

Vadkapitalizmus virágzása, azaz mit szül a szabályozatlanság az egészségügyben, I. rész

A magánegészségügyi ellátás Magyarországon

Dr. Rékassy Balázs, egészségügyi közgazdász, Dr. Kincses Gyula egészségügyi szakértő, Révész Sándor, Soltész Attila, Planslab Kft.

A lakosság számára a magán egészségügyi ellátás ma már az egészségügy természetes velejárója, mégis a szektorról semminemű hivatalos mérés, információ, adatszolgáltatás nem létezik, és igen keveset tudunk a magán egészségügy valós tartalmáról. A szerzők egy 2 részes tanulmányban elemzik a szektor fejlődését, trendjeit, a piac jelen nagyságát, főbb szereplők csoportosítását. Az első tanulmány végén javaslatokat fogalmaznak meg a két szektor (magán- és közfinanszírozott) szabályozott együttélése érdekében. A második rész egy felmérés és a piaci szereplőkkel készült interjúk alapján a szereplők motivációt, attitűdjét mutatja be. A jelen szabályozatlanság erőforrásokat von el a közfinanszírozott egészségügytől, az egészségügy kettészakadását erősíti, és növeli a társadalmi esélyegyenlőtlenségeket, komoly társadalmi és populációs szintű egészségkockázatot hordoz, így ezáltal nem szolgálja a lakosság egészségi állapotának javítását. Miközben megfelelő egységes szabályozás, minőségbiztosítás és NEAK vásárlóerő esetén a magánellátás hatékony partnerségben javítaná az egészségügyi ellátás globális minőségét, hatékonyságát, jobban kapcsolódhatna a leterhelt közfinanszírozott ellátáshoz, hiszen a két rendszer közös végső célja az eredményes, gazdaságos működésen keresztül a lakosság egészségi állapotának hatékony, és esélyegyenlőséget biztosító javítása kell, hogy legyen.

The Hungarian population widely uses private health care services as part of their everyday health care needs, however officially there are no data, information available about the performance of this sector. The authors' study is presented in 2 parts, which intends to highlight the development, current trends, market size, and the characteristics of the main typical groups of the private healthcare sector in Hungary. At the end of the first part conclude on some recommendations, how regulation should improve the output of the two sectors (private and public financed health care services providers). In the second part of the study motivation of the players, attitudes will be presented through the results of a survey and interviews. Due to the current lack of regulation, private health care absorbs resources from the public healthcare, which leads to polarisation of the systems, and further inequity and polarisation of the society. The current system does not serve the public interest. On contrary adequate and equal regulation of

the two systems, overall quality assurance, and increase the purchasing power of the National Health Insurance Fund, the private could improve the quality, and effectiveness of the Hungarian health care in general, and could support the overused and underfinanced public health care services. The overall aim of the health sector is to provide fair, effective use of health care resources and create wellbeing to its all citizens.

BEVEZETŐ

Magyarországon a magánegészségügyet hagyományosan választékbővítő mellékszereplőnek tekintették, és az egészségügyi ellátórendszer alatt a közfinanszírozott egészségügyet értették. A mindenkor kormányzatok is ekként kezelik a szektort: nem rendelkeznek megfelelő információval a szféráról, és a szabályozottsága, ellenőrzése is igen felületes. Ugyanígy a kutatók érdeklődését sem keltette eléggé ez a szféra, így információink igen hiányosak. Ezen a megközelítésen már túllépett az élet: a magán egészségügyi ellátás mára az egészségügyi ellátó rendszerünk érdemi, sok területen a közfinanszírozott ellátással azonos súlyú szereplője, és a hazai egészségügyi ellátás szerves része. Alaphipotézisünk, hogy a magyar magán-egészségügyi ellátás jelenlegi, szabályozatlan, spontán fejlődési formájában nem járul hozzá kellő mértékben az egészségügyi ellátás valós végső céljához, azaz a társadalom egészségi állapotának [1] a javításához.

Szintén kiindulási pontnak tekintjük, hogy a NEAK vásárlói szerepének növelésével, megfelelő minőségbiztosítási rendszerrel, a két szektor összekapcsolására kialakított stratégiával, átláthatóságának és átjárhatóságának növelésével javítható lenne a teljes egészségügyi ellátórendszer hatékonysága, minősége.

TANULMÁNY CÉLJAI

Tanulmányunk 2 részből áll. Jelen első részében a magán egészségügyi szolgáltatók fejlődését, a piac változásainak hátterét, mozgató rugóit, piaci pozícióját foglaljuk össze.

Célunk annak tisztázása, hogy a magánegészségügy igen heterogén fogalom, és a magán egészségügyi szolgáltatóknak számos csoportja létezik (lásd lejjebb). Minden típusának szüksége lenne egy átfogó és jellegének megfelelő szabályozásra, minőségbiztosítási rendszerre, amely a teljes

hazai egészségügyi ellátás átlátható és szerves partnerévé teszi.

A második részben bemutatjuk a saját kutatásunkat, amely 3 irányból közelítette meg a kérdést:

- Online kérdőíves kutatást végeztünk több mint 200 orvos részvételével [2].
- Ezen felül mélyinterjúk beszélgetéseket készítettünk a legnagyobb magán-egészségügyi szolgáltatók tulajdonosaival, ügyvezetőivel, ők miként látják a piacot, saját cégük fejlődését, milyen kihívásokkal, problémákkal küzdenek, milyen sikereket értek el.
- Végül feldolgoztuk a 300 millió Forint éves árbevétel feletti szolgáltatók főbb piaci adatait az előző évek hasonló adatainak tükrében.

Jelen első rész a magánegészségügy szolgáltatói oldalával foglalkozik, a finanszírozói oldal elemzése (háztartások egészségügyi kiadásai, az egészségpénztárak és magán egészségbiztosítások helyzete, szerepe) külön tanulmányt érdemel.

A MAGÁNFINANSZÍROZÁSÚ PIAC SZEREPE, JELENTŐSÉGE

A magánegészségügy ma már az egészségügyi rendszer érdemi szereplője, ugyanakkor erről a szegmensről a jelentőségéhez képest igen keveset tudunk. Nem ismert a szféra tevékenység-spektruma, tevékenységtömege és pontos gazdasági szerepe (árbevétele). Sem a hatóságok, sem a lakosság előtt nem ismert a nyújtott ellátások minősége (eredményességi mutatók, fertőzések száma, peres ügyek száma, aránya stb.), mennyisége, szakmai megoszlása. A betegek csak véletlenszerűen tájékozódnak az ellátások hozzáféréseiről, nincs egységes, hiteles felület, ahol ellenőrzött információkhoz lehetne jutni.

Nincs egy egységes, valóban működő, az egészségügy minden szereplőjét ellenőrző minőségbiztosítási, felügyeleti hatóság, így ezen szektort is, a teljes átláthatatlanság jellemzi. A hivatalos információk hiányosak és bizonytalanságokkal terheltek. Az ellátás ad-hoc jellegű, szakmailag nem felügyelt és nem irányított. A köz- és a magánfinanszírozású rendszer nem kapcsolódik össze, egymást nem igazán segíti, hanem az egyén, a páciens döntésére, az eladó marketingjére hagyatkozik. Mindez redundanciát, hatékonyságvesztést okoz.

Mivel Magyarországnak nincs két egészségügyre való orvosa [3], ezért meg kellene szervezni a szektor átláthatóságát. A magán ellátás képes definitív és jelentős szolgáltatások nyújtására, amely sok esetben csökkenthetné a közfinanszírozott ellátórendszer leterheltségét, de ellátás-szervezési hiányosságok miatt ez a képesség nem érvényesül.

A SZOLGÁLTATÓI OLDAL FEJLŐDÉSE

Kezdetben alapvetően a kis lakásrendelők dominálták, amelyek elsődlegesen nem hozzáadott szakmai értéket, hanem személyességet, több időráfordítást adtak a beteg-

nek, de a hálapénz-realizáló/-legalizáló funkciójuk is tagadhatatlan volt.

Ugyanakkor – már a '90-es években – elindultak olyan tisztán magánfinanszírozású, specializált egészségügyi tudással bíró magán egészségügyi szolgáltatók, amelyek a döntően beruházási tőke forráshiányos közfinanszírozott szolgáltatók ellátására szerződtek, outsourcing partnerként (legtöbbször kiváló lobby erővel). Őket OEP szerződést kötött szolgáltatói csoportként is jellemezhetjük; pl. Kaali, Euro-medical – jelenlegi nevén Affidea, laborszolgáltatók, vese-dialízis, gerincgyógyászat stb.). Ezek a szolgáltatók nem tekinthetők a szorosan vett magánfinanszírozott szolgáltatók közé. Az ilyen jellegű, mára már vegyes finanszírozású, és piacról is élő, de még mindig döntően outsourcing szolgáltatást nyújtó intézmények túlélték a változásokat, mivel bevételük biztosított és számítható volt. Evvel szemben a csak magánfinanszírozásúak (fee for service alapon működők) körében változások indultak meg.

A fejlődés során a lakásrendelők visszaszorultak, és a többszakmás rendelőintézetek indultak fejlődésnek. A nagyobb magánszolgáltatók tevékenysége üzemszerűvé vált. Itt további változás van folyamatban: a korábban egy vagy néhány vállalkozó tulajdonos orvos köré épülő magánklinikák mellett – sok esetben azokat átveve – megjelent a tőke, és komoly, az elmúlt közel 3 évtized alatt, milliárdossá vált vállalkozók látnak további piaci lehetőséget a magánfinanszírozott egészségügyi szolgáltatásokban. Legfelsőbb körökben divat lett egészségügyi vállalkozásba befektetni.

JELEN HELYZET

Mára megfigyelhető a korábbi orvos-tulajdonosok háttérbe szorulása és nagy befektetők megjelenése, akiket egyértelműen csak a profit motivál. Ezeknél a rendelőknel megjelent a professzionális menedzsment, fejlett belső kontrolling rendszer, profi sales és marketing funkciók jellemzik, hasonlóan bármely, a szektorban működő vállalathoz. A tulajdonos, a menedzsment és munkavállaló orvos szintjei elválnak egymástól, az orvos alkalmazottként, vagy alvállalkozóként dolgozik. A hármas tagozódás (front office betegellátást végző szolgáltató, háttér menedzsment, tulajdonos) következtében, ezen szolgáltatók átláthatóan, professzionálisan, profit központúan és általában magasabb felszereltséggel működnek.

Az üzemszerűen működő nagy szolgáltatók legnagyobb versenytársa a jelen tisztázatlan piaci körülmények között az adózási előnyöket kihasználó kisrendelő. A piac ma bővül, miközben egy erős tőkebevonás, és koncentráció figyelhető meg. Az utóbbi időkben is új, tőkeerős szereplők léptek be erre a piacra. Pl. Csányi Sándor 60%-os tulajdonrészt vásárolt a Budai Egészségközpontban, illetve belépett a piacra a Róbert Károly Magánkórház megvásárló Med-Alliance Holding. E mellett további jelentős, még nem publikus szakmai-pénzügyi befektetési változások is várhatóak.

A piacot jelentősen felbolygatta, egy olyan magán ukrán

befektető [4] megjelenése, amely tőke befektetésének mértéke még nem látható reális megtérülés mentén, külsős megfigyelő szemével. A DMC nem várt növekedést és forgalmat produkált döntően a járóbeteg ellátásban jelen szűk kapacitásai mellett is (2016-ban 789 millió Ft forgalom, 2017-ban már 1.542 millió Ft forgalom). Jelentős, 20 milliárd Ft feletti beruházást eszközölt egy önálló, 8 emeletes, saját intenzív osztállyal, számos műtővel, közel 100 ágygal működő többszakmáskórház létrehozására. Miközben a piac árgus szemmel figyeli, ma még a DMC saját menedzsmentje számára is fejtörést okoz az idén ősszel megnyitandó fekvőbeteg rész – komoly kórházi háttér – rentábilis működtetése, érdemi biztosítói háttér nélkül.

PIACI TRENDK

A magánegészségügy, a közfinanszírozott egészségügyi rendszer túlterheltségének, alulfinszírozottságának köszönhetően igen erős növekedésben van. Ma már a magánegészségügy meghatározó szereplője a hazai ellátásnak, elsősorban a járóbeteg szakellátás szintjén. Ennek okai többek között a differenciálódó társadalmi igények, másrészt a közfinanszírozott ellátás alulfinszírozottságából fakadó alacsony orvosi bérek.

A közfinanszírozott járóbeteg szakellátó rendszer alulfinszírozottságát kutatásunkban igen egyszerű módon sikerült bizonyítani. Felmértük, hogy egy magánrendelés átlagosan és hozzávetőlegesen 1 óra alatt (Budapesten) 40 000 Ft bevételt termel. Ezek ellentételezik a béreket (orvos, asszisztens, recepciósz.), a szakmai költségeket (bérleti díj, fogyóeszközök, gépek, eszközök beruházási és amortizációs költsége, energiafelhasználás...). Ekkora bevételből tud a menedzsment hatékony gazdálkodást teremteni.

Ha ugyanezt megnézzük a közfinanszírozott járóbeteg szakrendelésekre, akkor ott a NEAK kimutatása szerint 2640 Ft-ot kap átlagosan egy intézmény egy beteg ellátása után. A Medicina2000 Járóbeteg Szövetséggel végzett közös kalkuláció alapján, ha ezen adatokat megtisztítjuk a költséges képzőbevételektől, akkor valós beteg-orvos közötti járóbeteg ellátó intézmény nagyjából 10 000 és 13 000 Ft közötti óránkénti bevételt tud megtermelni.

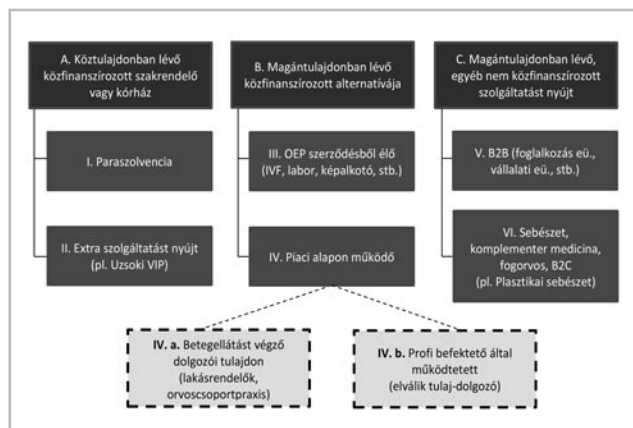
Mint egészség-gazdaságtanból jól ismert, a szektorban jelentős hatása van a kínálat vezérelte keresletnek: az orvos közfinanszírozott ellátásból nem fedezett jövedelemigénye folytán vagy pályaelhagyó lesz, vagy paraszolvenciát fogad el, vagy magánellátásba megy dolgozni, vagy külföldre menekül. Míg a mai 30-40 éves életkor közötti szakorvosok számára a nyugat-európai egészségügyben való munkavállalás a leggyakoribb megoldás, a 40 feletti, erősebb gyökerekkel rendelkezőknél, a magán ellátásban való intenzívebb jövedelem-szerzés, függetlenség jelenti a legnagyobb vonzerőt. Felmérésünkben a 210 válaszadó orvos 42%-a válaszolta azt, hogy anyagi szempontból, illetve a kényelem, szabadság miatt dolgozik a magán ellátásban, illetve csak 7% válaszolta, hogy a tevékenysége csak magánellátásban végezhető, vagy azt, hogy jobb a szakmai színvonal.

További trend a korábbi években megerősödött, növekvő vállalkozások piaci bővülése, határokon át való átnyúlása. Azon szolgáltató, amely korábban a vállalati szektor számára nyújtott foglalkozás-egészségügyi szolgáltatást, mára már teljes járóbeteg, esetleg még fekvő beteg ellátást is nyújt fee for service, vagy általános díjas biztosítási alapon. Esetleg saját biztosítást nyújt, több szakma, ellátási spektrum, más területek, más városok ellátása felé nyit. További tendencia a hálózatosodás megjelenése.

A MAGÁNEGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK CSOPORTOSÍTÁSA

A magánegészségügyi szolgáltatók „egy kalap alatt” kezelése elavult és téves elképzelés. Egy szolgáltatás tekintetében nem a tulajdonosi forma a lényeg, hanem az, hogy rendszerbe illeszkedően, átláthatóan és a társadalom érdekét szem előtt tartva végzi-e a szolgáltatást. Az egészségpolitikusok hajlamosak a magánellátást egységesként kezelni, miközben strukturálisan egymástól teljesen eltérő szolgáltatási csoportokat figyelhetünk meg:

- a NEAK szerződésből élő, közfinanszírozott ellátást végző szolgáltatók – pl. dialízis, képződiagnosztika, labor – valójában közszolgáltatást nyújtanak, a társadalombiztosítás alvállalkozóiként;
- piaci alapon a közfinanszírozott ellátásokkal versengő szolgáltatások (kardiológus Kovács doktor magánrendelője – multidiszciplináris magán egészségügyi központ) – ezek a magánfinanszírozású szolgáltatási piac egyik, az állammal versengő csoportja;
- piaci alapon működő, a közellátással nem versengő, nem támogatott egészségügyi szolgáltatásokat nyújtó szolgáltatók (foglalkozás egészségügy, menedzserszűrés, plasztikai sebészet, esztétikai bőrgyógyászat, alternatív medicina stb.) – ezek a magánfinanszírozású szolgáltatási piac másik, a szintizista piacról élő, az állammal nem versengő szolgáltatók csoportja;
- és ezek kombinációja, amelyek mára már legalább 2 forrással is rendelkező szolgáltatók;



1. ábra

Az egészségügyi szolgáltatók csoportosítása a piaci szegmens és tulajdonos szerint

A magán-egészségügyi szolgáltatások besorolására javasoljuk az 1. ábrán látható csoportosítást, amely egyben az egészségpolitikai vezetés számára kategóriákat is megfogalmaz, mely szolgáltatási formákat kellene tiltani, túrni, támogatni, illetve szabályozni [4].

EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÓK CSOPORTOSÍTÁSA PIACI SZEGMENS ÉS TULAJDONOS SZERINT

Tilt, túr, támogat és szabályoz

A hazai egészségügyi ellátás egyik rendszertorzító fontos eleme a jól ismert hálapénz (l., lásd 1. ábra) rendszere. A paraszolvencia, illetve a közbizony magáncélokra való felhasználása nem átlátható, az általa okozott rendszertorzító tényezőket jól ismerjük, számos tanulmány foglalkozott vele. Ezt tiltani kell. Bizonyos területeken, ahol a magánrendelők már alternatívái, versenytársai a közfinanszírozott ellátásoknak, megfigyelhetők a hálapénz csökkenése. A felmérésünk eredményei is azt mutatták, hogy sok esetben a betegek igénylik, hogy az orvos magánrendelésen fogadja őket (a válaszadó 210 orvosból 15 (7%) válaszolta elsőként, hogy elsősorban azért dolgozik a magán ellátásban, mert a betegek igénylik), és ott „vásárolnak” időt és figyelmet a közellátásban is dolgozó orvosoktól (tipikusan műtétes szakmák konzultatív magánrendeléseit). Viszont vannak olyan szolgáltatási formák, ahol csak hálapénz segítségével képes a páciens vélt vagy valós megoldáshoz jutni (pl. rehabilitációs ellátás, krónikus gondozás), és a kapacitás hiány növeli a vásárlói kiszolgáltatottságot.

A köztulajdonban lévő kórház vagy szakrendelő (A.) megfelelő feltételek mentén extra szolgáltatásokat nyújt (II.), a helyi lakosság igényeit jobban kielégíti, mindezt transzparenssé teszi, evvel versenyzik a helyi magán szolgáltatókkal, amivel plusz-forráshoz juttatja az intézetét, és a rendszerben tartja az egészségügyi dolgozóit, akiknek versenyképesebb jövedelmet tud biztosítani (lásd Uzsoki VIP, vagy MÁV Kórház Vitalitás osztály, Szent Kristóf Szakrendelő hétféligi fizetés UH vizsgálat, Vasútegészségügy Medical Center). Ezt támogatni kellene. Ennek a támogatásnak a jelenlegi hiánya komoly rendszerbeli anomália, amelynek szabályozása segítené a közfinanszírozott ellátásban az orvosok megmaradását. Itt megoldás lehet, hogy a közfinanszírozott szolgáltató:

- Saját maga kínál:
 - Többletkapacitást elkülönített időben (a lekötött óraszám után magán szolgáltatást nyújt)
 - Többletkapacitást tart fent elkülönített térben (Uzsoki, Dimenzió, néhai MÁV Vitalitás, Vasútegészségügy Medical Center)
- Eszközt, kubatúrát ad bérbe vállalkozásnak.

A klasszikus magán szolgáltatók (B.) jellemzői, hogy helyzeti, tudásbeli, vagy kapcsolati előnyüket használják ki. Ezen belül is több csoportot figyelhetünk meg:

- NEAK szerződést kötött szolgáltatói csoport (III.). Ők korábban egy piaci rést észrevettek, és megfelelő kapcsolati és tudás-, szervezési tőkékre alapozva mozog-

nak azon a területen. Kiszervezett szolgáltatások, amelyek döntően állami beruházási forrás híján jöttek léte, és közfinanszírozott szolgáltatásokat nyújtanak. Vannak olyan rések, ahová örömmel jöttek a magán szolgáltatók, mert nagyon jó szerződési feltételeket lobbiztak ki magunknak az OEP-pel (lásd képkalkuló diagnosztika, IVF, gerincgyógyászat, betegszállítás, vese dialízis stb.). Vannak olyan területek, amelyeknél ezek ma is gazdaságosan végezhetőek, és vannak, amelyek az évek alatt súlyosan alulfinanszírozottak lettek.

Az idetartozó jövedelmet tévesen szoktuk egységesen magánpiachoz sorolni, hiszen ezen szolgáltatók mára vegyes finanszírozásúak; bevételük döntően NEAK kasszából történik, és kisebb részben piacról finanszírozottak. Megfelelő kontroll, minőségbiztosítás szabályozás mentén és fair, átlátható verseny esetén, illetve reális NEAK finanszírozási keret és kód karbantartás mellett sokkal több ilyenre lenne szükség, hiszen ők az állami közfinanszírozott ellátás szolgáltató partnerei, és sok esetben versenyképességük folytán minőségi szolgáltatásokat nyújtanak, jó áron. Ez egy elvi döntés, hogy őket akarjuk-e segíteni, a verseny erősítése előnyös-e, vagy ha nem, akkor az állam képes-e, valamint tudja-e ezeket a szolgáltatásokat maga is nyújtani, hasonló minőségben. Erre jó példa néhány a közelmúltban megvalósult képkalkuló diagnosztikai beruházás: ma már az állam is hajlandó és tud gépeket vásárolni azon centrumok számára, ahol korábban csak a magán tudott beruházni, és működtetni egy-egy jó minőségű képkalkuló diagnosztikai központot. Látszik, hogy az állami beruházás nem elég. Az a kérdés, tudja-e működtetni az intézmény fenntartó hasonló minőségben, mint azt a magán szolgáltató tette, esetleg jobb méretgazdaságossági feltételek mellett. Azonban nem a magán finanszírozott, valós piacról élnek, és nem vehetők egy „kalap alá” a piacról élő magán szolgáltatókkal.

- Ez utóbbiak csoportja (IV.) a közfinanszírozott járó- és fekvőbeteg ellátásokkal versenyez, ahol a Tb finanszírozás a beteg számára (elvileg) ingyenes, a másik meg direkt díjfizetés ellenében igyekszik megélni. Szolgáltatási körük többnyire a lakosság fizetőképességén alapul. E kör is két csoportba választható:
 - Kisebbségi magánrendelők, csoportpraxisok, ahol a tulajdonosok egyben a munkát, betegellátást végzik (IV.a.). Amennyiben náluk az átláthatóságot sikerül javítani (pl. EESZT, NAV), igazán hatékony kiegészítői lehetnek a közfinanszírozott állami szolgáltatóknak.
 - A piac növekedése folytán egyre növekvő vállalkozási forma, ahol a tulajdonos és a szolgáltatást végző orvos szétválik (IV.b.). E csoportban a pénzügyi befektető érdeke az átlátható számlás működés [5], hiszen egyébként a tulajdonosnak nincs semminemű kontrollja a szolgáltatást végzők felett.
- A piac 3. típusú szereplői azon egészségügyi vállalkozások, akik valódi piacról élnek, de olyan szolgáltatást kínálnak, amit a NEAK nem finanszíroz (C.). Lásd esz-

tétika-, vagy foglalkozás egészségügy. Itt is elkülöníthetjük a

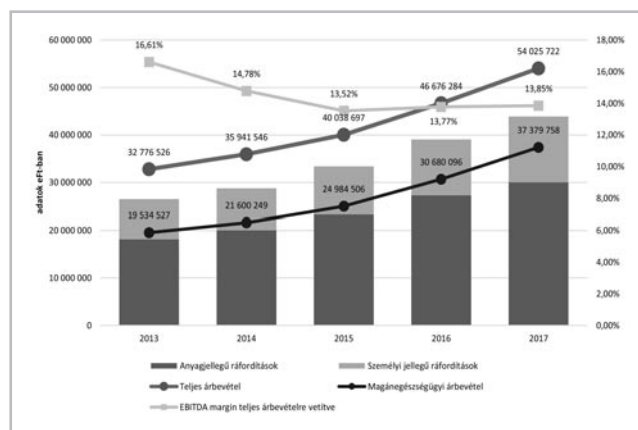
- vállalkozások irányába működő szolgáltatókat (V.) (pl. foglalkozás egészségügyi menedzserszűrészt átalány díjas ellátást biztosító szolgáltatók), illetve
- a magán ügyfelek részére szolgáltatást nyújtó (VI.) rendelőkét (pl. plasztikai sebészet).

Ezen szereplők szakmai ellenőrzése, minőségbiztosítása az állam feladata, de szabályozásuk értelemszerűen enyhébb, hiszen ugyanolyan piacról élő szolgáltatók, mint bármely más szektor. Itt az egyik tipikusan nehéz kérdés, hogy a foglalkozás egészségügyi vizsgálat, mennyiben segíti és járul hozzá az alapellátás feladataihoz, milyen mértékben rendelkezzen közfinanszírozott szolgáltatásokra való beutalási, továbbküldési jogosultsággal.

PIAC MÉRETE

Profitabilitás

Téves az a politikai szlogen, hogy az egészségügy nem üzlet [6]. Igenis üzlet, és az egyre növekvő káoszon alapuló intenzív növekedés igenis jó üzletnek tűnik. Saját kutatásunkban a legnagyobb piaci szereplők tulajdonosaival interjú készítettünk, amely során kiderült, hogy mindegyik tulajdonos elégedett, kétszámjegyű növekedésről számol be, további befektetéseket, növekedést tervez, hiszen már számos magán szolgáltató esetében is várolista figyelhető meg, és mindegyik általunk megvizsgált vállalkozás, növekedési és nyereséges fázisban van.



2. ábra
Az intézmények teljesítménye 2013 és 2017 között

A 2. ábrán látható, hogy a kutatásunkban szereplő, 300 millió Ft éves árbevétel feletti budapesti magán egészségügyi szolgáltatók (33 intézmény) nem NEAK támogatott szolgáltatásainak árbevétele a legutóbb lejelentett 1 év alatt 30,7 milliárd Ft-ról 37,4 milliárd Ft-ra nőtt, ami több mint 21%-os növekedésnek felel meg. (Teljes árbevételük 46,7 milliárd Ft-ról 54 milliárd Ft-ra nőtt, ami szintén jelentős és szép növekedés, de a 2. ábrában csak a magánfinanszírozott bevételeket mutatjuk be).

Ezen szolgáltatói kör eredményessége enyhén csökken, de így is igen szép, 10% feletti. Eredményességüket EBITDA-ban mértük, amely a vállalkozás kamatok, adózás és értékcsökkenési leírás előtti eredménye. A vállalkozás aktuális üzleti eredményességét tükrözi, mivel független attól, hogy kamatot fizet-e, vagy osztalékban veszi-e ki a nyereséget, és hogy mennyit költött beruházásokra, adókra a múltban.

Az eredményesség csökkenés okai a következők:

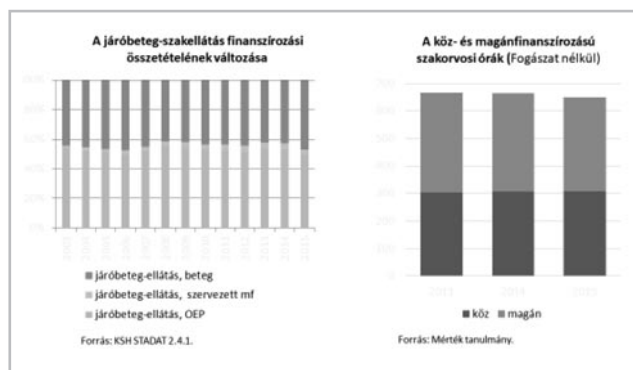
- további jelentős beruházásokat eszközölnék;
- piac tisztulása, fehéredése: nő a bejelentett dolgozók száma, illetve a személyi jellegű kifizetések erősebb növekedésben vannak;
- verseny növekedése.

Piac mérete

Mivel a magán egészségügyi piacról kevés hivatalos adatunk van, a KSH STADAT 2.4.1-es táblára és korábbi saját tanulmányokban [7, 8], illetve más publikációkban is megjelent, a hazai magán egészségügyi szektor méretére történő becslésekre támaszkodhatunk. A KSH STADAT 2.4.1 táblázata szerint 2015-ben a lakosság 360 milliárdot költött egészségügyi szolgáltatásokra. Ez a háztartások egészség célú kiadása, amelynek része a hálapénz, a fogorvosi ellátások, gyógyszerkiadások stb. is. Tehát nem keverendő össze a magán, szolgáltatói egészségügy bevételeivel!

A magán egészségügyi szolgáltatói oldal bevétele korábbi számításaink szerint kb. 100-120 mrd forintos nagyságrendű, de ez a nagyobb szolgáltatóknál helyenként lényeges NEAK bevételeket is tartalmazza. Ennél pontosabb számítást úgy tudtunk készíteni, hogy a legnagyobb (300 millió Ft feletti) fővárosi szolgáltatók publikus adatait feldolgoztuk. Az ő esetükben feltételezhető, hogy az eltitkolt jövedelem mértéke elenyésző. Így a piac legnagyobb szereplői esetében, a korábban számolt a teljes bevételéből (54 milliárd Ft), kivettük a NEAK támogatást, és így 37,4 milliárd Ft-tal számolhatunk a TOP 33 intézmény esetében.

Az adatszolgáltatás hiányossága folytán nem tudjuk mérni a sok kis magánrendelő forgalmát, teljesítményét, bevételeit, így az csak becsléssel állapítható meg. A hivatalos adatok szűkkörűek és értelmezési nehézségekkel túszteltek.



3. ábra
A járóbeteg-ellátás változásai: 2003-2015

Szektorsemleges kapacitás-adatként egyedül az ÁNTSZ működési engedélyek érhetőek el (MÉRTÉK tanulmány [9]), de az engedélyezett órák nem biztos, hogy működnek, és azt sem tudjuk pontosan, hogy adott esetben magánszolgáltatók végeznek-e alvállalkozásként közellátást. A fenti bizonytalanságok ellenére a statisztikai táblák idősorai az azonos metodikák és azonos hibák miatt mégis informatívak.

A 3. ábra tanúsága szerint ma már a járóbeteg-szakellátásban a magánszféra jelentősége a kapacitások és az árbevétel tekintetében minimum a közszféráéval vetekszik.

A MAGÁNFINANSZÍROZÁSÚ EGÉSZSÉGÜGYI PIAC HATÁSAI [10]

A magánfinanszírozású egészségügy szerepének értékeléséről nem lehet sommás, Igen – Nem típusú ítéletet mondani, mert a hatások összetettek, sőt ellentmondásosak. Alapelvként kell leszögezni, hogy bár a magánegészségügyi ellátás fejlődése látványos, de hazánkban nem helyettesítheti a közfinanszírozott egészségügyet, hiszen növeli a társadalmi esélyegyenlőtlenséget, illetve a szolgáltatási spektrum és allokáció nem szükséglet, hanem profitabilitás alapú.

A magánellátás szabályozatlan növekedése közép- illetve hosszútávon is veszélyes lehet, és károkat okozhat a teljes egészségügy rendszer, a populációs szintű egészségi állapot tekintetében (HR krízis mélyítése, kapacitási problémák, átfogó betegmenedzsment hiánya stb.). Ezzel szemben megfelelő szabályozás és finanszírozás esetén a magánegészségügy fontos kiegészítője lehet a közfinanszírozott ellátásnak, azon felül a rendszer egészébe minőségi javulást hozhat [11].

A magánfinanszírozású egészségügyi szolgáltató a világ minden táján az ellátási paletta színesítője, illetve számos – úgynevezett fejlett, és kevésbé fejlett – államban a lakosság egyes rétegei számára az elsődleges ellátói szegmenst jelentik.

A magán ellátás előnyei

Miután a magánfinanszírozású szolgáltatások tekintetében a szolgáltatók a piacról élnek, sokkal jobban alkalmazkodnak a fogyasztói igényekhez, beteg-elvárásokhoz. A nagyobb társadalmi elégedettséget, a „kliensorientált” attitűdöt a betegbarát piac-konform egészségügyi rendszerek támogatják jobban, és ezek a rendszerek alkalmasabbak az egészségtudatosság, egészség-felelősség, együttműködés támogatására, ösztönzésére. A magánszolgáltatók flexibilitásuk, mentesek a közszféra bürokratikus túlszabályozásától, így innováció-barátok, és gyorsabban képesek reagálni a szakmai fejlődésre, a lakossági igény változásaira. Megfelelő politikai akarat esetében úgy a nagy egészségügyi szolgáltatók menedzsmentje, mint a magánbiztosítók szolgáltatás-vásárlása, belső kontrollingja, minőségbiztosítása, és főleg ellenőrzési mechanizmusa, betegút-szervezése jó gyakorlatokat hozhat a közszolgálati szférába is.

Magánellátás kockázatai, hátrányai

A magánellátás társadalmi szempontból számos hátránnyal bír. A magánfinanszírozású egészségügyi piac növeli a

társadalmi egyenlőtlenségeket, a profitabilitás szempontjait – és nem az egészségnyereség szempontjait – figyelembe véve javítja az egészségügyi kapacitások hozzáférhetőségét. A köz- és a magán egészségügy hivatalos szeparáltsága miatt meglevő párhuzamosságok, redundanciák rontják a rendszerszintű hatékonyságot. A két rendszer hivatalosan szétválasztott, együttműködés ma gyakorlatilag csak az ellátói (magán) érdek alapján van. Ide tartozik az, amikor a közelítésben is dolgozó orvos, várólista-kerülés címén, saját rendelésére tereli a beteget, másrészt, amikor a magánrendelést az orvos a hálapénzes területeken „magánbeteg halászonak” tekinti, és az itt kiemelt beteget a közszférában hálapénz ellenében látja el.

A magán ellátás epizód-központú, fragmentált, csak bizonyos, profitábilisan végezhető szelektált szolgáltatásokat nyújt, általában nem vállal fel komplett esetmenedzselést. Nem épültek ki megfelelően azok a szervezetek (egészségpénztárak, magánbiztosítók) amelyek megfelelő betegút menedzsmenttel segítenék a magánfinanszírozást igénybevevő beteget.

A lakosság elveszítettnek érzi magát az egészségügyben, és már a magánellátásba kapaszkodik, plusz anyagi terhet vállalva, de ott sem kap megfelelő ellátásszervezői, betegirányítási támogatást. A magánellátás a fiatalabb, jobban kereső és egészséges, vagy kisebb problémával rendelkező rétegek eseti kiszolgálására alkalmas elsősorban, „lefőlöző”, ún. cream-skimming típusú ellátást nyújt. A magánellátásban dolgozó orvosok bérszínvonala a hiányszakmákban visszahat a közszférára, ami jelentős, a finanszírozási rendszer által el nem ismert többlet-terhet ró a közintézményekre.

A magánegészségügy alapvető problémája Magyarországon, hogy a kiegészítő biztosítások hiányában a betegek zömmel olyan ellátásokat vesznek igénybe, amelyek a kötelező egészségbiztosítás terhére is járnának. Így a betegek kétszer fizetik meg ugyanazt az ellátást.

Magán ellátás egyrészt – másrészt típusú hatásai

Vannak dimenziók, pl. az ellátáshoz való hozzáférés, ahol a magánszféra hatása nem ítéhető meg egyértelműen. Az kijelenthető, hogy a hozzáférés legsebezhetőbb pontja a humán erőforrás ellátottság. A terjedő magánellátás egyszerű okozója és kezelője a közellátásban jelentkező ellátási/hozzáférési hiánynak, hiszen a magánellátás tehermentesíti a közellátást, de egyúttal fokozza a HR hiányt, ami rontja a közellátás teljesítőképességét. A magyar egészségügy HR ellátottsága kritikus, és a növekvő magánszféra ma már a külföldi munkavállalásnál nagyobb felvevő piac, érezhetően szívja el a közellátás elől a munkaerőt. Ugyanakkor az is tény, hogy a magánszféra legalább Magyarországon tartja a munkaerőt, akár főállásban, akár mellékállásban biztosítva az elvárt jövedelmet. A jobb szakmai/kulturális környezet és a magasabb jövedelemszint miatt a professzionális működésű magánszolgáltatók nagyobb visszacsábító erővel rendelkeznek, mint a közintézmények. Tényként kell megállapítanunk, hogy a közfinanszírozott járóbeteg-szakellátás

esetenként túrhetetlenül hosszú betegfogadási listáihoz képest szakmailag értelmezhető időn belül nyújt ellátást a magánszféra, ami nem versenyképességi, hanem ellátásbiztonsági és eredményességi kérdés is. A növekvő magán-szolgáltatás-tömeg bár a munkaerő-elvonás miatt rontja a közellátás hozzáférhetőségét, összességében javítja a hozzáférést, de a hozzáférés a társadalmi igazságosságot sértve, az egyenlőtlenséget növelve javul, és a szolgáltatás-tömeg földrajzi-területi eloszlása is egyenetlen, mert nem a szükségletet, hanem a fizetőképes keresletet képezi le.

ÖSSZEFOGLALÁS – JAVASLATOK

A dinamikusan növekvő magánfinanszírozású egészségügyi piac ma már az egészségügyi ellátórendszer érdemi, bizonyos szegmensekben a közfinanszírozott ellátással azonos súlyú szereplője. Ennek ellenére sem a szabályozásban, sem az ellenőrzésben, sem a kutatásban nem kap megfelelő súlyt, jelenleg még a fejlődés „vadkapitalista” szabadversenyes, azaz szabályozatlan szakaszában vagyunk. Számos pozitív hatása ellenére a jelenlegi konkurens szerepében komoly társadalmi és populációs szintű egészségkockázatot hordoz, mert az egészségügy kettészakadását erősíti, és erőforrásokat (pénzeszköz és munkaerő) von el a közösségi egészségügy elől. Fokozza a jövedelem szerinti egészség-egyenlőtlenségeket, de a kettészakadás a gazdagabbak számára is kockázat, mert a magánegészségügy nem lehet képes országos lefedettséggel a komolyabb egészségi problémák megoldására. Szintén a szociális biztonságot csökkenti, hogy ez a piac ma még döntően out of pocket jellegű finanszírozású, ami egyrészt kizárja az alacsonyabb jövedelműeket, másrészt erősíti/konzerválja a szürkegazdaság jellegét.

Ugyanakkor megfelelő szabályozási környezettel a magánfinanszírozású egészségügyi piac tehermentesítheti a közszolgáltatásokat, illetve hatékony partnerségben javítaná az egészségügyi ellátás globális minőségét, hatékonyságát.

Ehhez az alábbiakra lenne szükség:

- A magán-egészségügyi szolgáltatásokat az egészségügyi rendszer integráns szereplőjének kell tekinteni, és a NEAK finanszírozási jelentések kivételével azonos ellenőrzési, szakmai szabályozási, beszámolási rend alá kell vonni. (pl. kötelezővé kell tenni az EESZT használatát.)
- Annak érdekében, hogy a magánfinanszírozású szolgáltatásokat ne kényszerből válasszák a betegek, garantálni kell a közszolgáltatások reális időn belüli standardizált minőségű hozzáférését.
- Meg kell teremteni a két szféra szinergiájára épülő együttműködését. Ennek keretben
 - Törekedni kell arra, hogy a magánforrások minél nagyobb hányada a közellátásban is elköltethető legyen, erősítve azok finanszírozási pozícióját, munkaerő megtartó képességét.
 - A közszolgáltatók piaci bevételeinek növelése érdekében pontosítani kell az ellátási csomagot, és meg kell teremteni a legális „hozzávásárlás” lehetőségét. (Ez az alapja a kiegészítő biztosítások terjedésének is.)
 - A legális piaci többlétszolgáltatás (várólista rövidítés) érdekében központilag meghatározott szerződött volumenek kellenek, hogy a szolgáltató a belső tevékenység-allokációval, a hiány növelésével ne tudja a magánellátási ága felé terelni a betegeket.
 - A beutalási szabályok változtatásával meg kell teremteni a két szférát integráló betegút-management lehetőségét.
- Meg kell vizsgálni a magán-szolgáltatói számlák részleges elszámolásának lehetőségét a közfinanszírozásban. Erre két lehetőség is van. Az egyik, hogy a gyűjtött magán-egészségügyi számlák egy hányada bizonyos értékhatárig leírható az SZJA alapból. A másik, hogy a beteg saját döntéseként erre akkreditált és NEAK-kal is szerződött magán-szolgáltatókhoz fordulhat, akik piaci áron kezelik őket, és a beteg éves felső korlát mellett a benyújtott számlák után a kezelés közfinanszírozási árának 70%-át a NEAK-tól utólag visszaigényelheti. Mindkét megoldás részlegesen közfinanszírozottá teszi a piaci magán-szolgáltatók zömét, ami megteremti a pénzügyi és szakmai, minőségbiztosítási ellenőrzés alapjait.
- Támogatni kell a szervezett magánfinanszírozás (egészségpénztárak, magán egészségbiztosítások) terjedését, egységesíteni kell a szféra adókedvezményeit.
- Meg kell erősíteni a magánfinanszírozású egészségügyi piacon a fogyasztóvédelmet, és meg kell teremteni a szféra transzparenciáját, a betegek választási lehetőségének információs megalapozását.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2017-Chartset.pdf>
- [2] <https://goo.gl/forms/P0keLLfp1Cbn6a0k1>.
- [3] https://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/06/03/egeszsegugy_jarni_jar_csak_nem_nagyon_jut/
- [4] HVG online 2015. augusztus. 01. 17:43 Gazdaság: Ukrán pénzből épül kórház Budapesten: hol itt az üzlet?
- [4] Rékassy B előadása a 2018. évi IME Egészség-gazdaságtani Konferencián
- [5] <http://primusegyesulet.hu/hu>
- [6] Orbán V: Világossá tettük, hogy az egészségügy nem üzlet, 2014. szeptember 16., kedd 12:53, forrás: MTI
- [7] Rékassy B: Virágozzék minden virág? A hazai magán egészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe, IME XIII. évfolyam 10. szám, 2014. december

- [8] Rékassy B: Kell-e nekünk két egészségügy? – Vitaindító gondolatok a kormány egészségügyi stratégiájához, IME XIII. évfolyam, 2014, 9. szám
- [9] Mérték Tanulmány: 2013-2015 <https://mertek.aEEK.hu/>, 61. oldal

- [10] Kincses Gy: A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben, a Magyar Tudományban megjelenés alatt álló írása alapján
- [11] Doyle Y: Role of private sector in United Kingdom health-care system, BMJ. 2000, Sep 2; 321(7260): 563–565.

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Rékassy Balázs a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen Általános Orvosi Karán végzett 1992-ben, majd 1994-ben M.Sc. diplomát szerzett a London School of Hygiene and Tropical Medicine, valamint a London School of Economics and Political Science Public Health and Policy szakán. 1997 – 1999 között a londoni Egyetem Health Services Research Unit PhD hallgatója volt. 2008-2009 között az ELTE Társadalomtudományi Kar Egészség-gazdaságtani Munkacsoport Gyógyszerpolitika és gyógyszergazdaságtan szakirányán tanult. Munkatapasztalata az egészségügy széles vertikumát öleli fel, több mint 10 évig dolgozott gyógyszeripari felsővezetőként. Egészségbiztosítás, egészségügyi menedzsment területén részt vett az Irányított Betegellátási



Dr. Kincses Gyula 1976-ban végzett a Debreceni Orvostudományi Egyetemen, 1980-ban fül-orr-gégész szakorvosi szakvizsgát szerzett. 1976-tól 1991-ig a DOTE-n dolgozott fül-orr-gégésként. 1990-től 1994-ig országgyűlési képviselő. 1991-től 1998-ig a Gyógyinfok igazgató helyettese. 1998-tól 2001-ig a Miniszterelnöki Hivatalhoz tartozó Stra-



Révész Sándor a Planslab Kft. egyik ügyvezetője. A Budapesti Corvinus Egyetem alkalmazott közgazdaságtan szakán szerzett alapképzését, majd tanulmányait az Eötvös Lóránd Tudományegyetem közgazdasági elemző szakon folytatta. Az egyetemen elméleti közgazdaságtant tanult. Az elmúlt 6



Soltész Attila a Planslab Kft. üzleti tanácsadó cég alapítója és tulajdonosa. Jelenleg pénzügyi elemzőként a társaság aktív tagja és menedzsere. Korábban dolgozott 2 évet banki finanszírozási területen, majd 4 évet magyar magánbefektetők mellett. Ezen felül

Modell kísérlet hazai kidolgozásában, megalapításában, az ING NN Biztosító Vitalitás kiegészítő magán- és állami eü.-i szolgáltatás és kiegészítő egészségbiztosítás megteremtésében, a Millennium Medicina Önkéntes Egészségpénztár alapításában. Jelenleg is több hazai és egy román vezető életbiztosító tanácsadója. Korábban számos egészségügyi szolgáltatónál is dolgozott: MÁV Kórház; Misszió Egészségház, Veresegyház, RMC, illetve közigazgatási tapasztalattal is rendelkezik, mint az Egészségügyi Minisztérium Kabinet Iroda miniszteri tanácsadója, illetve a Világbank Népegészségügyi Programjában program supervisor. Személyes szakmai érdeklődése: intézmény-, cég-, humánmenedzsment; magán- és közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások együttélése; egészségügyi reform stratégia, kiegészítő biztosítások szerepe; magánegészségügyi ellátás, prevenció, öngondoskodás jelentősége.

tégiai Elemző Központban dolgozott. 2001-től a MEDINFO, az átalakulást követően az ESKI igazgatója. 2007. október 1-től az Egészségügyi Minisztérium államtitkára. A Fül- Orr- Gégegyógyászati Társaság tagja, valamint a Magyar Egészségügyi Informatikai Társaság, a Magyar Népegészségügyi Társaság és a Magyar Egészségügyi Telematikai Társaság alapító tagja. 1993-ban a MOTESZ International pályázat díjat, 2003-ban „Pro Sanitate” díjat, 2007-ban a Magyar Köztársaság Arany Érdemkeresztje kitüntetést kapott.

évben 5 féléven keresztül volt külső óraadó a Corvinus Makroökonomia tanszékén. Egy oktatás-szervező vállalkozásban évente 400 egyetemistát oktat a közgazdasági gondolkodás alapjaira. Az elméleti gazdasági képzettségének ellenére az üzleti világban kezdett elemző pozícióban. Jelenleg a másfél éve alapított üzleti tanácsadó cégét vezeti. Munkaterülete főként az elemzés, pénzügyi modellezés, projektkoordinálás.

6 éve tanít pénzügyi és számviteli fókuszú módszertani tárgyakat ugyanilyen területen tanuló egyetemista hallgatóknak. A Bankárképző Mentorprogram 2016-os évfolyamának büszke tagja, valamint a Rajk László Szakkollégium volt hallgatója. Kiemelt szakterülete az üzleti modellezés, a controlling folyamatok tervezése, valamint a vállalatértékelés.