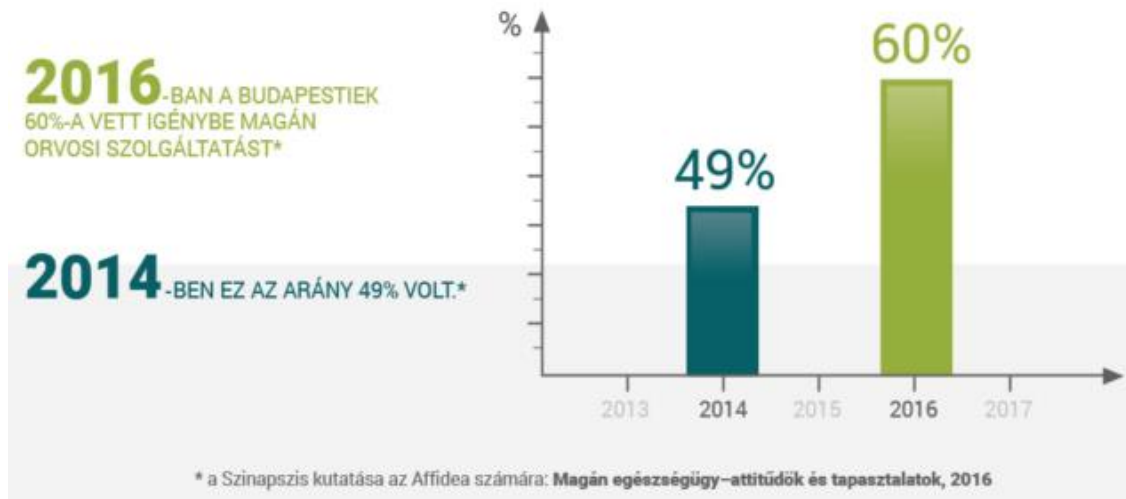
A komoly kihívásokkal küzdő, deficitese állami egészségügyi ellátás mellett a magánellátói szektor megerősödése, minőségi fejlődése nagyban segítette az igények kielégítésének magánszektor felé sőtölését. A kezdeti időszakra jellemző egyszemélyes, egyszakmás lakásrendelőkből korszerű, jól felszerelt többszakmás praxisközösségek, szakrendelők, kórházak nőttek ki a tőkeerősebb vállalkozók megjelenésével. Ezek egyrészt versenyképes jövedelmet tudtak biztosítani az egészségügyi dolgozóknak, másrészt vonzó alternatívát jelentettek a betegeknek hozzáférhetőség, a személyzet hozzáállása, törődése, kulturált környezet, átláthatóság szempontjából. A magánszektorban zömmel - az igényekkel összhangban ugyan - a járóbeteg rendelés, diagnosztikai vizsgálatok és egynapos sebészeti beavatkozások reprezentáltak, míg többszakmás, folyamatos ellátást nyújtó fekvőbeteg intézmény eddig nem tudta megvetni a lábát. Számos tőkeerős, stabilan

működő magánellátó van a piacon, akik dinamikusan bővülő árbevétel mellett folyamatos fejlesztésekkel, beruházásokkal igyekeznek pozíciójukat növelni. Nem egy ezek közül országos lefedettséggel, több telephellyel működik. **A tíz legnagyobb magán-egészségügyi szolgáltató 2016-os nettó árbevétele meghaladhatta a 30 Mrd Ft-ot, eközben a Semmelweis Kft. 2016-os nettó árbevétele két nagyságrenddel kisebb, 381 M Forint volt.** Leitner György a Diagnoscan (azóta Affidea) vezérigazgatója szerint a 250 legnagyobb magánegészségügyi szolgáltató cég mintegy 60 milliárd forint forgalmat ért el 2015-ben. (<http://www.marketinginfo.hu/hirek/article.php?id=40808>)

E. Ritmusváltás a magánszolgáltatói piacon

Az egyes szereplők nem csak vetélytársat látnak egymásban, megjelent és konkrét lépésekben megvalósult az együttműködés igénye és lehetősége. **Az egyes szereplők egymással kooperálva igyekeznek szerepüket és hatékonyságukat növelni**, szélesebb portfóliót kínálni egy helyen, **amit jól példáz a Váci Greens Egészségközpont 2017-es létrehozása és elindítása az Affidea Diagnosztika Kft., a GE és a Főnix-med Zrt. együttműködésével.** Ugyancsak jelentős lépés volt a legnagyobb magyarországi magánegészségügyi szolgáltatók részéről - felismerve, hogy közösek a problémáik, közösek a céljaik - a **Primus Magán Egészségügyi Szolgáltatók Egyesületének 2017-es megalapítása.** Az egyesület, a közös érdekérvényesítésen túl, deklarált céljai között említi a megfelelő minőségbiztosítás alkalmazását és az átlátható, szabályos pénzügyi működést. Az egyesület megrendelésére készült felmérés szerint a panaszukkal magán egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő budapesti lakosság aránya a 2014-es 49%-ról 2016-ra 60%-ra emelkedett (lásd a 4. ábra), ami jól mutatja a piac növekedésének dinamikáját. A piac nagyságát jelzi az is, hogy az egyesületet alapító szolgáltatók 2016-ban félmilliónál több orvos-beteg találkozást és 5 milliónál több diagnosztikus beavatkozást regisztráltak. (<https://www.affidea.hu/2017/04/megalakult-a-primus-magan-egeszsegugyi-szolgaltatok-egyesulete>)

4.sz. ábra: Magánegészségüggyel kapcsolatos attitűdök változása



Az állami szektor elégtelen működése és a magánszektor megerősödése mellett ugyancsak a keresleti oldalt erősítik az utóbbi években tapasztalható jövedelem-növekedés (adócsökkentés, családi adókedvezmény, béremelés /a KSH adatai szerint 2016-ban a bruttó átlagkereset 6,1%-kal, a nettó átlagkereset 7,7%-kal nőtt/), ami a fizetőképes kereslet erősödése révén hat. Az OECD országok között az alacsony közfinanszírozási egészségügyi kiadások mellett – nem meglepő módon - Magyarország élen áll a háztartások egészségügyre fordított relatív kiadásait tekintve, ami 2016-ban átlagban 4,7 %-ot tett ki (Forrás: KSH Statisztikai tükör 2017.05.04.). Ezzel Magyarország az OECD országok között 5. helyen volt, EU tagországok között a 2. helyezett. A közvetlen lakossági kiadások egyre emelkedő aránya tartozik szolgáltatásvásárláshoz, ami pedig az állami rendszerben biztosítottként „ingyen” (térítésmentesen) hozzáférhető lenne.

A KSH adatai szerint 2015-ben a kormányzati alrendszerek (közfinanszírozás) összesen 1642 Mrd Ft-ot költöttek egészségügyre, ami az összes kiadás 66,7%-t fedezte. A fennmaradó részt magánforrásból költötte a lakosság (kisebb részben önkéntes egészségügyi-finanszírozási alrendszeren, nagyjából közvetlen kiadásvállalással). A magánfinanszírozás összege 818 Mrd forint volt 2015-ben (ez a szám *nem* tartalmazza a hálapénzt), amelynek mintegy felét fordították gyógyszer v. gyógyászati segédeszköz vásárlásra. (Forrás: <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/eukiadasok1015.pdf>)

F. Magánbiztosítás megerősödése mint tendencia

A közvetlen egészségügyi kiadást átvállaló, cafetéria rendszerben is elérhető kiegészítő egészségügyi biztosítások, egészségpénztári tagság olyan addicionális tényezők, amik a magánegészségügyi ellátás igénybevételét serkentik.

A Szinapszis Kft. felmérése alapján a megkérdezettek 10%-ának volt 2014-ben magánegészségügyi biztosítása és kétharmaduk elképzelhetőnek tartotta, hogy köt ilyen 2-3 éven belül. A magánbiztosítók által kínált termékportfólió is átalakulóban van. Korábban jellemzően baleset v. betegség esetére kínáltak anyagi térítést, egyfajta fájdalomdíjat vagy hozzájárulást fizettek az egészségügyi kiadásokhoz, kompenzációt a kiesett jövedelem miatt. Mostanság, magának az egészségügyi szolgáltatás különböző szintű igénybevételének lehetőségét kínálják biztosítások formájában. A szerződőnek egészségügyi problémája esetén szakorvosi ellátást, különböző diagnosztikus és terápiás beavatkozásokat vagy rendszeres időszakos szűréseket biztosítanak. Ezeket jellemzően magán egészségügyi szolgáltatóknál veszik igénybe, a szolgáltatás magasabb színvonala (kulturált környezet) és jó hozzáférhetősége (érdemi várakozás nélkül) kapcsán. Sokszor nemcsak finanszírozzák az igénybevett szolgáltatást, hanem szervezik a betegutát, időpontot foglalnak, átveszik a közvetlen számlarendezés feladatát, a szerződőnek csak el kell mennie a kiválasztott időpontra az orvosi vizsgálatra.

Látható tehát, hogy a lakosság viszonylag rövid időn belül, kulturált környezetben hozzáférhető, magas színvonalon, megfelelő odafigyeléssel végzett egészségügyi ellátás iránti vágyát az állami fenntartású egészségügyi rendszer nem tudja kielégíteni. Ugyanakkor, ezeket a szempontokat a magánellátásban megtalálják, aminek igénybevételét leginkább annak vásárlóerő paritáson relatíve magas költsége limitálja. A fizetőképes kereslet növekedése és a közvetlen költségeket szükség esetén átvállaló biztosítási konstrukciók ezt a limitáló tényezőt egyre inkább képesek áthidalni, ami a magánellátás mind szélesebb körű igénybevételét eredményezik.

IV. A projekt célkitűzései

A projekt célkitűzése értelemszerűen kapcsolódik a Semmelweis Egyetem alapcélkitűzéseihez, eszerint az egészségügyi közellátás fejlesztése érdekében jelentős többletforrásra kell szert tenni a magánegészségügyi szolgáltatások egyetemi megerősítéséből.

A II. Fejezetben bemutatott, milyen mérvű aránytalanságok tapasztalhatóak ma még az egyes üzletágak bevételei között. **A magánellátás felfuttatása a Semmelweis Egyetemen racionális célkitűzés**, mivel az Egyetem:

- magasan képzett szakszeméllyel rendelkezik
- orvosai közül több 'húzónévnek' számít a 'piacon'
- portfóliója széles körű a betegellátásban
- szabad kapacitásai vannak a közfinanszírozási (TVK) korlátok miatt
- a 'high tech' a legnagyobb koncentrációban van jelen a betegellátásban
- nemzetközi reputációval rendelkezik, brand-nek tekinthető idehaza (is)
- központi helyen van, sok turistalátványossággal, ez segíti a nemzetközi egészségturizmusban való részvételét
- ma is folytat tervezett és szervezett magánegészségügyi szolgáltatást, részben a Kútvolgyi Premium rendszeren keresztül, részben a Semmelweis Kft-n keresztül, de – a jogszabályoknak megfelelően – jelentős bevételt realizálnak maguk a klinikák is.

A projekt kivitelezése lehetővé teszi, hogy:

- a megvalósítás révén a szabad rendelkezésű források megnövekedjenek
- a ma még máshova elzarándokoló orvosok második munkavégzésük helyszínéül az Egyetemet válasszák
- **a forrásokból jelentősen emelni lehessen a dolgozók javadalmazását**
- a kapacitások jobb kihasználtsága csökkentse az egy ellátásra jutó költségeket, azaz hatékonyságjavulást eredményezzen
- **új beruházások indulhassanak el a közszolgáltatásban**
- **a magánszolgáltatások széles körű nyújtása új munkakultúrát intézményesíthessen**
- **ennek révén az orvos-beteg kapcsolat is megújulhasson a klinikák által nyújtott ellátásokban**
- **a klinikák vezetése a javuló humánellátottság okán esélyt teremtsen magának arra, hogy irányítási funkcióját újra gyakorolhassa munkatársaik irányába.**

V. Lehetséges megoldási minták

1) Nemzetközi kitekintés

A. Osztrák megoldások

i. Az osztrák magánklinikák jellemzői

Ausztriában 47 magánklinika működik, ezek közül 14 mozgásszervi és általános rehabilitációs intézetként, 5 kifejezetten pszichiátriai profillal, és 7 kisebb javarészt vidéki intézet bőrgyógyászati, fogászati és szemészeti ellátást kínál. A fennmaradó **22 nagyobb, általános jellegű járó- és fekvő-betegellátást kínáló intézet az orvosegyetemi városokban található**: Bécsben 11, Grazban 5, Salzburgban 4 illetve Innsbruckban 2 magánklinika működik. **Ez a szimbiózis nem véletlen**: mind a magasabb ellátást nyújtani kívánó intézetek, mind a kiemelt színvonalú gyógyítást kereső betegek az ehhez elengedhetetlenül szükséges specialistákat az egyetemek orvosai között találják meg.

A magánklinikák „Belegsspital”-ként működnek. Ez azt jelenti, hogy teljes körűen biztosítják azt az infrastrukturális hátteret, ami az – általában, de nem kizárólagosan – egyetemi környezetből érkező specialistáknak szükséges. Ennek része az önálló menedzsment (gazdasági és orvosigazgatói), a betegirányítást, adminisztrációt és elszámolást végző recepció ill. titkárság, a saját ápolószemélyzet, a napi osztályos és adminisztratív teendőket ellátó staff orvosok, a radiológiai és labordiagnosztikai háttér, a korszerűen felszerelt járóbeteg ambulanciák és a fekvőbeteg osztályok és a műtői környezet. Az egyes betegért felelős külső orvos (Belegsarzt) feladata a konzultáció, konzervatív szakmák esetében a kezelés meghatározása (vizit), operatív szakmák esetében a műtét elvégzése. Az aneszteziológiai háttér is adott, de számos sebész jellemzően „saját”, külső aneszteziológussal dolgozik.

Összefoglalóan ez a típusú ellátó ellátási forma azzal jellemezhető, hogy a magánklinika teljes körű logisztikai és adminisztratív hátteret („játszóteret”) biztosít a specialisták számára, akik csak „pontoszerűen”, sokszor csak telefon egyeztetés szintjén vesznek részt az adott beteg ellátásában. Nagyon fontos a földrajzi közelség is, **a magánklinikák Bécsben az egyetemi klinikák közvetlen szomszédságában működnek.** Így a főállású egyetemi orvos munkatársak számára munkaidő előtt vagy után elláthatják betegeiket, rendelhetnek, operálhatnak. Megszokott kép az egyetemi és magánintézetek között fehér köpenyben közlekedő orvos kollégák látványa, a műtők jellemzően késő éjszaka is üzemelnek. A földrajzi közelség és a szoros személyi átfedtség háttérével – szükség esetén – könnyen és gyorsan biztosítható és szervezhető

a progresszivitás igényével olyan kiemelt intenzív betegellátás is az egyetemen, amit a magánklinika saját rendszerében nem képes nyújtani.

Az egyik Bécsben működő reprezentáns magánklinika (Wiener Privatklinik) 145 ágyon működik. Az újra felvett betegeket is számítva évi kb. 7000 esetet kezelnek. A hozzátartozó ambulanciánkon (magánrendelések) évi 2000 beteg fordul meg. A klinika éves árbevétele 40 millió Euro, aminek 95%-át működési költségekre fordítják. További mintegy 23 millió Euro bevétel (ill. kifizetés) a nem biztosított fizető betegek orvosi honorárium díja (ez csak átfolyik a klinika elszámolási rendszerén). A teljes árbevétel 35-40 %-a külföldi betegek ellátásából származik. **Ez a klinika a közelmúltban nyitott fiókintézetet Bukarestben, és stratégiai célja a további kelet-európai expanzió.**

ii. Az osztrák biztosítási környezet

Az osztrák biztosítási környezet nagyon komplex, de **a magánellátás szempontjából alapvetően két típusú ellátás működik:**

▪ Osztrák betegbiztosítással és kiegészítő biztosítással rendelkező beteg

Lehet osztrák, vagy járulékbefizetéssel rendelkező külföldi állampolgár is. **A kiegészítő biztosítást fizetheti a munkáltató, vagy a beteg maga öngondoskodási alapon.** Az ilyen beteg a magánklinikán nem fizet (jogosult a kiemelt ellátásra), szabadon választhatja orvosát (Belegarzt). Ha a betegnek csak társadalombiztosítása van, választhatja azt is, hogy a magánklinikai többletköltségeket maga fizeti. A magánklinika a betegbiztosítóval és a kiegészítő biztosítóval számol el. Az orvos honorálása megszabott díjszabás alapján történik, a komplex tarifarendszert az orvosi kamara egyezteti a biztosítókkal. A műtéti honoráriumok diszciplinától függetlenül a kisműtéttől a komplex nagy beavatkozásokig 8 kategóriába sorolhatók be (OP Gruppe I-VIII), a belgyógyászati szakterületek elszámolása az ápolási napok száma alapján történik. Az konzervatív és operatív orvosi honoráriumok jelenleg árfekvését a következő két táblázat foglalja össze:

Konzervatív kezelési napok		Díjtétel
1	€	625,80
2	€	731,90
3	€	944,10
4	€	1.092,60
5	€	1.235,80
6	€	1.315,40
7	€	1.379,00
8	€	1.442,60
9	€	1.506,20
10	€	1.569,80

Konzervatív kezelési napok		Díjtétel
11	€	1.633,60
12	€	1.697,20
13	€	1.760,90
Minden további	€	28,30

Műtéti kategória			Díjtétel
OP-Gruppe	I	€	360,60
OP-Gruppe	II	€	562,20
OP-Gruppe	III	€	894,10
OP-Gruppe	IV	€	1.442,60
OP-Gruppe	V	€	1.716,30
OP-Gruppe	VI	€	2.004,80
OP-Gruppe	VII	€	2.828,10
OP-Gruppe	VIII	€	3.895,10

Ugyanez a beteg az állami ellátórendszerben is kiemelt ellátásra jogosult. Tipikusan ez érvényesül olyan ellátási formák esetén, amire a magánklinikák infrastruktúrája nem felkészült (pl. szívműtét). **Ebben az esetben a beteg soron kívül vehető fel (beelőz a várólistán),** emelt konformitású kórteremre jogosult, és kezelését vagy a beteg választott orvosa, ennek hiányában az osztályvezető főorvos irányítja (privilegiuma). Az ellátó intézet a biztosítókkal számol el, és bizonyos százaléku 'overhead' leválasztása után a fennmaradó bevétel az osztályvezető főorvos, a kezelésben érintett társdiszciplínák (pl. labor, radiológia, konzílium stb.), ill. az ellátást végző osztály teljes orvosállománya között oszlik el intézetenként meglehetősen eltérő felosztási kulcsok alapján. Ez utóbbi kategóriában évente frissített pontrendszer alapján lehetőség van pl. a kiemelt tudományos tevékenység „díjazására” is.

▪ **Biztosítási háttérrel nem rendelkező, „önfizető” beteg**

Jellemzően ide sorolhatók a külföldről érkező betegek (számos magyar beteg fordul meg így mind a magánklinikákon, mind az állami ellátórendszerben). **A magán klinikán a beteg megszabott díjszabás alapján fizet, az orvosi honorárium azonban e felett a beteg és az orvos közötti szabad megegyezés alapján kerül egyeztetésre** (ennek az elszámolása is a magánklinika adminisztrációján keresztül történik). A díjszabási táblázat kis különbséggel a legtöbb magánklinika esetében azonos:

Önfizető beteg díjszabás benn fekvő beteg esetében	EUR
--	-----

	Nettó	Bruttó
Ápolási költség társadalombiztosított betegnél		
Egy ágya szoba standard, naponta	497,27	547,00
Kétágyas szoba, naponta	365,45	402,00
Nappali ellátás társadalombizt. nélkül	331,82	365,00
Kemoterápiás nappali ellátás társadalombizt. nélkül	381,82	420,00
Ápolási költség társadalombiztosítás hiányában		
Egyágyas szoba standard, naponta	622,73	685,00
Deluxe szoba, naponta	954,55	1.050,00
Kétágyas szoba, naponta	490,91	540,00
Kísérő személy elhelyezése (csak egyágyas szoba felárral)		
Kísérő személy egyágyas szobában naponta	59,09	65,00
Kísérő személy kétágyas szobában naponta	122,73	135,00
Implantátumok (szemlencse, csípőprotézis stb.) és vérkészítmények beszerzési ár + 10% kezelési költség. Gyógyszerek a gyógyszerári listaár szerint		
Műtői költség		
Több beavatkozás esetében a legmagasabb csoport díja szerint. Orvosi honorarium nélkül		
OP-Gruppe I	345,45	380
OP-Gruppe II	381,82	420
OP-Gruppe III	590,91	650
OP-Gruppe IV	754,55	830
OP-Gruppe V	1.045,45	1.150
OP-Gruppe VI	1.300,00	1.430
OP-Gruppe VII	1.554,55	1.710
OP-Gruppe VIII	1.736,36	1.910
Képalkotó diagnosztika		
CT	304,55	335
MRT	372,73	410
Angiographia	409,09	450
Labor		
Alvadás	77,27	85
Hematológia	77,27	85
Fehérjevizsgálatok / Immunológia	77,27	85
Endokrinológia / Anyagcsere	77,27	85
Szervspecifikus vizsgálatok	77,27	85
Sürgősségi vizsgálatok	77,27	85
Labor - Standard összes	463,64	510
Labor - Speciális	590,91	650
Szerológia / Transzfúziós szerológia (átalány)	77,27	85

Önfizető beteget az állami ellátórendszer is tud fogadni. A bécsi AKH (egyetemi klinikák) esetében ez napi 1166,- Euro átalánydíjjal kerül elszámolásra, függetlenül attól, hogy a

beteg ellátásához mire volt szükség: egy tüdőtumoros beteg ellátása pl. (felvétel napján PET-CT, második nap műtét, 1 napos intenzív kezelés, további 5 nap osztályos ellátás) ez alapján 8162,- Euro.

B. Német megoldások

A munkacsoport több tagja (Máthé Zoltán, Sárdy Miklós) hosszú éveken át dolgozott Németországban, ezért hosszabban időzünk ennek példának a bemutatásával, mivel általánosítható következtetéseink hasznosíthatóak lesznek az Egyetem magánellátások fejlesztését célzó új megközelítésében.

A magánellátás egy német, állami tulajdonban lévő egyetemi klinikán a német jogi környezetben teljesen legális. Működéséhez nem szükséges „Semmelweis Kft” vagy az sem, hogy szerződéses viszony álljon fenn egy másik magánszolgáltatóval. Ezért a német modell egy az egyben nem adaptálható a magyar helyzetre. A továbbiakban ennek ellenére leírásra kerül a német rendszer, mert egyes elemei viszont átvehetők lennének, ill. számos tanulság leszűrhető a működéséből.

i. A német betegbiztosítási rendszer

A német társadalombiztosítási rendszer alapvetően különbözik a magyartól abban, hogy egyrészt több biztosító is van a piacon, másrészt pedig releváns arányban vannak jelen ún. „magánbiztosított” betegek a rendszerben. A kisebb jövedelműek esetében a társadalombiztosítás megkötése kötelező és szigorúan államilag (törvényileg) szabályozott. 2016-ban a német lakosság 90,9%-a rendelkezett ilyen kötelező, „törvényi”-nek nevezett biztosítással. A magasabb jövedelműek, illetve vállalkozók, cégtulajdonosok esetében viszont jóval rugalmasabb a szabályozás, ők sokféle opcióból választhatnak, így „magánbiztosítást” is kérhetnek.

A magánbiztosítók ügyfelei általában az egészséges és jó anyagi helyzetű egyének. A magánbiztosítás rendkívül rugalmasan alakítható szolgáltatásokkal köthető (pl. benne lehet a természetgyógyászat, megszabható a fogászati protézisek térítésének maximális ára), kiköthető, hogy egy- vagy többágyas kórtermet térít-e a biztosító, hogy szabad-e az orvosválasztás (tb. biztosítással csak a háziorvosi rendszer szintjén az), hogy mekkora legyen betegség idejére a táppénz összege, és hány nap betegség után járjon, mekkora összegű legyen mondjuk a szemüveg térítése, stb.), és ezért a díja is rendkívül variábilis már egyazon biztosítónál is, továbbá minden biztosítónál más és más. Viszont egy idősebb vagy a jelentkezéskor már beteg személynek rendszerint nem éri meg a magánbiztosítás, vagy el is utasítja a biztosító.

A társadalombiztosítási alapok a nyugdíjas teljes bruttó jövedelmének 25%-át kapják meg, függetlenül attól, hogy ez a jövedelem alacsony vagy magas és hogy milyen

forrásból származik, míg a magánbiztosítók a piaci alapon számolt díjat szedik be, amely független a jövedelemtől, kizárólag az egészségi kockázaton alapul.

A magánbiztosítások alapvetően háromfélék:

- teljes baleset- és betegségbiztosítás;
- ápolási biztosítás (arra az esetre, ha a biztosított magatehetetlenné válna, és ápolásra szorulna);
- kiegészítő biztosítás (átmenetet képez a társadalombiztosítás és magánbiztosítás között; a kötelezően biztosított személyek köthetik úgy, hogy a kiegészítő magánbiztosítás csak a szolgáltatások egy részére vehető igénybe, pl. csak fogászati vagy csak osztályos ellátásra) – ezúton a kis jövedelműek is hozzájuthatnak bizonyos emelt szintű szolgáltatásokhoz, még ha csak részben is.

A lakosság csaknem egyharmadának van kiegészítő biztosítása, így gyakorlatilag elmondható, hogy összesen a német lakosság kb. 40%-a (=kb. 32 millió fő) fér hozzá magánellátáshoz úgy, hogy a szolgáltatásokért a biztosító fizet.

Adatok a német magánbiztosítási rendszerből (2016. év)

Betegségbiztosítással rendelkező magánbiztosítottak száma	8,77 millió
Ápolási biztosítással rendelkező magánbiztosítottak száma	9,38 millió
Kiegészítő biztosítással rendelkező magánbiztosítottak száma	25,09 millió
2016-os összbevétel magánbiztosítási díjakból	37,25 milliárd €
Kifizetett magánszolgáltatások díjai együttesen (2016-ban)	26,54 milliárd €
Az egyre öregedő biztosítottak jövőbeni ellátására félretéve	233,0 milliárd €

ii. A kettős szolgáltatói rendszer

A fentiek miatt minden egészségügyi szolgáltató, függetlenül attól, hogy állami tulajdonú egyetemről vagy magánkórházról van-e szó, alapvetően kétféle ellátási rendszert

vezet(het) be: közellátást és/vagy magánellátást nyújthat. Ennek megfelelően egy szolgáltatónak többféle biztosítóval kell/lehet szerződnie.

A társadalombiztosítás (gesetzliche Krankenkassen) által finanszírozott szolgáltatásokban a következő torzulások jelentkezhetnek:

- Hosszú várakozási idők, hosszú várólisták
- Minél kevesebb, olcsóbb és rosszabb minőségű szolgáltatást igyekszik nyújtani a szolgáltató
- Súlyos vagy gyakori kontroll vizsgálatokat igénylő betegség esetén igyekszik a szolgáltató megtagadni az ellátást és a beteget máshová utalni
- Minél kevesebb és olcsóbb gyógyszert igyekszik adni/felírni a szolgáltató; bizonyos drága gyógyszereket egyáltalán nem ad, létezésüket nem is említi a betegnek
- A kontrollvizsgálat időpontját a szolgáltató igyekszik nem az állapot függvényében, hanem a naptári negyedév határainak figyelembe vételével megszabni. Azaz pl. január 8-án és márc. 28-án ellátott beteget egyaránt április elejére rendelik vissza kontrollra.
- Hogy az adott kórképpel magát kiismerő, tapasztalt, avagy teljesen dilettáns orvoshoz kerül egy beteg, a véletlen műve. Az orvosnak joga van tapasztaltabb kollégához fordulni segítségért, de a beteg nem kérheti, hogy tapasztaltabb kollégához kerüljön.
- Az orvos az ellátásban, a munkában nem motivált. Arra törekszik, hogy minél kevesebb beteget lásson el, hiszen jövedelme nem ettől függ, sőt tevékenysége könnyen veszteséges lehet.

A magánbiztosítók által finanszírozott szolgáltatásokban a következő torzulások jelentkezhetnek:

- A magánbetegek „beelőznek” a várólistákon, és kiszorítják a tb. biztosítottakat.
- A szolgáltató minél több, drágább és prémium minőségű szolgáltatást igyekszik nyújtani, amelyek egy része felesleges (pl. banális, ambulánsan is ellátható szemészeti betegség esetén osztályos felvétel, és ennek keretében prostata rákszűrés, gyógytorna, lézeres angioma senile kezelés, tüdőfunkció, pszichológiai vizsgálat és tanácsadás, szérum cink-szint meghatározás, stb.).
- Minden beteget és betegséget a szolgáltató saját maga akar kezelni, még akkor is, ha voltaképp nem ért hozzá, nincs a kórképpel kellő tapasztalata, és nem adottak a személyi-tárgyi feltételek.
- Akár az intravénás immunglobulint is egyazon gyakorisággal rendelheti a szolgáltató az Aspirin tablettával.
- Igen gyakori kontroll vizsgálatok elrendelése akkor is, ha a beteg már gyógyult.

- A tapasztalt specialisták ezen betegkörrel foglalkoznak (esetleg onychomycosisal is egyetemi tanárhoz fordul a beteg), nem jut már kapacitásuk a tb. biztosítottak ellátására.

iii. Az egészségturizmus

Németországban az egészségturizmus nagyjából a teljes egészségügyi bevétel 5%-át adja. Az egészségturisták mindkét fenti ellátó rendszerben jelentkezhetnek ellátásra, de a magánellátást választók egyrészt minden szolgáltatásért kb. 2-3-szoros árat kell fizessenek, másrészt számolniuk kell a fenti torzulásokból adódó számos felesleges vizsgálat és beavatkozás miatt a jóval magasabb költségekkel. E tények ismeretében is azonban az a jellemző, hogy az egészségturisták döntő többsége a magánellátást keresi szabad orvosválasztással, jó infrastruktúrával, és inkább felesleges vizsgálatok és beavatkozások kifizetésével.

Az egészségturisták szinte kizárólag külföldiekből állnak, mert a belföldiek inkább különféle biztosításokkal igyekeznek elérni a megfelelő ellátást. A magánrendelőkben a direkt pénzforgalom elenyésző, a külföldieken kívül szinte senki nem fizet közvetlenül a szolgáltatónak (kivéve a biztosítók által nem térített szolgáltatásokat). Ennek ellenére bármely állami szolgáltatónál is lehetséges azonnali, készpénzes vagy kártyás fizetés számla alapján.

A külföldiek ellátására általában központi infrastruktúra áll rendelkezésre, azaz egy olyan betegfelvételi iroda, ahol a leggyakrabban előforduló nyelveken beszélnek (Németországban ez főleg az orosz és arab). A egészségturisták nem „bolyonganak” az épületben, hanem mindenhová tolmács kíséretében mennek. Ebbe sokszor még angolul jól beszélők is beleegyeznek, mert a kísérő a várakozási idő lerövidítésében, a tájékozódásban is segít. Az iroda természetesen e-mailben és telefonon is elérhető, szóban és írásban is tud tájékoztatást nyújtani az elérhető egészségügyi szolgáltatásokról, tud időpontot adni, segít az utazás, szállás megszervezésében egy alvállalkozó közreműködésével.

iv. A magánellátásból származó bevétel sorsa egyetemi klinika esetén

Egy egyetemi klinika magánellátásból származó bevétele Németországban közvetlenül nem az adott egyetemhez vagy az egyetemi klinikához, hanem az intézetvezetőhöz kerül, és szerződés szabályozza, hogy onnan milyen arány kerül az egyetemhez, illetve az alkalmazottakhoz.

v. Konklúzió

A német rendszerből leszűrhető tanulságok a következők lehetnek:

- Arra, hogy egy állami intézmény emelt színvonalú magánellátást nyújtson, jelentős lakossági igény van, és ezt a tevékenységet az államnak szabályozni kell, nem pedig tiltani.
- Magánellátás optimálisan csak piaci körülmények között működhet, azaz a versenyszféra szabályai kell, hogy érvényesüljenek. A legfőbb szabály: csak anyagilag érdekeltté tett humán erőforrás fog többletbevételt termelni.
- Az egészségturizmus szempontjából jóval hatékonyabban tehetünk vonzóvá olyan intézményt, ahol már eleve magánellátás folyik a belföldi betegek ellátása céljából.
- Ha megfelelő biztosítói háttérrel vehetők igénybe magánellátási szolgáltatások, akkor a lakosság inkább ezt választja, mint a direkt fizetést a szolgáltatónak. Értelemszerűen logikusnak tűnne, hogy a Semmelweis Kft. minél több magánbiztosítóval szerződjön, illetve a magánbiztosítás rendszerét reklámozza.

2) Egyetemi tapasztalatok – Semmelweis Egészségügyi Kft (SEK) működése

A német tapasztalatok számbavétele után két magánszolgáltatásokkal kapcsolatos egyetemi tapasztalat bemutatására vállalkozunk: egyrészt a **Semmelweis Egészségügyi Kft**, másrészt a **Kútvölgyi Premium** működésének néhány fontosabb részletét vesszük górcső alá. A két magánszolgáltatás eltérő konstrukciót takar: míg az egyik a meglévő klinikák által nyújtott szolgáltatásokat értékesíti, közvetíti, addig a KÚT Premium a Kútvölgyi Rendelőintézet TVK által nem fedezett kapacitásai mentén szervez piacképes szolgáltatásokat és közvetítő nélkül értékesíti azokat.

A. A SEK működésének háttere

A SEK ma a Semmelweis Egyetem legálisan létező magánszolgáltató intézménye. Működésének alapját egy 2007-es rektori körlevél teremtette meg². Mindaddig, amíg a munkacsoport által elképzelt nagyobb szabású fejlesztések kivitelezésére nem kerülhet sor, fontos lenne a jelenleg rendelkezésre álló lehetőségek jobb kihasználása, ezért a SEK jelenlegi működési kereteinek felülírására úgy tekintünk, mint előttünk álló változtatási kényszerre.

A Semmelweis Kft. 2007.04.11-én került bejegyzésre, jelenleg 11 alkalmazottja és 26 különböző telephelye van. Gyakorlatilag a Semmelweis Egyetem valamennyi betegellátó intézményével kapcsolatban áll. **A Semmelweis Kft. éves bruttó árbevétele a korábbi néhány évben nagyjából 0,35 milliárd Ft körül mozgott** (tavaly: 0,37 milliárd Ft, tavalyelőtt: 0,35 milliárd Ft), **ami az Egyetem betegellátással megszerzett NEAK**

² A R-121/2007. számú május 9-i rektori körlevél.

bevételéhez (tavaly: 45,5 milliárd Ft) képest elenyésző (~0,8%), és szintén alig mérhető a versenytársak, azaz az első 10 magyar magánszolgáltató együttes éves bevételéhez képest (1,1%). A csaknem 400 milliós éves bruttó árbevételhez képest az alkalmazottak száma alacsony, aminek egyik oka az, hogy a SEK szolgáltatásait valójában a klinikák szakmai tevékenységén keresztül realizálja.

Két évvel ezelőtt igazgatóváltásra került sor, az új ügyvezető igazgató változtatott az eddigi portfólión. A legfontosabb változás abban állt, hogy míg a korábbi években a labor- és a képalkotó diagnosztika, valamint a lézeres szemműtétek területe képezték a bevétel jelentős részét, addig a sebészetben, a nőgyógyászatban, az urológiában és a bőrgyógyászatban elenyésző volt a bevétel, holott a magánpiacon ezeken a területeken a versenytársak tízmilliárdokat kerestek.

Felismerésre került, hogy a Semmelweis Egyetem igazi versenyelőnye a komoly szakmai felkészültséget igénylő területeken található. Egy belgyógyászati szakrendelést, vagy egy UH, CT szolgáltatást holnap bárki bárhol beindíthat, de komoly sebészeti, ortopédiai tevékenységet intenzíves háttér nélkül kevesen vállalhatnak be. Ezért az új vezető erre helyezte a hangsúlyt, és persze párhuzamosan támogatta a radiológiát és a labordiagnosztikát is, hisz ezek nélkül a fentiek megvalósítása nem lehetséges.

A Semmelweis Kft. azon túl, hogy saját árbevételéből 5%-ot az Egyetemnek, valamint további, változó nagyságú összegeket a magánellátásban részt vevő klinikáknak fizet, a klinikák szintjén is támogatja a magánellátást szolgáló beruházásokat. És persze ne feledkezzünk el arról, hogy a bevétel nagyobbik hányada az Egyetem orvosainak és szakdolgozóinak kerül kifizetésre, ami itt tartó erőként értelmezhető.

B. A SEK működésének javítása – korlátok között

A SEK jelenlegi működési keretei mellett az önálló piacra lépés és a valós magánpiaci igények szerinti működés feltételei nem adóttak. Ennek okai:

- a SEK a klinikák meglévő felesleges kapacitásait értékesíti, nem önálló, piaci elemzésből kiinduló stratégián alapul a szolgáltatások nyújtása,
- nehézkes, akadozó betegszervezés jellemzi,
- betegellátás szétporlasztása (infrastruktúra, HR) kedvezőtlen adottság,
- egységes szemlélet hiánya jellemzi,
- eltérő árképzést gyakorol,
- egyéni érdekek érvényesülnek.

A rossz hír tehát az, hogy a magánellátás fejlesztésére ezen keretek között csak korlátozott lehetőségek mutatkoznak. A jó hír ellenben az, hogy jelen működési paradigmák mellett

is számtalan lehetőség nyílik a helyzet javítására, nem feltétlenül jelentős beruházási igénnyel.

A SEK jelen működésének javítására a munkacsoport az alábbi lehetőségeket látja:

i. Működést optimalizáló lépések

- **Centralizált betegfelvételi irodákat (CBFO)** kell létrehozni, minimálisan 4 helyszínen (Belső és Külső Tömb, Városmajori Klinikák, Kútvölgyi Tömb), ahol az *adminisztráció* és *számlázás* egyazon alkalmazott kezében lenne. (Jelenleg a 26 telephely azt eredményezi, hogy a Semmelweis Kft. alkalmazottainak 23 különböző kapcsolattartóval kell kommunikálniuk a betegek adminisztrációs és számlázási, pénzkezelési feladatainak elvégzése céljából. Ennek leegyszerűsítése jelentős belső munkaerő spórolással, a hibalehetőségek redukciójával, a folyamatok és az ellenőrzés jobb átláthatóságával járna.)
- Idegennyelvű betegfelvételt, betegirányítást, és betegkísérési lehetőséget is biztosítani kell.
- A CBFO-n dolgozó alkalmazottnak legalább középfokú angol tudással kell rendelkeznie.

ii. Hozzáférést javító lépések

- **Idegen nyelven beszélő telefonos diszpécserre van szükség** – mint újabb minimumfeltétel.
- **Ugyancsak szükség van időpontfoglaló honlapra több idegen nyelven is**, (úgy tudjuk már csaknem teljesen kész is van magyarul; elsősorban angolul, németül és oroszul kellene tudni időpontot foglalni.)
- **Javasoljuk, hogy legyenek a Semmelweis Kft.-vel szerződött tolmács-betegkísérők**, akik szükség esetén az időpontfoglalástól kezdve teljes körben gondoskodni tudnak egyedi betegturista igényekről (pl. hotelfoglalás, hozzátartozók elhelyezése, beteg kíséret, adminisztráció intézése, stb.).
- **Szükség van parkolóhely biztosítására** a Semmelweis Kft. betegei számára a **CBFO-k közelében**
- **A Semmelweis Kft. vegyen fel marketing szakembert** erre a feladatra, és aktívan adja el az Egyetem szolgáltatásait.

iii. Szolgáltatásbővítési nagyobb volumenű lépések

- **Komplex vizsgálatokat lehetővé tevő rendelőket kell** létrehozni a CBFO mellett, ahol több szakma is elférne egymás mellett
- **Javasoljuk továbbá, hogy a külföldi betegek egyetemi ellátása történjen egységesen a SEK keretein belül.** (A külföldi betegek ellátásának területén

jelenleg magas fokú disszonancia mutatkozik. A különböző klinikák egyéni szorzókat alkalmaznak, amivel a német pont és HBCS értékeket megszorozzák, árlisták sokszor nem léteznek, a szorzók sokszor átláthatatlanok, a betegek tájékoztatása hiányos, és maguk az orvosok sem tudják, mennyibe is fog konkrétan kerülni a betegnek, amit csinálnak. Főleg kisebb összegek esetén nem kis teher a számlázás és pénzkezelés sem. Emiatt egy-egy esetben akár az is előfordulhat, hogy kényelmesebb elengedni a beteget fizetés nélkül, mint számlát kiállítani, pénzt kezelni, vagy akár bankkártyát elfogadni Ügyeleti időben a számlázás és fizetés jó közelítéssel lehetetlen.)

- **„Mini” magánklinika létrehozása sem tűnik elvetendő ötletnek a Korányi Tömbben** (Jelenleg a Semmelweis Kft. nem rendelkezik egyetlen, saját hatáskörben betölthető ágygal sem. Ezen a helyzeten változtatott ideiglenesen a 'FINA Budapest 2017', amelynek köszönhetően a Semmelweis Kft. rendelkezésére bocsátottak 3 üresen álló szobát a Korányi Tömb 4. emeletén (az Aneszteziológiai Klinika területén) megfelelő személyzettel. E szobák 8 ágygal, TV-vel, WIFI-vel, megfelelő bútorokkal, stb. felszereltek, és a rendezvény ideje alatt működtek.) **Javasoljuk hogy az ágyakat a Semmelweis Kft. tartsa meg, és hozzon létre egy „mini” magánklinikát a Korányi Tömbben, egyelőre „pilot study”-ként 8 ágygal..**
- **Kössön a Semmelweis Kft. szerződéseket nagyobb biztosító társaságokkal a biztosítottak ellátására** (esetleges rabattal, ha Semmelweis Kft-t választja a beteg), valamint nagyobb magánszolgáltatókkal (az utóbbiak rendszerint nem tudják a medicina valamennyi ágát lefedni, s ezért egymással szerződnek, egymáshoz küldik a magánbetegeket).

iv. A SEK üzleti alapú működésének biztosítására javasolt lépések

Jelenleg a Semmelweis Kft. az Egyetem tulajdonában és ellenőrzése alatt áll, így működését részben nem üzleti alapokon nyugvó szabályok, hanem az egyetemi bürokrácia sajátos szabályai korlátozzák. Az Egyetem vezetésének meg kell vizsgálnia, nem látja-e szükségét annak, hogy üzleti alapú működésre állhasson át a SEK, ami által a bevételek növekedése az eddiginél jobban támogatottá válna. E téren a fejlesztési javaslatunk a következők:

- **Kívánatos, hogy a SEK minden évben részletes üzleti tervet tegyen le az Egyetem vezetőinek az asztalára**, amely meghatározza az adott esztendő tervezett betegforgalmát, bevételi tervét, a kiadásokkal egyetemben valamint a nagyobb klinikákat érintő fejlesztéseket is - **eredménykötelelem keretében**.
- Kívánatos, hogy **az ügyvezető igazgató érdekeltsége igazodjon az éves üzleti tervéhez, azon belül a megkötött üzletek méretéhez és a viselt felelősség mértékéhez**. Információink szerint idén tavasszal már felmerült akár a

többletbevételekből való jelentősebb részesedés kérdése is az Egyetem részéről, de egyelőre semmi nem valósult meg az elképzelésből.

- Kívánatos, hogy **az ügyvezető igazgatónak racionális lehetősége legyen az üzleti alapú döntésekre a személyi juttatások tekintetében** – meghatározott korlátok között. A korlátok nagyságát évről-évre felül kell vizsgálni.
- Kívánatos, hogy a **beruházások engedélyhez kötöttségén lazítson az Egyetem vezetése, mivel a több évre átnyúló beruházások megfontolására, megtervezésére a jelenlegi körülmények nem alkalmasak**. Ma rengeteg munkába kerül a bürokrácia leküzdése, s ez ellenérdekeltté teszi a SEK-ben munkálkodókat az innováció, a nyereség növelésének lehetőségeinek felkutatásában.
- Kívánatos, hogy **a Semmelweis Kft-re vonatkozó szabályok megújításakor a vezérelv** egy piaci körülmények között, versenyhelyzetben működő magánszolgáltatónak **a lehető leggyorsabb reagálás biztosítása legyen**. Ehhez kiemelt jogi, munkajogi, szervezeti és logisztikai kezelés szükséges közvetlen feedback utakkal az egyetemi vezetés felé az egyetemi bürokráciáról leválasztott gyorsreagálás biztosításával.

Mindezekkel a javasolt fejlesztésekkel legalább a duplájára növelhető a SEK éves bevétele, ugyanakkor – mint azt már fent jeleztük – a Semmelweis Kft. jelenlegi jogállása, működési keretrendszere, működési filozófiája **nem megfelelő/elegendő** ahhoz, hogy a SEK azzal a sikerrel szerepeljen, ami az Egyetem helyét a magánellátói piacon kielégítő módon kijelöli. Hisszük, hogy a SEK mentén szerzett eddigi egyetemi tapasztalat és a SEK maga, egy általunk javasolt egyetemi magánellátási gyakorlat megteremtésében értékes és felhasználandó, saját egyetemi tőkét jelent és az általunk javasolt modell „pilot” eseményeként értelmezendő.

3) Egyetemi tapasztalatok – Kútvölgyi Klinikai Tömb (KÚT) Premium működése

Egy másik, már tíz esztendeje működő egyetemi magánszolgáltatás bemutatására is vállalkozunk, mivel az ott szerzett tapasztalatok és eredmények tanulsággal szolgálhatnak nagyszabású terveink megfogalmazásakor.

A. A KÚT Premium működésének háttere

2007-ban indult útjára a Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömbjében a Kútvölgyi (KÚT) Premium program. A Kútvölgyi Rendelőintézet örökölt TVK-jához kötődő OEP-forgalom további növelése a hatályos szabályozás mellett értelmetlenné vált, miközben szabad kapacitások jellemezték az intézményt. Az örökség részeként jelen lévő

állami vezetői ellátások és a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatások átvilágítása és termékfejlesztése után lépett ki a Kútvölgyi Klinikai Tömb a magánellátások közép-magyarországi piacára – akkor ez évi 2 Mrd Ft-ot jelentett. Először csak a sokszakmájáróbeteg-rendelői portfólió biztosította a kínálatot. A márkanév bevezetésre került, értékesítési folyamatok és felelős szerepkör kerültek kialakításra, az egészségügyi munkatársak kommunikációs és értékesítési tréningen vettek részt.

Az akkori Egészségbiztosítási Felügyelet a Kútvölgyi Klinikai Tömb megkeresésére bocsátotta ki azt a törvényekből levezetett állásfoglalást, mely szerint állami egészségügyi intézmény is végezhet magánfinanszírozott szolgáltatást, amennyiben térben és/vagy időben elkülöníti azt.

B. A KÚT Premium szolgáltatásai

A piaci igényeknek megfelelően négy kiemelt rendelőben és asszisztensi pultnál, belgyógyászati koordinációban történik a Premium-forgalom orvosi ellátásának zöme, az érkeztetés, a konzíliumi elirányítás, a Rendelőintézet előjegyzéséhez csatlakozó értékesítési logisztika. A hálapénz-logika egyéni szerepvállalásai helyébe egy koordinált csapatmunka került, ahol a páciens-kényelem köré szervezett napi folyamatok tíz éve stabil ügyfélkört eredményeznek.

Az átlátható értékajánlat, egyéni szolgáltatási szerződések és szakértő értékesítési kommunikáció biztosítják a jogi keretek stabil érvényesülését. Eseti 'fee-for-service' szolgáltatások, egy nap alatt megvalósuló sokszakmájáró "menedzserszűrések", az előre fizetett szűrést és plusz viziteket tartalmazó kártyaszolgáltatások jelentik a termékszerkezet alapját.

C. A KÚT Premium ügyfélköre

Tíz év alatt összesen közel **nyolcszáz személy számára került Állami Vezetői Premium Kártya kiállításra**, a céges ügyfelek nagy része saját intézményi logójukkal vagy nemzeti címerrel is ellátott személyre szóló Premium kártyával veszi igénybe a szolgáltatásokat, évi körülbelül **harmincezer térítéses (4-es kategóriájú) esetellátás zajlik a rendelőintézetben**.

Mind az egyéni magánmegrendelők, mind a vállalati céges megrendelők köre nagyon kis fluktuációt mutat, továbbá a közbeszerzési eljárásokon bizonyított eredményesség is egyértelmű üzleti siker, ami a magánszolgáltatási tevékenység szakmai folyamatait illeti.

D. Fejlesztési lehetőségek és korlátok

A Kútvolgyi Premium történetére és aktuális helyzetére rányomja a bélyegét a Semmelweis Egyetem összes gazdálkodási és működési problémája. A kezdeti gyors piaci eredmények és tapasztalatok egyértelművé tették, hogy a 2008-ban is már gyorsan bővülő budapesti magánpiacon érdemes volna a kurrensebb önálló szakmákban is piaci bevételt céloznia a Kútvolgyi Tömbnek. Ehhez viszont több százmillió infrastrukturális fejlesztések nélkül nem volt esélye. Ekkor olyan nyilvános pályázatra alkalmas szerződési és működési keretrendszer került kidolgozásra, mely a Kútvolgyi Premium addigi eredményeire, ügyfélkörére, belgyógyászati központú járóbeteg szolgáltatásaira támaszkodott. Három szakmában (fogászat, nőgyógyászat, szemészet) magánvállalkozás végzett teljes felújítást az általa bérbe vett területen, majd a pályázati licit révén rögzített fix bérleti díj és forgalomarányos díj terhe mellett megkezdte működését. A szemészeti projekt öt éve most járt le, a szerződésben foglaltak teljesültek. A fogászati projekt tíz évéből egy év van hátra. A szerződésben foglaltak teljesültek. A szülészeti- nőgyógyászati projekt kifejezetten elsőpró piaci sikerrel járt, amit csak fokozott, hogy közben a korábbi egyetlen piaci szülészeti Telkiben bezárt. (A Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinikával való kapcsolat elszámolásilag amúgy nem sikeredett jól, mivel jelenleg is folyik a szerződés be nem tartott passzusainak vizsgálata és egyeztetése. A változó forgalomarányos díjbevételek elmaradásait a belső ellenőrzés is megállapította.)

A Kútvolgyi Premium által nyújtott egészségügyi szolgáltatások tekintetében a járóbeteg igazgatóság saját nevében szolgáltatva nyújt számlát a pácienseknek vagy céges ügyfeleknek. A jelentős beruházást igénylő projektek esetében az egészségügyi vállalkozó viseli a szolgáltatói és gazdálkodási felelősséget, ő számláz, de az Egyetem presztízsértékét versenyben elnyert áron fix és forgalomarányos díj formájában hivatott megfizetni. A bérleti szerződések beruházási tartalmi minden esetben megvalósultak, az Egyetem olyan piaci területekről jutott bevételhez, melyekről korábban sohasem. Azok a piaci anomáliák is megszűntek, amikor a magánrendelők bizonyos szakmai költségelemeket az állami szolgáltatókra, vagy saját munkatársaik állami munkahelyeire terhelik. A szerződések betartását az is nehezítette, hogy a Kútvolgyi Klinikai Tömb menedzsmentstruktúráját ebben a tíz évben háromszor is megváltoztatta az Egyetem.

Legellentmondásosabb pontja ennek a kezdeményezésnek, hogy a magánbevételekből a legutóbbi hét évben semmit nem sikerült dolgozói premizálásra és intézményi eszközfejlesztésre fordítani, hiszen azok mind beforgatásra kerültek a ház méretgazdaságossági és egyéb okokból előálló költségvetési hiányai javára.

Normális esetben egy felfutó piacon, egy eredményes termékvonalat minden esetben fejleszteni szoktak, itt pedig ezt nem sikerült folytatni. **A 2012-es évben a céges**

páciensek száma elérte a négyezret, de az ezt követő alapvető eszközhiányok fokozódása kihatott a forgalomnövekedésre, majd a forgalomra is.

E. A KÚT Premium hasznosítható tapasztalatai

A kezdeményezés jelen formájában is jelentős bejáratott piaci értékesítési csatornát jelent, melyben **a mai napig nem megoldott a betegkörnél indikációra kerülő fekvőbeteg kórképek kezelésének kellő színvonalú, magánfinanszírozotti ellátásának lehetősége.**

A szabad intézményi kapacitásokon alapulva, helyben kisebb összegű beruházásokat végrehajtva, sikerült valós piaci igények minőségi kiszolgálásával százmilliós nagyságrendű éves bevételt termelni. Mindezt az intézmény belső utasítási rendjének részeként, a költségvetési gazdálkodás feltételeit szigorúan betartva. A nagyobb összegű beruházások befektetői közreműködéssel valósultak meg, ahol bérleti jogviszony keretében, a minőségi felügyeletet is megtartotta magának az Egyetem.

Bármilyen formában, bármilyen finanszírozási és jogi keretben valósul is meg a Semmelweis Egyetem magánellátásának fejlesztése, a **Kútvölgyi Premium program** tapasztalatával, bejáratott ügyfélkörével beszállítója, **budai értékesítési csomópontja tud lenni a majdani friss fejlesztésnek, segítve annak gyorsabb felfuttatását, kihasználtságát, ezáltal a majdani beruházás megtérülését.** Ez annak tudatában is érvényes lehetőség, hogy jelenleg is folynak egyeztetések a közfunkciók érdekében történő épületátadásokról, amiben a Kútvölgyi is érintett. Ugyanis az Egyetem szakmai színvonalának piaci vonzereje, az Egyetem kezelésében működő magánszolgáltatói fekvőbeteg-kapacitáson kölcsönösen potencírozó együttműködői partnere lehet egy budai értékesítési pontnak, eltérő üzemeltetői hovatartozás mellett is.

VI. A munkacsoport új magánellátási modelljavaslata

1) Az új magánellátási modell kiválasztását meghatározó alapelveink

Amikor a Semmelweis Egyetem – pénzbevételeinek növelése érdekében – magánfinanszírozott szolgáltatások fejlesztését célozza, akkor közintézményként **egyszerre kell illeszkedjen a törvényi, a politikai, a társadalmi és a szakmai környezet aktuális adottságaihoz és elvárásaihoz.** Amíg törvényi és politikai szinten az illeszkedés természetesen alkalmazkodást jelent, társadalmi és szakmai szinten viszont egy turbulens interakcióban kell az Egyetem intézményi racionalitásait érvényre juttatni, megbontva ezzel a több évtizedre visszanyúló, többrétegű, személyközpontú status quo-t. Ezekből egyértelműen következik, hogy mindez rendkívül nagy és összetett feladat.

A magánellátás fejlesztésének javasolt alapelveit a fenti felsorolás fordított sorrendjében ismertetjük, mintegy alulról építve egymáshoz a logikai tényezőket.

A. A magánbevételek, így a hálapénz évtizedek óta meghatározó részét képezik az egészségügy finanszírozásának

A hálapénz, és a hálapénz ígéretének karrierívekre ható vonzása meghatározza a fekvőbeteg-ellátó intézmények belső struktúráját és a járóbeteg-intézmények feladatvállalásának arányait is. Az utóbbi másfél évtizedben az intézményi magánellátók és állami intézmények közötti illegitim kapcsolattartás is a hálapénz viszonyrendszerének részeként fejlődött.

Amikor az ország legnagyobb egészségügyi szolgáltatója magánellátási fejlesztést indít, akkor a jelenleg létező személyes magánbevételek kipótlását, növelését, az érintettek körének kiszélesítését és közmegelégedettségben mérhető átláthatóság-növekedést kell első alapelvként lefektetni, ami együttjár egy stabil széleskörű személyi érdekeltség megteremtésével. (Ezzel együtt sokáig él még majd a frusztráció az érintett szakmai vezetőkben, hogy az egyéni értékesítési technikákkal realizált magánjövedelem látja kárát az intézményi érdekeknek.)

B. A magánegészségügy társadalmi konzekvenciái miatt mérlegre kell tennünk az alapvető etikai vonatkozásokat

A Semmelweis Egyetem magánellátásának fejlesztése együtt kell járjon azzal a felismeréssel, hogy mindez országos hatást válthat ki, s mint ilyen, felelősséget jelent. A tudatosan etikus magatartás előfeltétele mindenfajta egyetemi funkcióbővítésnek. Nem csak az esetleges tervezési hibák közvetlen gyakorlati következményei miatt, hanem a

társadalmi méltányosság és szolidaritás ellen ható lépések hosszú távú hatása miatt, amelyek nagy felelősséget ruháznak mindenkire, aki részt vesz ebben a tervezésben.

Az orvosi sürgősség esetei hazánkban értelemszerűen nem jelenthetik semmilyen üzlet tárgyát. Ezért az intézményi magánellátás esetén minden egészségügyi szolgáltatónak tisztázott belső eljárásrend szerint kell kezelnie az azonnali ellátás hiányában maradandó egészségkárosodás kockázatát jelentő eseteket. Ennek az eljárásrendnek a költségeit is a napi fedezetelvű gazdálkodás részeként kell biztosítani. Ez a kérdés nem érint egyenlően minden orvosi szakmát. A részletek kidolgozása meghaladja ennek a tanulmánynak a tárgyát, a fő feladat két pontban röviden is összefoglalható: **1. a szükség esetén sürgős orvoshoz jutás nem függhet a beteg aktuális fizetőképességétől. 2. A magasabb fajlagos jövedelmet biztosító teljesítményérdekeltségben végzett orvosi munka sem intézményen belülre, sem intézményen kívülre nem vonzhatja el a képzett szakszemélyzetet.** Itt meg kell jegyezzük, hogy a burnout szindrómával is sújtott belső és nemzetközi orvoselvándorlás a magánellátás-fejlesztési projektünk egyik fő indoka. **Mindezekért a magánbevételek üzemi eredményét a közellátásba kell visszaforgatni intézményi szinten.**

C. A politikai környezethez való alkalmazkodás az intézményi magánellátás fejlesztésének nélkülözhetetlen eszköze

Munkacsoportunk szemlélete és gondolkodása egybevág az Emberi Erőforrások Minisztériumnak Egészségügyért Felelős Államtitkársága 2015-ben publikált dokumentumában foglaltakkal. Az egészségturisztikai magánbevételek fejlesztését az ágazati kormányprogram támogatja:

„A rendszer és az intézményi szintű hatékonyság javításához járulnak hozzá mindazon egészségturisztikai projektek is, amelyek a gazdaságfejlesztési ágazati és regionális, valamint transznacionális programok keretében – a társadalombiztosítás, illetve a központi költségvetés forrásait kiegészítő – jövedelemtermelő beruházások révén járultak hozzá az intézmények pénzügyi- és kapacitás-helyzetének, valamint eredményességének javításához.” **(Egészséges Magyarország 2014-2020” Egészség-ügyi Ágazati Stratégia, Budapest, 19. oldal, 2015. január)**

A napi politikai kommunikáció, e tanulmány írásának idején, elsősorban a közellátási feladatok budapesti infrastruktúrájának fejlesztésén keresztül hangsúlyozza az állami kötelezettségek folytonosságát. Ennek során a kapacitás-át szervezési lépések körül intézményközi viták eszkalálódnak. Ez nehezíti a Semmelweis Egyetem magánellátás-fejlesztésének területi megválasztását.

A fent idézett stratégiai dokumentum-részlet két kifejezése mértékadó: “intézményi szintű hatékonyság”, “jövedelemtermelő beruházások”. E két fogalom a lehetséges alternatívák elemzésekor kap hangsúlyt tanulmányunkban.

A politikai környezet részei a folyamatosan, de a legutóbbi választási kampányban is elhangzott kijelentések: “az egészségügy nem üzlet” és “nem szabad engedni szegények és gazdagok között kettéváljon az egészségügy”. Emiatt **alapelvként szögezzük le, hogy a magyar állampolgárok számára közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatás tartalmának és minőségének az orvostudomány fejlődésével párhuzamosan kell fejlődnie tovább, a magánellátás fejlesztése a hatályos stratégiai dokumentumban foglalt célokat kell szolgálják, a társadalmi szolidaritást hátrányosan érintő kockázatok teljes megelőzése mellett.** A Semmelweis Egyetemnek mindezt annak tudatában is vállalnia kell, hogy a jelenleg érvényesülő piaci trendeket az aktuális politikai intézkedések nem minden esetben voltak képesek kontroll alatt tartani.

D. A törvényi környezethez való illeszkedés a gazdálkodási folyamatok és a szakmai tevékenységek oldaláról egyaránt kihívást jelent

Elmondhatjuk – alább pedig indokoljuk -, hogy mindkét részből törvényes eszközökkel biztosítható, hogy egy egészségügyi közintézmény magánbevétel ellenében tervezett és szervezett, valóban piaci alapú szolgáltatást nyújtson.

A **gazdálkodási folyamatok szempontjából alapvető** 2000. évi C. törvény a számvitelről preambulumban is rögzíti, hogy egységes rendszerben szabályozza, hogy “mind a vállalkozók, mind a nem nyereségorientált szervezetek” “vagyon, pénzügyi és jövedelmi helyzetéről és azok alakulásáról objektív információk álljanak rendelkezésre.” Az értelmező rendelkezésekben definiálja azt is, hogy a gazdálkodó “saját nevében és kockázatára nyereség- és vagyonszerzés céljából üzletszerűen, ellenérték fejében termelő vagy szolgáltató tevékenységét” tekinti vállalkozói tevékenységnek. Munkánk lényege szerint tehát **azokat a formákat kell keressük, ahol a Semmelweis Egyetem tervezett és szervezett magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltatást – bevételi tervekkel, az előre értékelt kockázatnak megfelelő rögzített felelősségvállalás mellett – tud fejleszteni és üzemeltetni.**

A “saját kockázatára” kitétel egyértelműen vonatkozik a magasabb fajlagos bevételt jelentő lehetőségek nagyértékű eszközfeltételeinek fedezeti kérdésére. Mihelyt tervezett és szervezett, nagy esetforgalom áll elő, akkor nem működhet az eseti bérbeadás könnyített logikája szerint a közüzemi közpark igénybevétele. A szabad kapacitások piaci értékesítése csak az üzemeltetési jogon gazdálkodó jogi személy részletezett eljárásrendjén belül biztosítható jogszerűen. Ennek keretében szükséges biztosítani pl. az A) pontban leírt érdekeltségi alapelveket is.

Szakmai tevékenységek oldaláról elmondható, hogy mindmáig érvényes a Betegbiztosítási Felügyelet 2006-os iránymutatása, mely szerint térben és/vagy időben szükséges elválasztani a magánellátást, tehát állami intézmény is végezhet tervezett és szervezett magánfinanszírozotti ellátást, kiegészítve mindazon további feltételekkel, amelyeket a harmadik Orbán kormány megfogalmazott. A TVK-szabályozás miatt országosan rögzülő kapacitás-felesleg jelenti ennek alapját.

A tervezett és szervezett magánellátásnak a belső folyamatokhoz való illesztése a piaci igények és az orvosi részterületek szakmai logikája szerint rendkívül árnyalt kérdés. Ennek részletezése meghaladja ezen tanulmány kereteit, viszont Egyetemünk Kútvölgyi Rendelőintézetében 2007 óta működő Premium program az állami vezető ellátásának jogi szabályozását is felhasználva sikerrel valósította meg a törvényi és értékesítési feladatokat. **A sokszakmás járóbeteg portfólión belül az értékesítési és működtetési know-how az Egyetem rendelkezésére áll.** A magyarországi magánszolgáltatói termszervezet részletezésére most nem térhetünk ki, de a járóbeteg magánforgalom nélkülözhetetlen része a nagyobb fajlagos bevételt biztosító beavatkozások felfuttatásának.

2) Az új magánellátási modell megvalósítási scenáriói

A Semmelweis Egyetem tervezett és szervezett magánellátási bevételét célzó fejlesztésnek támaszkodnia érdemes az eddigi eredményekre, tapasztalatokra, és azokat a tárgyalat alapelvek szerint integrálnia szükséges. **A fejlesztés a kis fajlagos bevételű, de nagy esetszámú járóbeteg bevételeket, valamint a nagy fajlagos bevételű, zömében egészségturisztikai lehetőségeket is képező tárgyköröket párhuzamosan kell célozza.** Egyik szint sem működik a másik nélkül – ez az orvosi folyamatok logikájából adódik. **Az egészségturizmust nem lehetséges elméletileg sem leválasztani a hazai fizetős betegforgalomról, mert a különálló infrastruktúra méretgazdaságossági logikája az egységes kezelésüket diktálja.**

A Semmelweis Egyetem okkal és joggal használhatja a TVK miatt szabad kapacitásait tervezett és szervezett magánbevétel előállítására, de csak a közfinanszírozott tartalom minőségét biztosító és a gazdálkodási felelősséget érintő, fentebb részletezett alapelveknek a betartásával. Ide tartozik bármely klinika, melynek területén, műtőjében vagy betegágyain van szabad kapacitás magánfinanszírozott betegellátásra. Ide sorolandó a Kútvölgyi Rendelőintézet sokszakmás Premium programja.

Ahogy korábbi fejezeteinkben leszögeztük, **szükség van egy olyan központi kubarúra is, mely elsősorban hospitalizációt igénylő, nagyobb fajlagos bevétellel kecsegtető eljárások végzését és felfuttatását teszi lehetővé minden piaci komfortigény biztosítása mellett.** A tervezett és szervezett, tehát várhatóan nagy műtési esetszám már

nem végezhető a közfeladatokkal fedett közkórházi négyzetmétereken, főleg nem az eseti bérbeadás törvényi keretei között.

Meg kell említsük, hogy **Egyetemünkön a szakmánkénti területi elkülönültségnek sokkal erősebb hagyományai vannak, mint mátrix szerkezetű működésnek.** Viszont a szükség szokást bont alapon, **a központi kubatúrát mátrix alapon egy hatékonyságában maximalizált, minden szakmai szabályozásnak megfelelő, egyben gazdaságilag rögzített eredménykötelemben vállalt üzleti tervre optimalizált formában képzeljük el.**

Az alábbiakban ismertetjük az Egyetem előtt álló **öt alternatívát**, melyben egy ilyen központi kubatúra létesítése és működtetése megvalósítható:

A. scenárió: az Egyetem önállóan kezd bele szakmai elképzeléseinek egészségturisztikai célú fejlesztésébe

Ebben az esetben a fejlesztés teljes tőkeigényét saját forrásból és saját kockázatra kell vállalnia, a bevételtermelés várhatóan lassabban indul el. Ekkor a legerősebb a nemzetközi versenynek való kitettsége a projektnek.

E változatnak legnagyobb előnye, hogy a bevételek, a kialakuló know-how és üzletkör teljes egészében az Egyetem rendelkezése alá kerülhetnének.

E változat hátránya, hogy teljes tőkeigényét saját forrásból kell vállalnia, a pénzügyi kockázattal egyetemben, de meg kell küzdeni a felmerülő politikai kockázatokkal is.

B. scenárió: az Egyetem hazai befektetővel összefogva valósítja meg a fejlesztést

Ekkor a pénzügyi kockázatot jelentősen lehet csökkenteni (feltehetően nem nullára). Az orvosszakmai tudást az Egyetem oldalán, a pénzügyi fedezet és pénzügyi szaktudás viszont a hazai tőkepartner oldalán jelentkezik. Jelentős feladat, hogy e két külön szempontot hogyan lehet a projekt tulajdoni arányaiban időtállóan lekövetni, a működtetés megfelelő érdekeltiségének stabil fenntartásával.

A hazai befektető esetében lehetséges, hogy az részben szakmai befektetőként jelentkezik. Ekkor a projekt majdani működésének jelentős járulékos hasznai (bármi, ami nem készpénzbevétel) kerülnének ki a „szakmai befektető” meglévő egészségügyi szolgáltatásaihoz. A pénzügyi kockázat csökkentése megvalósul, de potenciális hazai konkurencia is erősödhet a projekt tapasztalataival.

Ehhez a verzióhoz tartozik, a jelenlegi magyarországi egészségturisztikai tevékenységek pontos ismerete is, amit nem tárgyalhatunk itt részleteiben, jogi és pénzügyi

„sajátosságait” beleértve. Például a <http://budapestmedical.eu> oldalakon jelentős Semmelweis Egyetemi részvétel azonosítható, ami jól jelzi a jelenlegi keretek meghaladottságát.

Összefoglalva, **előnyként értelmezzük**, hogy a pénzügyi kockázatot ezzel a modellel csökkenthetjük, **hátrányként jelentkezik**, hogy a menedzsmenti know-how nem épül ki megfelelően az Egyetemen, valamint a betegek hozzánk kötődése sem válik egyértelművé.

C. scenárió: az Egyetemtől független egészségügyi szolgáltatóval való stratégiai együttműködés jegyében hajtja végre a magánellátását érintő kapacitásbővítést

Ez feltehetően semmilyen pénzügyi kockázatot nem igényel az Egyetemtől, főleg az intézményi háttérrel és szakemberek delegálását jelentené. Ezzel arányban az értékesítésben rejlő lehetőségek, a bevétel elosztási arányai, a működés járulékos hasznai az Egyetemtől nagyrészen független tényezőkként alakulnának.

A bécsi látogatásunk során megismert osztrák modell ugyan e szerint működik, de ott a magánegészségügyi szolgáltatások, a kiegészítő egészségbiztosítás sok évtizedes – évszázados hagyományai révén az egyetemi kórház (AKH) is maradéktalanul és teljes körűen végezhet magán- és egészségügyi tevékenységet.

A hazai környezet sajnos ennek ellenkezője: magánszolgáltatásokban szinte alig található olyan betegfolyamat, amely nem használja ki a költségbeáramoltatás ellen jelenleg védtelen állami intézményeket, miközben a magánbevételekből az állami intézmények nem vagy csak alig részesednek. Az orvos-elvándorlás problematikája mellett ez is egy fő kiindulópontja a magánellátást fejlesztő projektünknek.

E modellnek legnagyobb előnye a pénzügyi kockázatmentesség, **hátránya ellenben**, hogy jobbára csak közreműködőként szállunk be a magánegészségügyi piacra. **Önálló, kizárólagos modellként nem javasolt.**

D. scenárió: az Egyetem csatlakozik a nemzetközi egészségügyben aktív, meglévő vevőkörrel rendelkező egyik külföldi szolgáltatóhoz

A külföldön történt látogatásunk egyik tanulsága, hogy az egyetem csatlakozhat valamelyik, az egészségügyben jártas külföldi szolgáltatóhoz, sőt a partner akár pénzügyi befektetésben is részt vehet a know-how szintű együttműködésen túl.

Előnye e modellnek, hogy a pénzügyi kockázatsökkentés, ugyanakkor a bevételtermelés gyorsabban beindulhat, mivel egy nemzetközi partner hálózati körét bővítjük ezáltal.

Tekintettel arra, hogy jelenleg semmilyen egészségturisztikai bevétele, és hazai viszonyokra bizonyított jártassága nincs a Semmelweis Egyetemnek, a egészségturisztikai jártassággal és vevőkörrel bíró külföldi partnerrel való társulás ígéretes.

Hátránya e modellnek, hogy a működési költségterv fedezetének biztosítása (menedzsmenti szerepek kialakítása), valamint a tulajdonosi részarányokból adódó bevételi hasznok elosztása nagyon tárgyalásfüggő, az Egyetem gyakorlatlansága e téren kiszolgáltatott pozícióba hozhatja a klinikákat.

E potenciális hátrányt ellensúlyozni lehet kétlépcsős logikával, amennyiben az Egyetem meg kívánja őrizni hosszú távú önjáró képességét.

Első lépcsőben sor kerülhet az Egyetemhez közeli, különálló infrastruktúra létrehozására, a különálló működés felállítására, az állandó munkatársak mellett az egyetemi munkatársak részidős bedolgozásával. A vegyes tulajdonú „új szolgáltató”-val való megállapodás tisztázná, hogy milyen szolgáltatásokat vásárol az 'új szolgáltató' az Egyetemtől és ez milyen külön bevételt jelent. Továbbá a tulajdoni hányad alapján az Egyetem részesülhet a működési haszonból.

Második lépcsőben az Egyetem a közös cégben elsajátított folyamatokat saját munkatársain keresztül saját falain belül is életre hívja. Az időközben növekvő piacismeret birtokában beazonosíthatja saját célcsoportjait és magánszolgáltatói portfólióját.

E. scenárió: a D. és a B. lehetőség együttese

Ekkor **egy hazai pénzügyi befektető és a külföldi szakmai befektető között oszlik el a pénzügyi kockázat,** miközben a Semmelweis Egyetem gyorsabb üzeminduláshoz, egészségturisztikai know-how-hoz is jut. Ez a lehetőség a tárgyalások során kiegészítő alternatívaként alkalmazható, időzíthető.

3) Az új magánellátási modell megvalósítását elősegítő, összefoglaló javaslatunk

A Semmelweis Egyetem kiegészítő funkciót betöltő magánellátási szolgáltatások bevételeit növelni célzó projekt gazdaságilag és szakmailag egyaránt precíz tervezést, felelős döntést, részletezett üzleti és megtérülési kalkulációk rendszeres ellenőrzését feltételezi.

Az alapvetésként megfogalmazott részletes üzleti tervezés meghaladja a jelenlegi munka kereteit, kiindulásként elsődleges javaslatainkat foglaljuk össze.

Lehatárolt felelősségben üzemeltethető vállalkozói fejlesztésre van szükség, ahol már nem a korlátozott adottságú, TVK miatt felszabadult szakmai kapacitásokon képződik a bevétel, hanem méretében és minőségében a piaci igényekre optimalizált infrastruktúrán.

Az üzleti logika része az a szemléletmód, hogy az üzleti működés során a magánellátási projekt magát egy szélesebb körű kezdeményezés szervező elemeként azonosítja, nem pedig a piacon vagy az Egyetemen „külön” vagy a többi szereplő “felett” álló entitásaként.

Szükséges betegirányítási csatornákat kezdeményezni az Egyetem összes gyógyító egységével, ahol már van illetve ahol még nincs szervezett és tervezett magánellátás a saját szakmai területükön, továbbá minden minőségi szolgáltatást nyújtó közép-magyarországi magánrendelővel is.

A siker elengedhetetlen tényezői:

- kiemelkedő infrastrukturális színvonal,
- magas szakmai értéket képviselő, motivált orvosi,
- és asszisztensi csapat,
- gyors és hatékony üzleti folyamatok, melynek záloga a motivált és professzionális menedzsment,
- magas minőségű külső és belső építészeti megoldások,
- kellemes környezet.

Külön részletezést érdemelne, hogy hospitalizációt igénylő szolgáltatások esetén mely szakmák képesek a jelenlegi izolált klinikai elhelyezkedésükön belül korrekt piaci tartalom megvalósítására és mely szakmák orvosi logikája igényli feltétlenül összevont többszakmás kúbatúra üzemeltetését.

A. A magánklinika optimális elhelyezése és kialakítása az Egyetemen

Kutatásaink alapján azt látjuk, hogy a mai magánellátási piacon a dinamikus növekedéshez megkerülhetetlen **egy** olyan, a járóbeteg-ellátást, a laboratóriumi és képalkotó diagnosztikát, valamint a közepesen komplex, viszonylag rövid ápolási idejű fekvőbeteg szolgáltatást (stabil intenzív háttérrel) magas szinten nyújtani képes, **koncentrált ellátó hely (magánklinika) kialakítása,** mely az Egyetem magánellátásának az alapját képezné. Ilyen épület jelenleg nem áll rendelkezésre.

A klinikák által ma használt privát ágyak száma becsléseink alapján 50 ágy körül lehet, ezért első körben az önálló magánklinika számára ekkora nagyságrenddel tervezzük az elindulást.

- a Semmelweis Egyetem külső tömbjén belül (intenzíves háttér közelsége okán), vagy azoktól „pár perces séta” távolságra,
- megfelelő mennyiségű parkolási lehetőséggel ellátott
- új, vagy teljesen felújított,
- színvonalában kompromisszum nélküli magas, de nem luxus minőséget sugalló
- 1.500-2500 m² nagyságrendű terület lehet,
- 3-4 műtővel,
- posztoperatív őrzővel,
- **indulásként 40-50 egyágyas**, saját fürdőszobás, klímatiszt, magas komfortú szobával,
- 10-12, napi 8-10 órában, kizárólag előjegyzéssel működő, egy napon 3-400 beteget ellátni képes, hét végén is nyitva tartó multifunkcionális szakrendelővel,
- mintavételi laborral, mely a Laboratóriumi Medicina, s esetleg a Patológiai intézetekre támaszkodva szinte bármilyen vizsgálatot el tud végezni igen rövid határidővel,
- önálló alap-képalkotó diagnosztikával (UH, Rtg) s összekapcsolva az Egyetem Radiológiai és MRKK Klinikáival bonyolultabb képalkotó diagnosztikai igény esetén, (CT első körben nem kell – meglátásunk szerint, csak ha a betegforgalom annyira megemelkedik, akkor válhat szükségessé az önálló CT beszerzése)
- 5-6 állásos fogászati, szájsebészeti blokkal.

B. A magánklinika kezdeti portfóliója

A projekt indításakor kisebb kapacitásokat érdemes – defenzíven – tervezni, de egyúttal **fontos felkészülni a belső portfólió gyors alakíthatóságára** és akár gyors bővítésére is, hiszen havonta változnak a budapesti magánrendelői kapacitások.

A cél: magas színvonalú, egyediséget és újdonságtartalmat hordozó magánegészségügyi szolgáltatásokat modern környezetben, műtői háttérrel nyújtó, profitalapú üzleti tevékenység létrehozása azokon a szakterületeken, amik akár a Semmelweis Egyetem szakmai adottságai, akár földrajzi elhelyezkedés, akár a társadalmi-egészségügyi trendek szempontjai alapján indokoltak és megtérülnek.

Az alábbiakban röviden megjelöljük az elsődlegesen „megtámadható” piacot a szakmai területek vonatkozásában, de gyakorlatilag szinte minden szegmensben jó eséllyel indulhatna az Egyetem.

Az induló portfólió javaslatunk:

- Plasztikai sebészet
- Ortopédia
- Szülészeti, nőgyógyászati
- Belgyógyászat
 - Gasztroenterológia
- Fül- Orr- Gégészeti
- Bőrgyógyászat
- Sebészet, egynapos sebészet
- Intervenciós radiológiai szolgáltatások (mintavételek, értágítások, embolizációk)
- Szemészet
- Urológia (andrológia)
- Kardiológia
- Pszichiátria
- Neurológia

A legnagyobb kockázatnak az üzleti modell tekintetében a kapacitás-kihasználtsági szintet kell tekinteni, a modell szerkezete csak abban az esetben biztosítja a megtérülést, ha a betegek megfelelő számban érkeznek a klinikára. Ez kezdetben az orvosi csapaton múlik. A betegek visszatérési aránya azonban már az intézményi működés sikerességétől függ, a szakmai és támogató háttérfolyamatok, a személyzet és a menedzsment csapat minőségén és sikerességén múlik

C. A magánklinika kialakításának becsült költségei

Ennek az infrastruktúrának a kialakítása tervezéssel, medikai és irodai informatikával, gyengeáramú technológiával, orvosi eszközökkel, berendezésekkel, valamint a magánklinika adminisztratív háttérének is elhelyezésül szolgáló irodákkal, nagyságrendileg **3-4 milliárd Ft-ot bizonyosan jelent.** Amennyiben elfogadjuk a háttérszakaszos építkezés gondolatát, **2 milliárddal már el is lehetne kezdeni a fejlesztési sorozatot.**

D. Összegzés

Dr. Hunyady László dékán úr által felkért munkacsoport a reá bízott feladatot elvégezte, a kutatások eredményeit durván 70 fő előtt, a többi munkacsoport tagjai előtt bemutatta; a jelenlévő munkacsoportok az elképzeléseket támogatták. **Az Egyetem vezetésének döntenie kell arról, hogy a megvalósítás lehetséges útjai közül melyiket választja.**

Jelen tanulmány nem azzal a céllal készült, hogy a javasolt magánklinika pontos tervét tartalmazza, mivel ezt meg kell, hogy előzze az Egyetem vezetésének döntése a fejlesztés irányáról. Amennyiben a vezetés a javaslatot megvalósításra érdemesnek tartja, úgy mindenképpen szükség van a magánszolgáltató piac részletes elemzésére, illetve egy megvalósíthatósági tanulmány készítésére. Bizalom esetén a munkacsoport készséggel részt vesz ebben a munkában.

Az elmúlt évek tapasztalatai egyértelműen arról szólnak, hogy az egyenlőtlen hozzáférésű és minőségű állami egészségügyi intézményekben csalódott betegek egyre inkább a magánellátókhoz fordulnak. A jelenleg piacon lévő magánintézmények zömében ugyanakkor nincs garancia arra, hogy a betegek megfelelő színvonalú ellátást kapjanak, ráadásul az állami ellátókban lecsapódó, szövődményekkel küszködő betegek esetei bizonyítják, hogy a beavatkozások jelentős részének indikálása nem volt szakmailag megalapozott. Tovább tetézi a betegek kiszolgáltatottságát, hogy a magánellátókban általában nincs jelen az összes társszakma, illetve egyik magánellátó sem működtet intenzív osztályt.

A Semmelweis Egyetemen ezzel ellentétben minden képesség rendelkezésre áll ahhoz, hogy a beteg megfelelő színvonalú ellátást és megkérdőjelezhetetlen biztonságot kapjon. A létrejövő, intézményen belüli magánklinika segít(ene) az Egyetemre is begyűrűző HR krízis enyhítésében, a szürke pénzek kifehérítésében, az Egyetemen zajló nem hivatalos „magánellátás” protokollok mentén történő, szabályozott szolgáltatássá változtatásában, illetve az intézmény gazdasági stabilitását segítő plusz források megjelenítésében.

A stabil társadalmi szerződésen alapuló, szociálisan érzékeny, rászorultság elvű, ugyanakkor piaci alapú, közösségileg észszerűen és eredményesen működtethető, kiegészítő funkciót képviselő egészségügyi magánellátási modell Magyarországon hiányzik, felmutatására országos igény mutatkozik, így egyetemi kötelesség is ennek kidolgozása. Az Egyetemnek ezt a felelősséget fel kell vállalnia.