

Az orvosi szolgáltatásokra alapuló egészségturizmus tendenciái



ESKI füzetek



 Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

2009. december

ISSN 1787-8438
ISBN 978-963-86852-4-7
Budapest, 2009

Kiadja: Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
1051 Budapest, Arany János u. 6-8.
Honlap: www.eski.hu

Kiadásért felel: Dr. Kincses Gyula főigazgató

Minden jog fenntartva.

Az orvosi szolgáltatásokra alapuló egészségturizmus tendenciái

Második változat

Dr. Kincses Gyula

Borbás Ilona

Mihalicza Péter

Dr. Udvardy Enikő

Varga Eszter

ESKI

Tartalom

I. A gyógyturizmus tendenciái a világban	5
A gyógyturizmus fejlődése.....	5
Rövid történeti áttekintés.....	5
A betegmobilitás változása.....	5
A gyógyturizmussal kapcsolatos fogalmak fejlődése.....	6
A gyógyturizmus piac jellegzetességei, fejlődése.....	11
Általános jellemzők.....	11
A gyógyturizmus fejlődésének okai.....	12
Betegutak a gyógyturizmusban.....	17
A gyógyturizmus főbb küldő országai.....	18
Amerika.....	18
Közél-Kelet.....	18
Európa.....	19
A legnagyobb fogadó központok (desztinációk).....	24
Távol-Kelet.....	24
USA.....	26
Nyugat- európai gyógyturisztikai célpontok.....	26
Kelet-Európa.....	28
Közél-Kelet egészségturisztikai célországai.....	31
Gyógyturisztikai szolgáltatások minőségbiztosításának nemzetközi gyakorlata.....	33
II. Jogi háttér	41
Betegmobilitás - uniós jogszabályi környezet.....	41
Háttér.....	41
A szociális biztonsági rendszerek koordinálása.....	41
Az Európai Parlament és a Tanács irányelv-tervezete a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről.....	42
Betegmobilitás - magyar jogszabályi környezet.....	46
Turizmus és fejlesztéspolitika.....	46
Egészségüggyel kapcsolatos szabályozás.....	47
III. Külföldi betegek ellátása Magyarországon	51
Módszertan.....	52
A piac szerkezete és a realizált bevétel.....	53
A magyar gyógyturisztikai piac általános jellemzői.....	53
Közfinanszírozott intézményekben közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján finanszírozott fekvőbeteg ellátások ("E" térítési kategória).....	54
Közfinanszírozott intézményekben térítésköteles, magánbetegként finanszírozott fekvőbeteg ellátások ("4" térítési kategória).....	55
Magánszolgáltatónál magánbetegként megjelenő esetek.....	55
IV. Jövőkép. Az egészségturizmus általános perspektívái, – magyarországi konzekvenciák	57
Alaptendenciák a világ egészségturisztikai piacán.....	57
Az egészség felértékelődése.....	57
A szükségletek növekedése, amit nem követnek a közforrások és a kapacitások.....	57
A költségérzékenység erősödése a közfinanszírozásban.....	57

Az egészségügyi technológiák körének tágulása – az egészség és egészségmegőrzés felértékelődése.....	58
Az egészségturizmus perspektívái Magyarországon.....	58
A hagyományos, a természeti erőforrásokra, turisztikai létesítményekre alapozott gyógyturizmus jövője.....	59
Orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus jövőképe	61
V. Az egészségturizmus magyarországi perspektívái – egy megújított stratégia ágazati szempontjai	63
Miért fontos Magyarországnak a gyógyturizmus?.....	63
Nemzetstratégiai szempontok	63
Ágazati szempontok	63
Miért az egészségturizmus a kitörési pont?	64
1. A gyógyturizmus dinamikusan fejlődő piac, jelentős gazdasági potenciállal	64
2. Jó adottságokkal, alapokkal rendelkezünk	64
3. Tartós, kiszámíthatóan fejlődő piacról van szó.....	65
SWOT analízis.....	66
Az egészségturizmus perspektívái – a fejlesztés lehetséges új irányai	67
A komplex stratégia – a szinergista hatás	67
Az egészségturizmus jövőképe Magyarországon.....	69
Hogy működhet az egészségügy és a turizmus szélesebb együttműködése a gyakorlatban?.....	69
Új irányok	70
Egészségpolitikai megfontolások a fejlesztésekben	70
Feladatok a gyógyturizmus fejlesztésében	71
1. A gyógyturizmust a nemzetstratégia központjába kell állítani.....	72
2. A fejlesztési stratégia megújítása	72
3. A piaci szegmensek és szereplők beazonosítása	74
4. Az ÚMFT forrásfelhasználásában a fenti prioritások érvényesítése	74
5. A terület fejlesztéséhez központi marketinget kell biztosítani	75
6. A minőségi hitelesség érdekében komplex rendszert kell kialakítani	78
7. Innováció-barát fejlesztési- és szabályozási környezetet kell kialakítani	79
Várható hatások.....	79
Várt eredmények az ország és a költségvetés szempontjából	79
Várt eredmények a turizmus ágazat szempontjából.....	80
Várt eredmények az egészségügyi ágazat szempontjából.....	80
A fenti javaslat összességében	81
Összegzés.....	81
VI. Források	83
VII. Köszönetnyilvánítás.....	85
VIII. Mellékletek	87
A közfinanszírozott intézményekben ellátott külföldi betegforgalom részletes elemzése.....	87
Esettanulmány: Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (DEOEC) térítéses ellátásai.....	95

I. A gyógyturizmus tendenciái a világban

A gyógyturizmus fejlődése

Rövid történeti áttekintés

A gyógyulás célú utazás – mai szóval élve: gyógyturizmus – történetileg hosszú múltra tekint vissza. Kialakulásában szerepet játszott az, hogy a XIX. századig a gyógyítás meglepően eszköztelen volt: a helyben található gyógynövények mellett elsődlegesen hittel, szertartással, varázslással gyógyítottak, azaz a gyógyító helyek adták a gyógyítás lehetőségeit, illetve e mellett a természetes gyógytényezők jelentettek gyógyulási esélyt, melynek hatásait fokozatosan fedezték fel. A kezdeti orvoslás spirituális jellegét mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy a mai orvoslás sebészeti ágának elődei nem az orvosok, hanem a borbélyok voltak: ők vágta eret, végezték a sebkezelést, azaz mindez nem tartozott az orvoslás körébe.

Ezért nem meglepő, hogy már az ókortól felfedezhető a gyógyturizmus mai két ága, a gyógyító helyek és a természetes gyógytényezők felkeresése. A különböző kultúrákban a gyógyító személye kultikus funkciókhoz társult – pap, sámán stb.–, és ezek működése sok esetben szent helyekhez kötődött. Ennek emblemikus példája Epidaurus, Asklepios isten templomával. Ez a tendencia folytatódik a közép-korban is: kegyhelyek általában csodatévő, gyógyító helyek, és az egyházi *búcsújárás* keretében betegek tömege kereste fel ezeket a helyeket gyógyulás reményében, Mariazelltől Szentkútig szerte Európában.

Európának a termálvizekben gazdag területein közben kialakulnak a melegvizes fürdők (therme-k), és általában is a természetes gyógytényezők (gyógyvíz, speciális klimatikus viszonyok) köré szerveződött intézmények (gyógyfürdők, szanatóriumok) jelentették a gyógyturizmus bázisát. Ezek a helyek igen népszerűek voltak, elég Thomas Mann Varázshegyére, vagy a nagyhírű fürdőhelyekre – Karlsbad, Marienbad, Bad Ischl, Herkulesfürdő stb. – utalnunk. Ez magyarázza a melegvizes fürdők kitüntetett szerepét Európa középső és nyugati felén.

A XIX. századtól az orvostudomány hihetetlen fejlődésnek indult, így már nem a hit, a szentek gyógyítottak, hanem képzett orvosok, illetve komplex gyógyító intézmények. Mindez leértékelte – pontosabban; helyére tette – a kegyhelyek szerepét, és az utazási lehetőségek, a mobilitás változása, a gazdasági lehetőségek kitágulása felértékelte a természetes gyógytényezőkre alapozott gyógyhelyek népszerűségét. A XX. század utolsó harmadától megélnékül a kiemelt orvosi szolgáltatásra, neves szolgáltatókra alapozott gyógyturizmus, amelyek nagy tradíciójú orvosi szolgáltató helyekre (klinikák, gyógyító centrumok), és nem természetes gyógytényezőkre épülnek.

A betegmobilitás változása

A betegmobilitás a XX. század második felében jelentős fejlődésnek indult. Ez két értelemben véve is igaz egyrészt megnőtt a személyek mobilitása, ami tömegesen vet fel új ellátási, ellátásszervezési és finanszírozási problémákat, másrészt megélnékült a gyógyulás céljából tett utazások piaca.

Megnőtt a személyek mobilitása – akár a turizmus, akár a munkavállalás tekintetében –, így biztosítani kellett ellátásaik kiterjesztésének jogi és pénzügyi keretét is. Erre erősített rá az Európai Bíróság is, amikor kimondta, hogy az Európai Unióban az egészségügyi ellátást sem különleges jellege, sem pedig szervezeti felépítése és finanszírozásának módja nem vonja ki a szolgáltatások szabad mozgása alapvető elvének hatálya alól.

Első lépésként, az Unió a határain átnyúló egészségügyi ellátást a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló rendeleteken (1408/71/EGK és a 883/2004/EK) keresztül szabályozta. A rendelet megvalósításának eszköze az Európai Egészségbiztosítási Kártya (mint az E111-es nyomtatvány utódja), ami a sürgős ellátások során használatos, és az E112-es nyomtatvány, amellyel a beteg azt kéri, hogy egy másik államba utazhasson az állapotának megfelelő ellátás igénybevétele céljából akkor, ha az állapota nem teszi lehetővé a saját tagállamában történő megfelelő ellátást ésszerű időn belül. Ezekben az esetekben a beteg biztosítója köteles fizetni az ellátás teljes költségét (kinti szolgáltatási díjak + esetleges szállítás), leszámítva azt az összeget, amit a másik tagállam biztosítási rendszere szerint a biztosított maga fizetett volna (pl. vizitdíj). Ezek a rendelkezések valójában a betegek saját államon belüli jogait terjesztik ki: a sürgősségi ellátást az egész EU-ban biztosítják, az E112-es nyomtatvány pedig alapvetően arra az esetre vonatkozik, ha a biztosító a saját országának lehetőségein belül nem tud megfelelő ellátást nyújtani a biztosítottnak.

Teljesen más a betegmobilitással kapcsolatban most születő szabályozás célja és lényege¹. Ez a „szolgáltatások szabad mozgása” alapvető elvének érvényesíthetősége érdekében születik, azaz nem ellátási hiányt pótol, vagy kényszer ellátást (sürgősség) tesz lehetővé, hanem a beteg szabad akaratából való határon átnyúló szolgáltatás-igénybevételt (intézményválasztást) teszi lehetővé. Ezzel kapcsolatban, 2009 áprilisában az Európai Parlament első olvasatban elfogadta a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló előterjesztést. Az új direktíva a beteg azon jogát szabályozza, hogy a nem sürgősségi, nem hiánypótló ellátásban, megválaszthassa kezelése színhelyét. A direktíva jelenlegi állása szerint a kórházi ellátás előzetes engedélyhez köthető. A hatás így az első időkben várhatóan nem lesz jelentős, de a szellem kiszabadult a palackból...

A gyógyturizmussal kapcsolatos fogalmak fejlődése

A XX. században átalakult a turizmus és a gyógyturizmus fogalma, illetve megváltoztak, kiszélesedtek a jellemző területei.

A turizmus fogalmának átalakulása

A gyógyturizmus fogalmi rendrakását nehezíti az a körülmény, hogy *magának a turizmusnak a fogalma is fejlődik, folyamatosan átalakulóban van.* A fogalom tradicionálisan a „kirándulás” az „utazás” témakörével volt azonosítható, de hagyományosan ebbe a kategóriába sorolt a „gyógyüdülés” is, azaz a szanatóriumok, fürdőhelyek felkeresése, tehát ide tartozott mindaz, ami valamilyen olyan helyváltoztatás, ami átmeneti élményt, életminőség-javulást nyújt. Ennek eszközzrendszere a XX. utolsó harmadáig igen szegényes volt. Ebből fakad, hogy a turizmus „klasszikus” erőforrásai azok a létesítmények, amelyek ezt a célt szolgálják: a szállás- és vendéglátó helyek, az ilyen célú közlekedési eszközök, valamint történeti okok miatt ide sorolhatnánk a gyógyfürdőket, gyógyhelyek terápiás létesítményeit is. Így a turizmus mérőszámaként ezek kihasználtsága, teljesítménye és árbevétele terjedt el.

Közben a mobilitás megnövekedésével a turizmusnak új ágai fejlődtek. Itt már nem önmagában az „utazás” – más tájak, kultúrák felfedezése, megismerése –, vagy az „üdülés” – gondtalan szórakozással, pihenéssel, regenerálódással összekapcsolt utazás – a cél, hanem valamilyen más célhoz kapcsolatosan jelennek meg a hagyományos turisztikai szolgáltatások.

¹ A tervezetről, annak aktuális állapotáról, várható hatásairól külön fejezetben írunk.

Tipikusan ilyen:

- ▶ az esemény-turizmus (spotrendezvények, koncertek, fesztiválok), ahol az utazás célja valamilyen eseményen való részvétel, de ehhez turisztikai célok is társulnak,
- ▶ a „hívás-turizmus” ahol valamilyen, a híváshoz, munkahelyhez kapcsolódó szolgáltatás igénybevétele a cél (a képzéstől a konferencián való részvételen át a csapatépítő tréningig), valamint
- ▶ a gyógyturizmus is, ami már nem csak a klasszikusan turisztikai infrastruktúra körébe sorolt gyógyszállót, gyógyfürdőt, egyéb természetes gyógytényezőkre alapozott szolgáltató helyeket keresi fel.

Az átalakult környezet, átalakult, kiterjedt fogalmak miatt *a turizmus definícióját célszerű a lehető legtágabbra fogalmazni*, amely szerint:

A turizmus az egyének olyan önkéntes és átmeneti helyváltoztatása, amelynek célja az egyén életminőségének tartós vagy átmeneti javítása, és amely

- ▶ nem életvitelszerű tartózkodásra,
- ▶ nem munkavégzésre irányul,

*valamint a helyi szükségletek kielégítését meghaladó erőforrásokat tart fent.*²

Mindez – tanulmányunk szempontjából – azért lényeges, mert *az átalakult turizmusfogalomba tartozó szolgáltatásrendszerek bevételeinek jelentős része már nem a hagyományos turisztikai infrastruktúrán keresztül realizálódik, hanem egyéb szolgáltatási rendszereken keresztül*. Ezért **új mérőszámokra van szükség**: az átalakult turizmusfogalom eredménye *már nem mérhető kizárólag* kereskedelmi szálláshelyen eltöltött *vendégéjszakában, utaskilométerben és gulyás-hektoliterben*, hanem általában **GDP növekedésről, munkahelyteremtésről kell beszélni**, amibe a közvetlenül ezekben a szolgáltatási rendszerekben realizált szolgáltatások – a Sziget fesztivál koncertjeitől a fogbeültetések díjáig – ugyanúgy beletartoznak, mint a nehezebben mérhető közvetett hatások, ami az országimázs javulása miatt a befektetői környezet fejlődése miatt más ágazatokban realizálódik.

Ezért a **turizmus bevétele** – ebben a megközelítésben – **lényegesen magasabb, mint a hagyományos indikátorok mentén számolt bevétel**. Ez a metodikai különbség különösen fontos a gyógyturizmus területén, ahol az igen jelentős bevétel jelentős része nem a hagyományos indikátorok mentén jelentkezik, így az alágazat valós teljesítménye rejtve marad a hivatalos statisztikák, beszámolók előtt.

A gyógyturizmus fogalmának átalakulása

Legalább ekkora fogalmi változás figyelhető meg a gyógy/egészségturizmus területén is, amihez nagyfokú fogalmi tisztázatlanság – pontosabban: országonként, szakterületenként eltérő szóhasználat – társul.

Amíg a tradicionális gyógyturizmus (a fürdőhelyek, a szanatóriumok) az egészségügyi tevékenységek szempontjából leginkább a *késői rehabilitáció és a krónikus ellátás körével* azonosítható, addig mára a gyógyturizmus fogalma ettől a tevékenységcsoporttól mindkét irányba jelentősen kiterjedt:

- ▶ egyrészt kiszélesedett a hagyományos turisztikai infrastruktúrákat erősebben használó **rekreáció célú egészségturizmus**,
- ▶ másrészt – a zömmel modern technológiákra épülő – **orvosi ellátások** felé.

² Kincses, 2009-es meghatározása

A két nagy területből az egészségcélú, **prevenációs célú, rekreációs, egészségmegőrzésre irányuló (gyógy/egészség)turizmus** nem a betegek konkrét egészségi állapotának a javítását, stabilizálását, hanem az egészségesek egészségmegőrzését, egészségfejlesztését, aktív eszközökön keresztül regenerációját célozza. Ennek fő területe a wellness, a medical wellness, ahol – sok esetben természetes gyógytényezőket is kihasználva – turisztikai jellegű (élményfürdő, szaunák, fitnesz és szabadidősport stb.) szolgáltatások keverednek a gyógyászati (pl.: gyógymasszázs) szolgáltatásokkal.

Az orvosi szolgáltatásokon alapuló gyógyturizmus célja ezzel szemben a gyógyítás, illetve az állapot egészségügyi kezeléssel való stabilizálása, és ehhez kiegészítésként kapcsolódnak hagyományos turisztikai szolgáltatások. Ezen a területen – ellentétben a lakóhelyen igénybevett gyógyító ellátásokkal – még a piaci alapon működő egészségügyi szolgáltatók által nyújtott ellátás és a magánfinanszírozás szerepe a meghatározó, a kezelést – jellemző módon – a beteg, vagy önkéntes biztosítója fizeti. Ez a szeparáció azonban oldódik: egyrészt az új EU-s irányelv elfogadása után a közfinanszírozás is támogathatja a gyógyturizmus keretén belül igénybevett szolgáltatásokat, másrészt a magánfinanszírozású külföldi betegek megjelentek a közszolgáltatást nyújtó szolgáltatók falain belül is.

Mindezek az átalakulások, változások elengedhetlenné teszik a fogalmak pontosítását. Az elterjedt nemzetközi szóhasználat nem különbözteti meg egyértelműen az egészség- és a gyógyturizmus fogalmát, illetve nem tisztázott a két fogalom rész-egész viszonya. **Magyarországon a hagyományos gyógyturizmus szóhasználatot a hivatalos meghatározásokban felváltotta a kiterjesztett értelemben vett egészségturizmus kifejezés.**

Ugyanakkor ez a fogalom a mindennapi életben nem egységesen használt, mert a kifejezést a használók egy része gyűjtőfogalomként (az egészségfejlesztési és a terápiás célú turizmus együttes megnevezésére) használja, más részük prevenációs célú, rekreációs célú turizmusra, a primer prevencióra, rekreációra szűkíti. Az orvosi ellátásokra alapozott szolgáltatások megnevezésére a nemzetközi szóhasználatban a medical tourism kifejezés terjedt el, az egészségfejlesztési célú egészségturizmusra nincs egyetlen általános szóhasználat. (A használt fogalmak közül a „Spa” megfogalmazás áll talán tartalmilag ehhez legközelebb, de ezzel mégsem azonos)

A fogalmak használata tehát közel sem konzekvens a különböző szegmensekben, de – az elterjedt magyarországi szóhasználatot is lehetőség szerint figyelembe véve – egységes logikai rendben, az alábbiakban foglalhatók össze:

- ▶ **Egészségturizmus:** az egészséggel kapcsolatos olyan szándékos mobilitás összefoglaló kifejezése, ahol a helyváltoztatás célja a gyógyulás (gyógykezelés), rehabilitáció, vagy az egészségfejlesztés (wellness, rekreáció stb.), és ehhez – az egészségügyi ellátás jellegétől függően különböző mértékben – turisztikai szolgáltatás is társul.
- ▶ **Gyógyturizmus:** az egészségi állapot konkrét javítása (gyógyulás, panaszok csökkentése, állapot stabilizálása, elvesztett képességek visszaszerzése/pótlása) céljából igénybevett, egészségügyi ellátásokra – ideértve a gyógyászati ellátásokat is – alapozódó egészségturizmus.
- ▶ **Orvosi turizmus:** a világ nagy részén elfogadott „medical tourism” kifejezés nem elterjedt magyar megfelelője. A gyógyturizmusnak az orvosi szolgáltatásokra szakosodott ága, amely alapvetően független a természetes gyógytényezők alkalmazásától, bár azokkal alkothat szolgáltatási egységet.

- ▶ **„Medical wellness”:** olyan wellness centrumban nyújtott szolgáltatás, ahol az egyes szolgáltatások kiválasztása, a szolgáltatásokból egy program összeállítása az orvostudomány által igazolt eljárások szerint, személyre szabottan, a beteg állapotfelmérését követően, egészségügyi szakszemélyzet segítségével történik.
- ▶ **Rekreációs turizmus:** az egészségi állapot általános javítása, karbantartása céljából igénybevett komplex szolgáltatás, amely az egészségfejlesztő szolgáltatások (pl.: wellness, fitness) mellett tartalmazhat preventív célú egészségügyi szolgáltatásokat is (pl.: gyógymasszázs).
- ▶ **Betegmobilitás:** annak a lehetősége, hogy a beteg a saját akarata szerinti helyen vegye igénybe az ellátást. Alapvetően nem az egészségturizmussal kapcsolatos megközelítésben használt kifejezés, hanem ellátás-szervezési kategória. Az EU terminológiában ez ma meghatározóan a közszolgáltatások határon átnyúló – de EU-n belüli – igénybevehetőségét jelenti.

A fenti definíciókból kitűnik, hogy a magyar szóhasználatban sem tudunk az egészségfejlesztés célú turizmusra egy általános, átfogó szóhasználatot mondani, csupán a területeit tudjuk felsorolni. A fogalmak – annak megfelelően, hogy *nem minden esetben azonos fogalomrendszer kategóriáiról van szó* – sok esetben átfedőek, a határok elmosottak, és sokszor csak a szövegkörnyezet határozza meg a helyes szóhasználatot. A korszerű késői rehabilitációban értelem szerűen keverednek a gyógy-, turisztikai- és wellness elemek, de a hagyományos rekreációs szolgáltatások is egyre több egészségügyi szolgáltatást tartalmaznak. Tehát sok esetben nem az alkalmazott technológia, hanem az alkalmazási cél dönti el, hogy az adott ellátás melyik csoportba tartozik.

Ugyanígy az alkalmazási környezettől függ a határ a gyógyturizmus és a betegmobilitás között is, miután egymást nagyrészt – de csak részben – átfedő halmazokról van szó. Egyszerű példával: ha Klein úr, eisenstadti beteg beül az autójába és kizárólag fogászati kezelés céljából érkezik Sopronba – mert ott dolgozik a választott fogorvosa –, ez nem kizárólagosan besorolható kérdés. Ha ennek jogi, finanszírozási hátterével foglalkozunk, az inkább a betegmobilitás körébe tartozó kérdés, mert Klein úr nem komplex szolgáltatást vesz igénybe, hanem életvitelének megfelelő, hasznos ellátás-szervezési döntést hoz a határon átnyúló ellátás igénybevételével. Ha nem Klein urat nézzük, hanem azt, hogy a határ mentéről tömegesen átjárnak a betegek fogászati kezelésre Sopronba, ráadásul ezt valaki megszervezi, valamint a betegek és hozzátartozóik ott egyéb szolgáltatásokat is igénybe vesznek: ez már egyértelműen a gyógyturizmus kompetenciájába tartozó jelenség. Az a nemrégiben bejelentett hír, ami szerint a szlovák Dóvera magánbiztosító betegei egyes településekről az esztergomi kórházat vehetik igénybe, inkább a betegmobilitás körébe tartozik, hiszen itt egy biztosító hoz célszerű ellátás-szervezési döntést, nem pedig a beteg választása alapján történik Magyarországon az ellátás.

A fogalmak egymáshoz való viszonyát, hierarchiáját klasszifikációs szempontból – reményeink szerint – korrekt felosztását az 1. ábra szemlélteti. Ez a felosztás alapvető kategóriaként a preventív- és a gyógyító célú turizmus megkülönböztetését használja a gyűjtőfogalomként használt egészség-turizmuson belül.

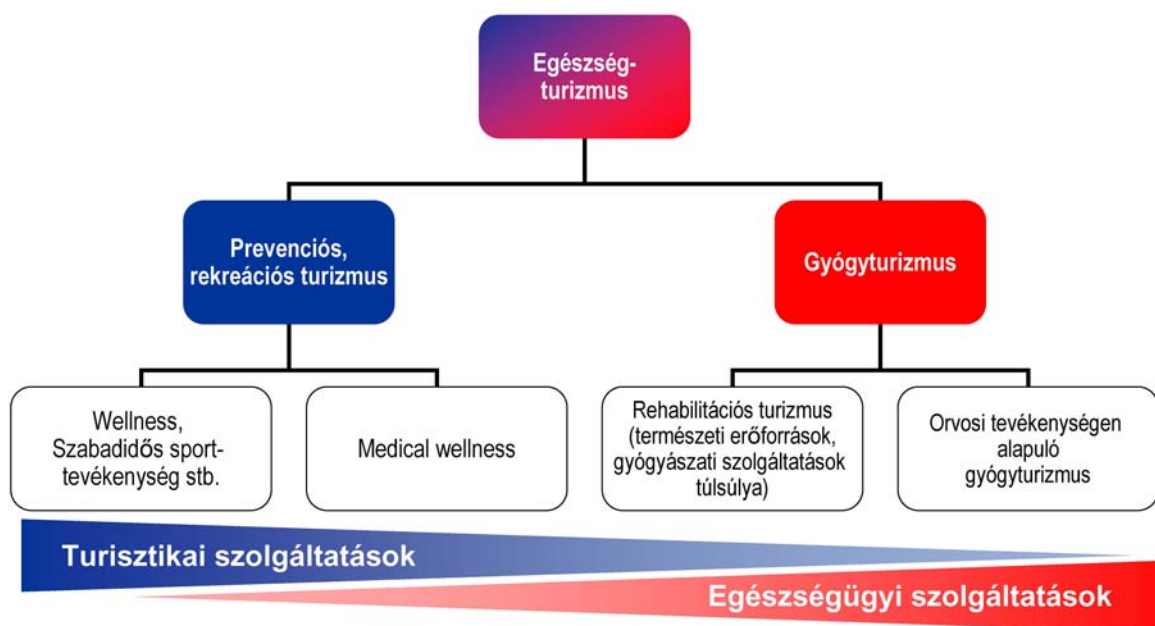
Mindez helyesen ábrázolja a fogalmak viszonyát, de azt is tudni kell, hogy a világ nem ilyen szofisztikált. A „health tourism” – mint gyűjtőfogalom – a világban nem igazán használt, és a Google is csak negyedannyi találatot hoz fel, mint a „medical tourism” kifejezésre. Ráadásul a gyógy – és rekreációs (azaz cél szerinti) felosztás helyett a nemzetközi szóhasználat inkább a szolgáltató infrastruktúrája szerint különböztet meg: a **spa** fogalom környékére csoportosítható minden, elsősorban turisztikai létesítményhez kapcsolódó egészségcélú szolgáltatás (legyen szó rekreációról, vagy

gyógyfürdő kezeléséről). A spa fogalma³ tehát kiterjedt, már nemcsak a hagyományos (gyógy)vízhez kötődő egészség-szolgáltatások tartoznak ide, és ma már nem is feltétel a gyógyvíz léte. (A klasszikus, Magyarországon elterjedt – medencére alapozott – gyógyfürdőket inkább „baths house”-ként említik.)

A másik, nemzetközileg ismert és használt kifejezés a „**medical tourism**”. Ez az orvosi tevékenységre épített egészségügyi szolgáltatások igénybevételét jelenti, amely alapvetően független a „spa” világtól, de természetesen piacgeneráló és szolgáltatáskoncentráló szándékok miatt (kiemelt gyógytérsegek komplex ellátásai) kapcsolódhat ilyen létesítményekhez. Talán helyesebb lenne Magyarországon az „**orvosi turizmus**” szóhasználat meghonosítása, mert itt az orvosi szolgáltatások (fogászat, esztétikai sebészet, mesterséges megtermékenyítés stb.) dominálnak – ellentétben a természeti erőforrások egészségügyi szolgáltatásaival, ahol zömében az egészségügyi szakdolgozók által nyújtott szolgáltatások dominálnak –, és ahhoz kapcsolódnak a turisztikai szolgáltatások. (Ez utóbbi különbözteti meg a betegmobilitástól, mert a gyógyturisztikai szolgáltatásokhoz mindig kapcsolódik valamilyen „hagyományos” turisztikai szolgáltatás igénybevétele.)

A fogalmak hierarchiáját, viszonyát összefoglalóan az 1. ábra szemlélteti.

1 ábra: Az egészségturizmus fogalmainak rendszere



Tanulmányunkban –nem lebecsülve az egyéb területek fontosságát, a fenti fogalomrendszer használatával – érdemben a **gyógyulás céljából történő önkéntes betegmobilitással**, ezen belül is annak azon fajtáival **foglalkozunk, amelyek alapvetően orvosi szolgáltatásokra alapulnak**, így a gyógyturizmus kifejezést e dolgozatban alapvetően ebben az értelemben (medical tourism) használjuk.

³ A SPA mozaik szó a latinból származik és a "sanus per aquam" (egészséges a víz által) rövidített formája.

A gyógyturizmus piac jellegzetességei, fejlődése⁴

Általános jellemzők

A gyógyturizmus (az orvosi szolgáltatások igénybevétele céljából történő helyváltoztatás) az utóbbi évek dinamikusan fejlődő piaca. 2006-ban az egészséguturizmus ezen ágának **világpiacát szakértői tanulmányok 60 milliárd dollárra becsülték**, és a szakértők szerint **2012-re 100 milliárd dollárra növekedhet** (1). Az éves növekedés 9-10%⁵. A gyógyturizmusra nézve ugyanakkor nincsenek ellenőrzött elérhető adatok, a terület jelentős része kívül esik a hivatalos statisztikákon, a piac méretét mindenki csak becsüli, különböző módszertannal dolgozva. (Erről külön fejezetben írunk részletesen.) A terület fontosságát jelzi, hogy az OECD Health at a Glance című 2009-es kiadványa már tartalmaz adatokat erről a területről, bár még szintén bizonytalan metodika alapján. A metodikai problémák ellenére a piac dinamikus bővülését egyetlen kutatóhely sem kérdőjelezi meg.

Erről a piacról **világviszonylatban elmondható, hogy főként a betegbiztosítással nem, vagy azzal korlátozottan rendelkező amerikaiak azok, akik egy-egy szükséges kezelés vagy műtét alkalmával külföldre utaznak**. A Deloitte tanácsadó cég előrejelzése szerint a 2007-ben külföldi kezelésre utazó 750 000 amerikai állampolgár száma 6 millióra növekszik 2010-re, közel 10 millióra 2012-re (2). A világgazdasági válság hatására a 2010-es 6 millió fős előrejelzés 1,6 millióra csökkent, ami még mindig a duplája a 2007-es gyógyturista számnak. A Deloitte várakozása szerint a gyógyturizmus ipara felépül majd, mivel egyre több biztosítótársaság nyújtja ezt a választási lehetőséget és egyre többen iratkoznak fel magas önköltségű biztosítási csomagokra.⁶ A McKinsey 2008-as tanulmánya (3) a gyógyturisták számát jóval kisebbre becsülte. A gyógyturizmus 20 célországában végzett kutatásáról készült beszámolójában a fekvőbeteg ellátást külföldön igénybevevő betegek száma 60-85 ezer (és ez a szám nemcsak az amerikai betegeket tartalmazza). Az alacsonyabb szám véleményük szerint a gyógyturizmus általuk szigorúbban alkalmazott definíciójától függ, kizárólag azok számát tartalmazza, akik külföldi utazásának elsődleges és kifejezett célja az orvosi kezelés igénybevétele. (Nem számítva a sürgősségi ellátásban részesülőket, a wellness turistákat, azokat a kivándorlókat, akik a tartózkodási helyükön veszik igénybe az ellátást. Nem számoltak még azokkal sem, akik földrajzi közelség okán választják a külföldi ellátást, pl. a határok mentén élők.) A nagy szolgáltatók által ellátott betegszámok inkább a Deloitte becslését valószínűsítik, de pl. marketing okokból tartalmazhatnak túlzásokat is.

Az amerikaiak mellett pl. **Európa közfinanszírozott egészségügyi rendszereiben is megindultak a magánbetegek külföldre főként azokon a területeken, ahol a közfinanszírozott csomag nem, vagy korlátozottan fedezi a költségeket** (fogászati ellátások, plasztikai sebészet, gyógyfürdő ellátás), ahol várólisták vannak, vagy ahol a hazai szabályozás túl szigorúnak bizonyul bizonyos beavatkozások elvégzéséhez (pl. IVF).

A fenti okokon kívül a gyógyturizmus mellett dönt az elérhető legfejlettebb ellátást keresők fizetőképes szegmense pl. Latin-Amerikából vagy Közel-Keletről, és azok, akik jobb ellátást keresnek, mint ami saját országukban rendelkezésre áll (pl. jellemzően szívsebészetben).

⁴ A fejezet kidolgozásában közreműködtek az ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának munkatársai: Ajtonyi Zsuzsa, Lux Lilla, Szirmai László és Verdes Norbert.

⁵ A recesszió előtt készült prognózisok.

⁶ http://www.usatoday.com/news/health/2009-08-22-medical-tourism_N.htm

Összességében megállapítható, hogy a „gyógyturisták” általában az iparosodott/gazdagabb nemzetek állampolgárai. Így elsősorban az USA-ból, Kanadából, Nagy-Britanniából, Nyugat-Európából, Ausztráliából és a Közel-Keletről indulnak útnak és olyan helyeket keresnek, ahol megfelelő áron és körülmények között, jó minőségben vehetnek igénybe orvosi kezeléseket.

A gyógyturizmus fejlődésének okai

A gyógyturizmus terjedésének három fő motivátora **az ár, a minőség és a hozzáférés**. Tehát a beteg vagy jobb ár/érték arányt vár (olcsóbb legyen, vagy jobb, mint otthon), illetve hiányt pótol, ami lehet mennyiségi és minőségi. Ezek a szempontok a beteg szempontjából értelmezendők, azaz ma (még) az ár akkor jelentős tényező, ha a szolgáltatás terhét részben vagy egészben a beteg viseli.

A fentiek alapján a gyógyturizmus piaca mozgatóinak az alábbi determinánsok tekinthetők. **Ott keletkezik kereslet, ahol:**

1. **A szolgáltatás terhét** (részben vagy egészben, közvetve vagy közvetlenül) **az egyén (is) viseli**, azaz a beteg költségérzékeny. Ez két esetben jellemző:
 - ▶ ha az adott országban üzleti típusú az egészségbiztosítás modellje (pl. USA). Ebben az esetben az egyén költségérzékenysége többek között a biztosítási díjban jelentkezik, másrészt maguk a biztosítók is üzleti érdekeltségűek, tehát érdekeltek az olcsóbb szolgáltatások vásárlásában,
 - ▶ vagy az adott szolgáltatás típus jellemző módon nem része a közfinanszírozott csomagnak, illetve a csomag csak igen alacsony szintet fedez, azaz **a szolgáltatást** – zömmel vagy egészben – **a beteg fizeti**. Tipikusan ilyen a fogászat, a gyógyfürdői szolgáltatások, a szanatóriumi ellátás stb. (pl. Európa közfinanszírozással működő egészségügyi rendszereiben).

Ezekben az esetekben a gyógyturizmus választását a megtakarítás szándéka motiválja.

Az Egyesült Államokban az egészségügyi infláció mértéke meghaladja a gazdasági növekedést, s ez az amerikai egészségügyet a világ legköltségesebb rendszerévé teszi. (4) A Deloitte számítása szerint a leggyakoribb orvosi eljárások ára külföldön kb. 15%-át teszi ki az amerikai áraknak. (1. táblázat) Az amerikai működtetésű egészségturizmus keresőoldal⁷ többek között beavatkozásokra bontott ár összehasonlításokat tartalmaz a világ országai között a legkedvezőbb, vagy legszimpatikusabb hely kiválasztására.

Az ár a gyógyturizmus befolyásolója azon szolgáltatások esetében is, amelyek nem részei pl. Európában a közfinanszírozott ellátásnak, vagy részlegesen kapnak közfinanszírozást (fogászat, gyógyfürdő, szanatórium, plasztikai sebészet). Ezekben a területeken pl. Nyugat-Európa (Egyesült Királyság, Németország, Ausztria stb.) betegei a kelet-európai országok (főként Magyarország, Lengyelország) harmadába, felébe kerülő ellátását választják. (2. táblázat)

2. **Időtényező** (várólista) **miatt megy máshova a beteg.**

Ha az adott országban egyes ellátásokban a gyógyulás tekintetében kritikus várakozási idők alakulnak ki, akkor – akik ezt megtehetik –, megpróbálják a piacon megvásárolni a szolgáltatást. Az NHS szerződése alapján angol betegeket gyógyítanak Belgiumban vagy Franciaországban (6). A gyorsabb ellátást keresők számát a várólistákkal rendelkező országok kapacitásai befolyásolják. (Az Egyesült Királyságban pl. a magánszolgáltatók bevonása a közfinanszírozott ellátásba jelentősen csökkentette a hosszú várólistákat.)

⁷ <http://www.allmedicaltourism.com/>

3. Más technológiájú az ellátás, mint amilyen a beteg országában elérhető.

Ebbe a csoportba is többféle ellátás/motiváció tartozik.

- ▶ Általában (szervezettségében, technikájában, kulturáltságában) otthon nem elérhetően magas az ellátás színvonala;
- ▶ Egyes korszerű technológiák a beteg országában nem, vagy csak bizonytalanul érhetőek el (PET CT, egyes szívműtétek, micro-invazív beavatkozások stb.);
- ▶ A beteg más típusú, más szemléletű gyógyításra vágyik (a speciális gyógytényezőktől a természetgyógyászat különböző ágáig terjedően).

4. Más a jogi szabályozás, mint a beteg országában.

Az EU jogegységesítése ellenére is léteznek szabályozási különbségek pl. a terhesség-megszakítás, az IVF, a beültetés előtti diagnosztika (PDG) tekintetében. (Pl. a terhesség-megszakítást Franciaországban a terhesség 12. hetéig lehet elvégezni, Spanyolországban a terhesség 22. hetéig, az Egyesült Királyságban a terhesség 24. hetéig. Franciaországban törvény tiltja a mesterséges megtermékenyítést 43 év fölött. Belgiumban a 2007-es törvény óta IVF-kezelésre 45 éves korig lehet jelentkezni, embrió beültetés 47 éves korig lehetséges. A spanyol közkórházakban 40 év az IVF korhatára, de a privát szférában számos esetben ennél idősebb korban is sor kerül rá. Spanyolországban előzetes diagnosztizálás után kerülhet sor az embrió-beültetésre stb.) (7).

Ez a motiváció még erősebb az EU-n kívüli országok esetében: A Távol-Keleten, de a volt szovjet utódállamokban sokkal lazábbak az engedélyezési szabályok, így számos olyan ellátást nyújtanak, amely a fejlett engedélyezési szabályokat alkalmazó országokban tiltottak. Tipikusan ilyen ma az őssejt terápia, de egy évtizeddel ezelőtt a távolkeleti csodadoktoroknak volt piaca. Komoly etikai kérdést vet fel az, hogy szabad-e EU tagállam területéről ilyen ellátásokra betegeket szervezni, utaztatni.

5. Komplex élményt nyújt a szolgáltatás

Az otthoni kezelés/műtét árérték a célországban nemcsak a rehabilitáció, az utókezelés vásárolható meg, de a beteg és családja egyúttal üdül is (a rehabilitációs, wellness és turisztikai szolgáltatások összekötése).

1. táblázat: Főbb orvosi eljárások /átlagos orvosi/kórházi összköltsége egy nyugati szintű kórházban a világ különböző országaiban

Eljárás	Országok költségei US dollárban										Költségek az USA árának %-ában									
	USA	UK	Belgium	Franciaország	Németország	Magyarország	India	Thaiföld	Szingapur	Malajzia	UK	Belgium	Franciao.	Németország	Magyarország	India	Thaiföld	Szingapur	Malajzia	
Szív bypass	130 000	28 000	16 300		17 500	6 400	10 000	11 000	18 500	9 000					5%	8%	8%	14%	7%	
Szívbillentyű műtét	160 000	(szív-műtét)	(szív-műtét)		(szív-műtét)	6 000	9 000	10 000	12 500	9 000	17%	12,5%		14%	4%	6%	6%	8%	6%	
Érplasztika	57 000						11 000	13 000	13 000	11 000						19%	23%	23%	19%	
Csípőprotézis műtét	43 000	16 000	11 000	11 400	10 600	2 000	9 000	12 000	12 000	10 000	37%				5%	21%	28%	28%	23%	
Méheltávolítás	20 000					1 500	3 000	4 500	6 000	3 000					13%	15%	23%	30%	15%	
Térdprotézis	40 000	24 000	12 200	12 700		2 700	8 500	10 000	13 000	8 000	60%	30%	32%		7%	21%	25%	33%	20%	
Gerincműtét	62 000					2 900	5 500	7 000	9 000	6 000					5%	9%	11%	15%	10%	

Források: [http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us_chs_MedicalTourismStudy\(1\).pdf](http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us_chs_MedicalTourismStudy(1).pdf) 29.o., A world of medical opportunity: Special report on health tourism. <http://www.treatmentabroad.net/medical-tourism/a-world-of-medical-opportunity/> (1 GBP=1.9749 USD, 2008, május), Magyar árak: ESK

Megjegyzés:

- A fenti költségek a műtét költségeit jelentik, csak a kórházi költségeket tartalmazzák. Ehhez Indiában 20%, Malajziában 25%, Thaiföldön 30%, Szingapúrban 35% többletköltség társul az utazási és a kórházon kívüli szállodai kiadások térítésére.
- A magyar „árak” nem piaci árak, a HBCs szerint 2008-ban térítettek alapján, 230 HUF/USD árfolyamon számítottak.

2. táblázat: Plasztikai műtétek, fogászati kezelések: összehasonlító árai US dollárban

	USA	UK	Belgium	Német-ország	Magyar-ország	Cseh-ország	Lengyel-ország	Bulgária	Orosz-ország, Ukrajna	Török-ország	India	Tahiföld
mell implantátum	9000	8613	3043	6324	4881	4052	3682	4574		4333	2500	3205
arcfelvarrás	14500	13365	3524	9126	4881	4051	3980	2659		4308	3597	2400
zsírleszívás	9000	4950	2144	4376	3487	2420	2366	1941		2235	2025	1200
fogbeültetés	2800	3960		1188	882	1046	805	1166		890	500	1600
porcelán fogkorona	2000	1129		604	278	453 673	273	437		450	150	270
lézeres szemműtét	2400	1980	2455	2782	846	994		2350	500	900	500	975

Források:

<http://www.allmedicaltourism.com/usa/cosmetic/breast-enlargement-implants/>
<http://www.allmedicaltourism.com/usa/cosmetic/facelift-full/>
<http://www.allmedicaltourism.com/usa/cosmetic/liposuction/>
<http://www.allmedicaltourism.com/usa/dental/dental-implants/>
<http://www.allmedicaltourism.com/usa/dental/crowns-porcelain/>
<http://www.allmedicaltourism.com/usa/eye-surgery/lasik-eye-surgery/>

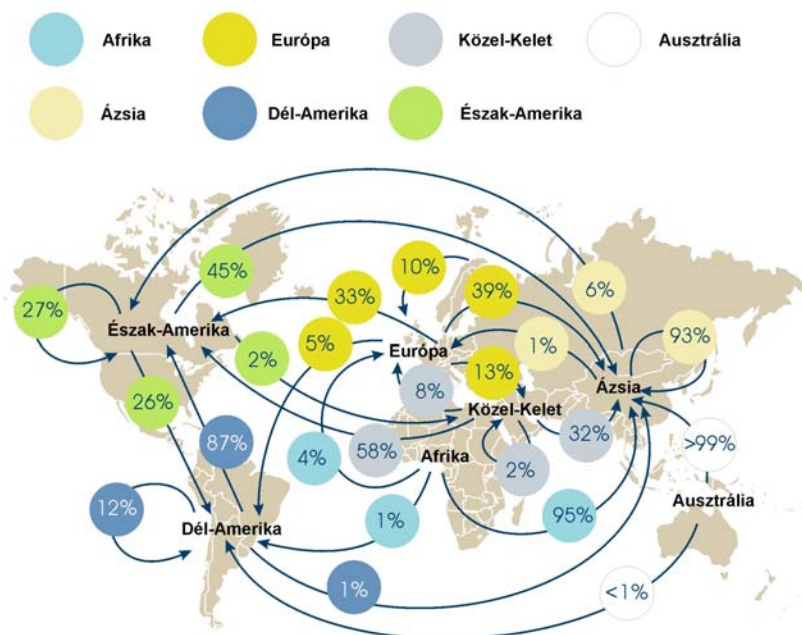
Betegutak a gyógyturizmusban

A gyógyturizmus célpontjainak távolsága egyre növekszik. Korábban jellemzően az USA-ból kisebb kozmetikai műtétekre határmenti célpontokba, (pl.: Caracas), vagy olcsó tablettákért Mexikóba utaztak, ma már a betegek az egész világot átszelő utazásokat tesznek olyan ellátásokért, mint pl. a szívműtét, a csípő- és térdprotézis műtétek vagy az érsebészet.

A képlet egyszerű: a beteg – amennyiben nem hiánypótló, életmentő ellátásról van szó –, akkor indul útnak, ha a kezelés és az utazás összköltsége – hitelesen azonos, vagy garantáltan elégséges minőség mellett – érezhetően alacsonyabb, mintha a kezelést lakókönyezetében kapta volna meg. Miután a közlekedés terhei (ár és idő) csökkentek és az egészségügyi ellátások, beavatkozások költségei folyamatosan emelkednek, a megtérülési pont kilométerben egyre messzebb kerül.

A 2. ábra jól tükrözi, hogy a gyógyturizmus páciensei a fejlett és fejletlen országokból egyaránt útnak indulhatnak. A gyógyturizmus okai a külföldön gyógyulást keresők kiinduló országait is magyarázták. A legtöbb beteget küldő országok a teljesség igénye nélkül: USA, Egyesült Királyság, Németország, Egyesült Arab Emírátsok, Kuvait. A célszágok között is legalább három kontinens található (Amerika, Európa, Ázsia). A legtöbb külföldi beteget fogadó országok: Thaiföld, India és Szingapúr. Észak-Amerikából a betegek főként Ázsiába és Dél-Amerikába utaznak, Dél-Amerikából pedig Észak-Amerikába. A Közel-Keletről Észak-Amerikába és Ázsiába, Afrikából szintén Ázsiába és Ázsiából érdekes módon a betegek 93%-a egy másik ázsiai országba. Európa betegei főként Észak-Amerikát és Ázsiát keresik fel, ha külföldön választanak gyógyulást. A gyógyturizmus célpontjai között láthatóan Ázsia szerepel a legtöbbször.⁸

2. ábra: Betegutak a gyógyturizmusban



⁸ Forrás: Tilman Ehrbeck, Ceani Guevara, Paul D. Mango: Mapping the market for medical travel. The McKinsey Quarterly, May 2008
http://www.mckinseyquarterly.com/article_print.aspx?L2=12&L3=63&ar=2134 5.o.

A gyógyturizmus főbb küldő országai

Amerika

USA

A gyógyturizmus legnagyobb küldő országa az Amerikai Egyesült Államok. Ennek fő oka az amerikai egészségügyi rendszerben és az igen magas szolgáltatási árakban keresendő. Az Egyesült Államokban 45 millió lakosnak nincs biztosítása és több millióan vannak alulbiztosítva. Ezek az emberek jobban járhatnak, ha zsebből fizetnek külföldön egy műtétért, mintha folyamatosan biztosítási díjat fizetnének, vagy szükség esetén otthon vásárolnák meg az ellátást, illetve ha nincs megfelelő biztosításuk, akkor nem tudják megfizetni az igen magas hazai ellátási költséget, és baj esetén olcsóbb megoldást keresnek. *Az USA-ból induló egészségturistákat tehát egyértelműen az ár motiválja*, szakterület szerint bármilyen ellátást választhatnak külföldön, aminek az ár/érték aránya megfelelőbb, mint hazai körülmények között. Célországai – mint erről korábban már volt szó –, főként a Távol-Keleten és Dél-Amerikában találhatók.

Az egyéni motivációk mellett az USA-ban *megjelentek a közösségi motivációk is*: a munkaadók is egyre inkább beszállnak a gyógyturizmus üzletébe, hogy alkalmazottaiknak olcsóbb ellátás nyújtsanak. Pl. a Hannaford nevű New England-i élelmiszer üzletlánc 27 000 dolgozójának teszi lehetővé, hogy Amerika helyett Szingapúrban végeztessenek el bizonyos orvosi kezelést, így jelentős megtakarítást érhetnek el. A példa nem egyedi: 2008-ban a munkaadók 11%-a kínált egészségturisztikai lehetőséget.⁹

Az eddig óvatossággal amerikai biztosítótársaságok is felbátorodtak és önkéntes „globális egészségügyi utazási” opciókat kezdenek felajánlani csomagjaikban. A kezdeti kételyek után az óriásbiztosító Aetna egy kísérleti projektet indított el szingapúri kórházakkal való partneri kapcsolat kialakítására. A külföldi utazás az Aetna ügyfeleknek főleg akkor éri meg, ha az eljárások költsége meghaladja a 20 000 dollárt, pl. egy szívműtét esetén. A külföldi létesítmények minősége sokkal jobb, mint az átlagos amerikai kórházaké, egyben átláthatóbbak és jobb információszolgáltatással rendelkeznek. Ennek az az oka, hogy az ázsiai kórházak szkeptikus külföldi ügyfélkört vettek célba. Egy másik nagy biztosítótársaság, a Blue Cross and Blue Shield egészen addig kétségbe vonta a külföldön nyújtott ellátás minőségét, míg vezetője el nem látogatott a thaiföldi Bumrungrad kórházba, amelyet egyébként a Time magazinban az orvosi szakma „márványpadlós Mekkájának” hívnak, és inkább hasonlít egy grandhotelre, mint egy klinikára.¹⁰ Ezt követően a vállalaton belül részleget indított el (Companion Global Healthcare) a globális egészségügy előmozdítására.

A gyógyturizmust támogatja az a tény is, hogy 2008-ban az AMA (American Medical Association) irányelveket bocsátott ki a gyógyturizmusról¹¹ és javaslatokat adott a betegeket külföldi kezelésre küldő biztosítótársaságok számára.

Közel-Kelet

A Közel-Keletről utazó betegek a legjobban fizető ügyfelek közé tartoznak, akiket több ország szolgáltatói szeretnének megnyerni. Nagy hangsúlyt fektetnek az ellátás minőségére, és bizonyosak akarnak lenni az orvosok megfelelő képzettségéről és tapasztalatáról. Nem lehet körükben egyértelműen keresett szolgáltatásprofil beazonosítani, az amerikai egészségturistákhoz hasonlóan bármilyen ellátást kereshetnek, amit megéri külföldön igénybe venni. A legtöbb beteg az Egyesült Arab Emírátsokból, Kuvaitból, Qatartól, Bahrainból, Libanonból és Iránból indul útnak, fő irányuk Délkelet-Ázsia, főképp

⁹ <http://www.medicaltourismmag.com/detail.php?Req=173&issue=8#>

¹⁰ <http://archives.tcm.ie/businesspost/2006/09/17/story17291.asp>

¹¹ <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/31/medicaltourism.pdf>

Thaiföld és India (elsősorban a 2001. szeptember 11-i terrortámadás és az amerikai vízumkorlátozás óta). Az Egyesült Arab Emírátsból pl. 2008-ban 100 000 beteg utazott Thaiföldre orvosi kezelésre. Thaiföldet iszlámbarát országnak tartják, ahol könnyen elérhetők mohamedán imahelyek és ételek. Az egészségturizmus élénkítésére a thai konzulátus eltörölte a három hónapos vízum díját.

Thaiföld mellett Sri Lanka szintén gyorsan növekvő célország a Közel-Keletről induló egészségturizmus számára. Sri Lanka négy órán belül érhető el repülővel a Golf-öböl országaiból.

India növekvő egészségturizmusa egyre több látogatót vonz az arab államokból. Sok utazási iroda ajánl orvosi kezelést és nyaralást egyesítő csomagokat, amelyek tartalmazzák a repülőjegyet, a szállodát, a kezelést és a műtét utáni nyaralást. Az *indiai kormány elindította* a „Hihetetlen India” kampányt, ami után megváltoztak az országról alkotott elképzelések a Közel-Keleten. Az is kiderült, hogy India vezető kórházai a nyugati árak töredékéért végeznek főbb műtéteket. Az arab országokba irányuló legfőbb egészségturisztikai szolgáltató Indiában az AsiaHealth. Weblapján az indiai egészségügyi ellátók széles skálája érhető el különböző gyógyító és üdülési csomagokkal párosítva.

Az Arab Online Media által működtetett arabmedicaltourist.com az egészségturizmus promóciójának legfőbb helye arab világban. Az egészségügyi turisztikai információs portál segítséget nyújt az arab betegeknek a legjobb ellátók megtalálásában. Az arabmedicaltourist átfogó információval szolgál az egészségturisztikai iparról, benne a különböző országokban nyújtott költséghatékony orvosi kezelésekről.

Az ország-tájékoztatók tartalmazzák a kapcsolati információkat, valamint néhány ellátó bemutatását, a felajánlott eljárások és műtétek felsorolását, az országban működő idegenforgalmi operátorok elérhetőségét.

Európa

Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyság lakosai kétféle módon vesznek igénybe egészségügyi szolgáltatásokat külföldön: közfinanszírozással és magánúton.

NHS finanszírozású ellátások igénybevétele külföldön

Ezen a területen azok a szolgáltatások jöhetnek szóba, amelyekre az NHS-ben hosszú várakozási idő jellemző (ortopédiai ellátások, szívműtétek, szemészeti műtétek). Az Egyesült Királyságban 2008-tól kezdődően 18 hétben maximalizálták a fekvőbeteg várakozási időt. Az NHS nem nagyon bátorítja a külföldön történő ellátást, ha csak lehet, az országon belül oldja meg a várakozásból eredő problémákat, többnyire a magánszolgáltatókkal való szerződés útján. Az Európai Gazdasági Térség országaiban nyújtott kezelés az Overseas Treatment Programme keretén belül történik, engedélyezése az NHS ellátók várólistáinak csökkentését segíti elő. 2007-ben pl. a *csípő- és ízületi protézis* műtétek átlagos várakozási ideje 144-168 nap volt. A legtöbb külföldi beutaló *ortopéd, szív és szürkehályog* műtét esetében fordul elő, a fogadó ország többnyire Belgium, Németország és Franciaország.

Az NHS először 2002-2003-ban vizsgálta annak lehetőségét, hogy téríti az Európában kezelt betegek költségeit. Az első három évben (2003-2005) ortopéd betegekkel kezdődött a kísérlet: 2003 és 2005 között 500 ortopéd beteget küldtek pl. Belgiumba a várakozási idők csökkentésére. 2006-ban kibővült ellátási körökben 280 beteg részesülhetett különböző kórházi ellátásban külföldön. A beutalást a helyi NHS tröszt vagy alapellátási tröszt (PCT) végzi, aki a beteget speciális klinikára (Overseas Assessment Clinic) küldi, ahol felméri a külföldi ellátásra való alkalmasságát. Pozitív eredmény esetén 3-5 héttel később a beteg egy kijelölt európai ellátóhoz utazhat. A külföldön történő kezelés NHS szolgáltatásnak számít, és a betegnek nem kell fizetnie (utazási költségeket sem).

Az NHS-ben – mint a többi EU tagországban – a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló rendeletek értelmében az Egészségügyi Minisztérium vagy a helyi PCT előzetes engedélyezésével is lehetséges külföldi ellátás igénybe vétele. Az erre használt E112-es nyomtatvány igazolja, hogy az ellátás költségeit a küldő ország visszatéríti. Az ilyen jellegű ellátást akkor engedélyezik, ha a kívánt ellátás nem áll rendelkezésre az Egyesült Királyságban, vagy klinikailag indokolt esetről van szó.

Magánúton igénybe vett ellátás külföldön

A betegek által fizetett, külföldön igénybevett ellátások két nagy csoportra bonthatók: olyan ellátások, amit a beteg az NHS keretén belül is megkapna, és amelyekért otthon is fizetnie kellene (fogászat, plasztika stb.).

Egyre több beteg végeztet el műtéti beavatkozást külföldön saját költségre vagy magánbiztosítással annak ellenére, hogy a brit NHS ingyenes ellátást biztosít. Az elmúlt évtizedben megduplázódott a külföldi kezelést igénybevevő betegek száma. Ennek fő okai a britek növekvő utazási kedve, a hosszú várólisták, valamint a nozokomiális fertőzésektől való félelem. Egyre több beteg fertőződik meg az NHS kórházakban multi-rezisztens kórokozókval, amelyek nem, vagy csak nagyon nehezen kezelhetők.

A kiutazók főként ortopédiai ellátást (csípőprotézis, térdprotézis műtétek), szívűtéteket, kozmetikai műtéteket és fogászati ellátás vesznek igénybe külföldön. Míg az ortopédiai ellátás külföldi igénybevételében az otthoni várólista a fő motiváló erő, a szívűtétet illetően a brit kórházakban nincs várólista, de az MRSA vagy C-difficil fertőzések számottevő jelenléte a brit kórházakban mégis sok beteget indít külföldre. Az egészségügyi turizmus fő oka a megtakarításokban található, ami 60%-ot is elérhet a brit magánintézményekhez képest. 2007-ben 50 000 brit állampolgár ment külföldre magánúton finanszírozott kezelés céljából, 2008-ban 75 000, az évtized végére pedig 200 000 várható, ami 886 millió fontos piacot jelent¹². Közülük a szívűtetre utazók száma évi 9000 körüli.

A legfőbb célország India, valamint Thaiföld. A legtöbb brit beteget a madrasi Apollo Hospital és a bangalore-i Wockhardt Hospital látja el.

Az európai országok közül *Belgium* a legkedveltebb hely, ezen belül is a Middelheim kórház Antwerpenben (az antwerpeni kórházi hálózat legnagyobb tagja, 600 ágygal rendelkezik, többek között onkológiai ellátásáról, szem-, szív-, ortopédiai-, gerinc- és idegsebészetről híres). Belgium egészségügyi ellátása mellett szól az egyes ellátásokban (pl. térdprotézis műtét) az akár 50%-kal is alacsonyabb ár és a kórházi fertőzések alacsony, 0,5% alatti aránya is. Franciaország egy másik kedvelt rendeltetési hely az EU-ban az ortopéd betegek számára, hasonló árakkal és hasonlóan alacsony kórházi fertőzési rátával. Évente kb. 2500 brit beteg utazik Franciaországba térd- vagy csípőprotézis műtét miatt. Franciaországban rendelkezésre áll a minimálisan invazív térdműtét is, amit az NHS kórházakban nem nyújtanak rutinszerűen. Málta is egyre kedveltebb célország, ahol egy csípőprotézis műtét vagy szívűtét ára az Egyesült Királyságban jellemző ár 70%-a, a máltai kórházak kiválóan felszereltek és elismert sebészekkel dolgoznak, valamint a máltai kórházak teljesen mentesek az MRSA fertőzésektől is.

2007-ben 14 500 brit állampolgár vett igénybe kozmetikai műtétet külföldön. Az Egyesült Királysághoz képest a legtöbb országban feleannyiba vagy kevesebbe kerülnek ezek a műtétek, közülük a mellkorrekció áll első helyen. A népszerű műtétek közül ezután következik az arcfelvarrás és a hasi zsírleszívás.

Az *NHS fogászati ellátás összeomlása* következtében jelentősen növekedett azok száma, akik fogorvosi kezelés céljából utaznak külföldre. Becslések szerint 2008-ban 22-35 000 beteg tett ilyen utazást és átlagosan 2500£-ot költött¹³. Ebből a növekedésből leginkább azok az országok profitáltak, amelyek alacsony áron nyújtanak magas színvonalú fogászati ellátást: Magyarország, Lengyelország, Törökország, Horvátország, Bulgária. A megtakarítások akár a 80%-ot is elérhetik. Magyarország több éve áll a brit fogászati turizmus élén.

¹² <http://www.treatmentabroad.net/medical-tourism/a-world-of-medical-opportunity/>

¹³ <http://www.treatmentabroad.net/medical-tourism/a-world-of-medical-opportunity/the-tooth-the-whole-tooth/>

A gyógyfürdő terápiát 1976-tól nem támogatja az NHS, így azt csak magánúton lehet igénybe venni. A bármely szakirányú magán egészségügyi ellátás közvetítésére specializálódó Private Healthcare UK a következő országokat ajánlja a brit állampolgároknak (kapcsolati információkkal) a külföldön igénybe vehető gyógyfürdő terápiára: Magyarország, Spanyolország, Dél-Afrika. A Private Healthcare UK felsorolja a magánbiztosítást nyújtó társaságokat is, melyek ilyen jellegű ellátásokat térítenek (pl. PruHealth, HealthFund, It's So Easy Travel Insurance, PatientChoice, Bupa). A közvetítő irodák közül megemlíthető a Sunflowers Agency, amely termálfürdő és wellness programokat ajánl Közép-Európa országaiban, és Magyarország termálfürdőiről is részletes információt nyújt. A Tvtrip nevű utazási iroda 16 budapesti gyógyfürdőt ismertető video klip kíséretében.

Írország

Az ír Egészségügyi Minisztérium által 2001-ben kiadott Health Strategy dokumentum kimondja, hogy 2004-re az állami egészségügyi szolgálatban a leghosszabb várakozási idő bármely betegség esetén 3 hónap. 2002-ben a tervezet támogatására létrehozták a National Treatment Purchase Fund alapot, amely azon állami ellátásban részesülő betegek számára nyújt forrást, akik 3 hónapnál hosszabb ideje várnak kezelésre. Ezen betegek számára magánkórházban vagy nemzetközi ellátóknál biztosítják a kezelést.

Bár a várólisták csökkennek, a gyógyturizmus egyre népszerűbbé válik azok körében, akik az országban rendelkezésre nem álló szolgáltatásokat akarnak igénybe venni, vagy megtakarításokat szeretnének elérni. Az Írországban működő három önkéntes magánbiztosító közül a Vivas Health olyan csomaggal szolgál, amely új külföldi kezelésekre specializálódik.

A legkeresettebb területek közé tartoznak az ortopédiai műtétek, a rákbetegségek terápiája, idegsebészet, a gyermekgyógyászat és a fogászat.

Az ír gyógyturisták főbb tengerentúli célállomásai India, Thaiföld és Szingapúr, Európában pedig Belgium, Franciaország és Kelet-Európa magánkórházai, rendelői, mindenütt az ír árak alatt dolgoznak. A Bupa biztosítótársaság által Belgiumba küldött betegek csípőprotézis operációja pl. kétharmada az írországi költségeknek. A VHI biztosító előzetes engedélyezéssel téríti a betegek sürgős orvosi ellátásának költségeit, ha az nem áll rendelkezésre Írországban. Magyarországon és Lengyelországban a fogászati kezelés harmada az ír áraknak. A költség és a várakozási idők tényezői mellett luxus szempontok is szerepet játszanak a külföldi kórházak látogatásában (emiat esik a választás pl. a bangkoki Bumrungrad Hospital-ra).

Az ír kormány nem gyűjt statisztikát arról, hányan utaznak külföldre kezelés céljából, azonban igen nagy azon magánirodák száma, melyek sebészeti, fogorvosi és kozmetikai jellegű kezeléseket szerveznek külföldön.

Németország

A külföldön igénybevett ellátások egyre népszerűbbek Németországban is: a Focus tudósítása szerint a betegbiztosítók adatai alapján 2007-ben mintegy 300 ezer német utazott gyógyturisztikai céllal külföldre (például lézeres szemműtetre Törökországba, fogászati kezelésre Magyarországra).

A német piac jellemzője, hogy tradicionálisan Németország volt az az európai állam, amely központilag támogatta a biztosítottak külföldi gyógykezelését, elsősorban a gyógyászati ellátások területén, amennyiben ez olcsóbb volt, mint az otthoni kezelés. A finanszírozási kényszerek miatt ugyan Németország is megszorításokat alkalmaz a csomagban, de ez összességében nem érinti negatívan a német betegek mobilitását, sőt: a növekvő önrész felértékeli az olcsóbb külföldi kezeléseik igénybevételét.

Német betegbiztosítottak előszeretettel utaznak az újonnan csatlakozott EU-s tagországokba fogászati kezelés céljából, mivel például Magyarországon és Lengyelországban a fogpótlás mintegy 70%-kal alacsonyabb áron érhető el az alacsonyabb bér-, bérleti- és laborköltségek miatt. Az EU 2004-es bővítése óta a német betegbiztosítók a költségek egy részét, a Németországban szokásos díjtételek alapján (2005-től fix összegű támogatás szerint) a biztosítottak részére megtérítik. Egy példa a külföldön történő fogászati kezeléssel kapcsolatban: egy fogpótlás ára Németországban 6000 euró körüli. Ebből a német betegpénztár 4000 eurót térít, a beteg önrésze pedig 2000 eurót tesz ki. Ugyanez a kezelés Lengyelországban 3300 eurós áron érhető el. A német biztosított önrész ilyen esetben nullára redukálódik, azaz a kezelés számára ingyenessé válik, mivel a pénztár finanszírozási terhe az említett esetben „csupán” 3300 euró, azaz 700 euró megtakarítást is elkönnyelhet a kezelést finanszírozó pénztár. A beavatkozás előtt a német betegpénztárnál a külföldön kezelést végző orvostól kapott (német vagy angol nyelvű) kezelési és költségvetési tervet engedélyeztetni kell. (Belföldi orvossal is ajánlatos azonban egy kezelési és költségvetési tervet készíttetni, ami Németországban térítésmentes.) A pénztár ezek után értesíti a biztosítottat arról, hogy a kezelést a benyújtott számlák alapján utólag milyen mértékben téríti. A kötelező betegpénztár a megnövekedett adminisztrációs munkáért díjat számol(hat) fel, valamint levonásra kerül a 10 eurós praxisdíj is.

A kötelező betegbiztosítás keretében nyújtott szolgáltatások között, mint többletszolgáltatás vagy bonusz, ma is megtalálhatóak a pénztárak által elismert gyógyüdülőkkel kötött szerződések keretében nyújtott szolgáltatások, amit a betegek orvosi javallat esetén, illetve a betegpénztár előzetes engedélyezését követően háromévente ún. orvosi megelőző szolgáltatásként vehetnek igénybe. „Aktív kúrák Európában” elnevezéssel szerepelnek a pénztárak kínálatában (pl. BKK VerbundPlus, mhplus BKK szerződésben állnak olasz, lengyel, cseh és magyar gyógyüdülőkkel) a főként ortopédiai, reumatikus, szív- és érrendszeri megbetegedés, illetve táplálkozási- és anyagcsere-zavar esetén igénybe vehető maximum három hetes kezelések. A pénztár átvállalja az orvosi, valamint a receptre felírt kúrán belüli kezelések (masszázs, pakolások stb.) költségeinek 90%-át (10% a beteg önrésze). A betegpénztár az alapszabályzata szerint adhat további támogatást is¹⁴.

Számos gyógyüdületésre specializálódott utazás- és ellátásszervező létezik, melyek a német betegpénztárakkal és pl. a magyar gyógyüdülőkkel szerződtek. Azok részére, akik rajtuk keresztül veszik igénybe az ellátást, az engedélyezési eljárás után az utazás megkezdése előtt csupán a megállapított saját rész befizetése válik szükségessé. A további költségek (orvosi szolgáltatás, gyógytényezők részleges térítése, vagy pl. a naponkénti 13 eurós átalánydíjas támogatás) a pénztár és szervező között közvetlenül kerülnek elszámolásra.

A szemészeti lézeres kezelést a kötelező pénztárak csak súlyosabb látászavar esetén (-/+6 dioptria) támogatnak előzetes engedély alapján, pl. a szaruhártya bizonyos betegségei, vagy kontaktlencse összeférhetetlenség esetén. A magánbiztosítóknál a régi szerződések szerint biztosított magánbetegek lézeres szemműtete orvos által megállapított szükségesség esetén világszerte támogatásra kerül (10 és 30% közötti önrész térítése mellett). Az új szerződéses magánbetegek esetében ez gyakran teljes egészében hiányzik

A kozmetikai beavatkozásoknál a kötelező betegpénztáraknál és a magánbiztosítónál egyaránt, csak kivételes esetekben kerül sor költségtérítésre.

Amennyiben a betegbiztosítás nem járul hozzá a külföldi kezelés költségtérítéséhez, a biztosítottak az esetek egy részében adókedvezményt vehetnek igénybe (pl. fogászati kezelés, a szem lézeres

¹⁴ <http://www.1a-krankenassen.de/leistungen-gkv-uebersicht-19>

<http://www.tk-online.de/tk/behandlungsangebote/kuren-vorsorge-und-rehabilitation/was-sind-kuren/118070>

<http://www.tk-online.de/tk/behandlungsangebote/kuren-vorsorge-und-rehabilitation/voraussetzungen-fuer-eine-kur/40262>

<http://www.tk-online.de/tk/behandlungsangebote/kuren-vorsorge-und-rehabilitation/welche-kosten-uebernimmt-die-tk/40270>

kezelése, gyógykúrák költségei akkor, ha a gyógyuláshoz vagy a fájdalomcsillapításhoz szükségesek, és orvosi felügyelet alatt történnek). A kozmetikai beavatkozások csak orvosilag indokolt esetekben írhatók le.

Franciaország

A külföldi (Belgiumban, Spanyolországban végzett) kezelést a franciák főként azokban az esetekben választják, amikor az adott ellátásban a francia szabályozás szigorúbb a külföldinél. Ezek közé tartozik pl. a mesterséges megtermékenyítés vagy a terhességmegszakítás.

E mellett megemlíthetők még a főként Magyarországon igénybe vett fogászati és plasztikai (ránctalanító) kezelések valamint a tengervízzel végzett kezelések (talassotherápia) Tunéziában.

Olaszország

Olaszország mesterséges megtermékenyítést rendkívül szigorúan szabályozó jogalkotása miatt az olasz állampolgárok ezrei utaznak külföldre a kezelés vagy a beültetés előtti diagnosztika (PGD) igénybevételére. A problémáikra más országban megoldást kereső párok száma a 2003-as törvény meghozatala óta négyszeresére nőtt. (Az olasz törvényi szabályozás csak a tartósan együtt élő, reprodukív korban lévő heteroszexuális párok számára engedélyezi a mesterséges megtermékenyítést, amennyiben infertilitásukat klinikai vizsgálatok is alátámasztják. A törvény azt is kimondja, hogy három petesejtnél több egyidejűleg nem termékenyíthető meg, és mindegyiket be kell ültetni PGD alkalmazása nélkül.) A törvény meghozatala óta, a mesterséges megtermékenyítésre váró olasz párok leginkább Spanyolország reprodukciós klinikáit keresik fel, de sokan mennek Belgiumba is.

Olasz állampolgárok utaznak még Franciaországba pl. onkológiai ellátásra, vagy Kelet-Európába, azon belül is főként Magyarországra fogászati ellátásra.

Oroszország

Oroszország a gyógyturizmus, egészségturizmus egyik fontos küldő országa. Az orosz betegek számára egyre népszerűbbé válik a külföldi gyógykezelés különösen amiatt, hogy Oroszországban nem állnak rendelkezésre a legmodernebb technológiák és diagnosztikai eszközök. A külföldön gyógykezelést kereső orosz betegek az ország lakosságának gazdag rétegét képezik. Az orosz betegek egyes források szerint 15 millió fős piacot jelentenek más országok számára. Az orosz turisták költsége a Kereskedelmi Világszervezet szerint a 10. legnagyobb a világon¹⁵. Ez a turisztikai igény növekvő mértékben párosul gyógykezelések igénybevételével. Mindennek a szervezése is élénk: a fizetőképes lakosok elérésére hozták létre Oroszországban pl. az Elite Club nevű közvetítő irodát¹⁶, amely luxus szolgáltatásokat nyújt ügyfelei számára. Az Elite Club egészségügyi szolgáltatásokat is kínál, együttműködik számos külföldi klinikával, melyek a kozmetikai műtét, diagnózis, onkológia, rehabilitáció, sebészet és más, innovatív kezelések terén nyújtanak ellátást. Az Elite Club webhelyén 19 szakterületen ajánlanak orvosokat és klinikákat külföldön. A szolgáltatások tartalmazzák a szolgáltató felkeresését, az ellátás megszervezését, árajánlatokat, az utazás megszervezését, helyi logisztikai intézkedéseket.

¹⁵ <http://www.ite-expo.ru/en/news/2006-09-29-19-03-01-000.asp>

¹⁶ <http://www.eliteklub.ru/klin-e.html>

A legnagyobb fogadó központok (desztinációk)

Távol-Kelet

A gyógyturizmus legnagyobb nyertesei az ázsiai kórházak: Thaiföld, India és Szingapúr magánintézményei. Népszerűségük fő oka, hogy az ebben **rejlő lehetőséget sokkal hamarabb látták meg, mint más országok. Alacsony költséggel működnek** (a betegek a kezelési költségek 60-90%-át spórolhatják meg, ha a kezelésnek a Távol-Keleten vetik alá magukat) **és hatékonyan – bevetve a korszerű marketing technikákat is – reklámozzák tevékenységüket.** (Angol és amerikai betegek csípő és térdprotézis műtéteinek tapasztalatai, indiai sebészek és kórházak direkt vagy közvetett reklámfilmjei láthatók például a legnagyobb videomegosztó portálon is.¹⁷) A főbb desztinációs célpontok amerikai standardok alapján „iparszerűen” állnak rá az orvosi szolgáltatások nyújtására, ugyanakkor ezt az egzotikus üdülés lehetőségével kombinálják.

Thaiföld

Thaiföld amerikai mintájú kórházakra épülő gyógyturisztikai központ. A bangkoki Bumrungrad kórház 554 ágygal és több mint 30 szakcentrummal (szakrendelővel) rendelkezik, Ázsia legnagyobb magánklinikája. Évente kb. 1 millió beteget lát el, akik közül csaknem 800 000 jön Délkelet-Ázsiából, 100 000 Elő-Ázsiából, 35 000 Dél-Ázsiából és 35 000 Kelet-Ázsiából. 64 000 beteg utazik az USA-ból, Európából és Kanadából.¹⁸

A komplexumban a wellness- és a vásárlási lehetőségek kínálatán kívül 57 luxusszoba, 21 VIP lakosztály és két királyi lakosztály található. A kórház 17 országban tart fenn forgalmazási irodákat.

A Bumrungrad International kórházon kívül az egészségturizmus szempontjából megemlíthető még a Bangkok Hospital¹⁹ és a Phyathai Hospitals Group²⁰. A Bangkok Hospital technológiai felszereltségben a világ egyik legfejlettebb kórházának tekinthető, ahol magasan képzett multidiszciplináris szakorvos csoportok a szakellátás széles spektrumában nyújtanak ellátást. A kórház a Joint Commission International akkreditációját élvez. A központon belül a Bangkok International Hospital az első kórház Thaiföldön, amelyet kimondottan külföldi betegek számára létesítettek. A kórház három részleget működtet: Japán Orvosi Szolgálat, Arab Orvosi Szolgálat és Nemzetközi Orvosi Szolgálat. A világ több mint 160 országából érkező betegek számára 26 nyelven tolmácsolnak.

A Bangkokban működő Phyathai Hospitals Group három kórházból áll és a legmodernebb technológiai felszereltséggel rendelkezik. Bár a központ nem részesült még nemzetközi akkreditációban, jelen van már az egészségturisztikai piacon. A külföldi betegeket fogadó International Ward 2006 októberében jött létre, ahol az angolul beszélő orvosi személyzet mellett 18 ázsiai és európai nyelven tolmácsolnak. A kórház széles körben nyújt szakorvosi ellátást, kiemelhető a Heart Center, ahol a szívbetegek részesülnek különböző sebészeti és egyéb kezelésben.

India

Indiában a gyógyturizmus dinamikusan, szintén „iparszerűen” fejlődik: évi 30%-os növekedése figyelhető meg.

¹⁷ <http://www.youtube.com/watch?v=yIWT7yVuLE8&feature=Playlist&p=8778514D92F54990&playnext=1&index=4>.

¹⁸ Kma, 2009, 8, 36-38.

¹⁹ <http://www.bangkokhospital.com/eng/>

²⁰ http://www.phyathai.com/phyathai_english/foreigners_general.php

Az amerikai betegek tömegesen mennek pl. India Wockhardt kórházaiba²¹. India egyik legismertebb egészségügyi intézménye az amerikai Harvard Medical International-el működik együtt, és ez az együttműködés is segíti a kórházait a legmodernebb technológia biztosításában. 71 kórházuk van világszerte, számos közülük India kilenc városában.

Az indiai Apollo Hospitals 43 kórházában több mint 10000 kórházi ágy található²², a kórházi menedzsmentet ellátó kollégiumokkal, gyógyszertárakkal és diagnosztikai klinikákkal rendelkezik, az 1990-es években kezdte meg tevékenységét. Az Apollo Kórházcsoport működteti a világ egyik legnagyobb és legfelszereltebb alváslaboratóriumát, az ortopédiai eljárások számos formájával foglalkozik: csípő- és a térdprotézis, Illizarov-eljárás, Birmingham csípő-helyreállító eljárás. Első páciensei a gyógykezelésre hazájukba visszatérő indiai kivándoroltak voltak, majd Európából, a Közép-Keletről és Kanadából érkeztek ide a gyógyulásra váró betegek. Indiában és más országokban is működő Nemzetközi Betegellátó Központjaihoz, helyi utazási irodák, repülőtéri transzferek, az orvosi konzultációk időpont-egyeztetése, a betegek rokonainak elszállásolásáról való gondoskodás, étkeztetési opciók, tolmácsszolgálat, üdülőhelyekkel való egyeztetés a műtét utáni rehabilitációról stb. tartoznak. Az Apollo Csoport orvosainak majdnem 70%-a nyugaton részesült képzésben. Klinikai kimenetei és kezeléseinek eredményessége kiemelkedő. Ahol ez lehetséges, ötvözi a tradicionális medicinát a legmodernebb technikákkal. Intézményhálózatával egész Indiát átfogja.

1999-ben létesült az Apollo Csoport Telemedicina Hálózatával kapcsolatos Alapítvány (ATNF), és elsőként indította el az első vidéki telemedicina központ tevékenységét. A Virtuális Beteglátogatás rendszere lehetőséget teremt a betegek kezelésével kapcsolatos információkról való naprakész tájékozódásra.

Szolgáltatásai közül a betegeket elkísérő hozzátartozók turisztikai programokkal való ellátása igényel további fejlesztést, és ehhez turisztikai szolgáltatásokra szakosodott szakemberek bevonására van szükség. A számukra kínálható preventív orvosi szolgáltatások is a bővülés további területeit jelenthetik.

A Hyderabadban található Apollo health city²³ az integrált egészségügyi ellátás példája, számos high-tech területen kiválósági központtal, ayurveda és wellness szolgáltatásokkal.

Szingapúr

Szingapúr is dinamikusan fejlődő célállomás. A szingapúri Parkway Health pl. a régióban 15 kórházzal, 3277 ágygal rendelkezik²⁴. A hozzá tartozó Mount Elizabeth Hospital a szívsebészet, idegsebészet egyik vezető magánintézménye a régióban. A Szingapúri Turizmus Tanács szerint a Szingapúrba érkező külföldi páciensek közül a legtöbben Indonéziából, Malajziából, Indiából, Thaiföldről és MianmARBól, tehát a közeli országokból érkeznek.

Dél-Korea

Dél-Korea később indult ezen a piacon, de gyógyturisztikai kínálata ma komoly állami segítséggel fejlődik. Dél-Korea kórházai egy 2009 májusától hatályos *jogszabály* értelmében hirdethetik magukat külföldön és kereshetnek külföldi betegeket.²⁵ Ettől az intézkedéstől és agresszív tengerentúli marketingjüktől bevételeik növekedését várják. A dél-koreai egészségügyi minisztérium által felügyelt

²¹ <http://www.wockhardthospitals.net/>

²² <http://www.apollohospitals.com/hospitals-in-india.html>,

²³ <http://www.apollohealthcity.com/>

²⁴ <http://www.parkwayhealth.com/Hospitals/Singapore/ESH/>

²⁵ <http://www.eturbonews.com/9026/south-korea-sees-medical-tourism-boom-under-new-law>

Global Healthcare Business Center kórházak és utazási irodák hálózatát alakítja ki a külföldi betegek toborzására. 2008-ban 27 ezer külföldi beteg kezelték, 2009-ben 50 ezer külföldre számítanak.

USA

Az Amerikai Egyesült Államok nemcsak küldő, de fogadó államként is jelentős. Küldő országgént inkább a költségérzékeny lakosok azok, akik máshol keresnek olcsóbb gyógyulást, ugyanakkor az USA jelentős célország is: főként azoknak a Latin-Amerikából, Közel-Keletről érkező betegeknek a célországa, akik a legkorszerűbb gyógyítást keresik, árra való tekintet nélkül. Erre az amerikai egészségügy igen magas színvonala, nimbusza, az egészségügyi K+F-ben betöltött szerepe jó alapot ad.

Példaként említhető két világhírű orvosi központ, a Stanford Hospital & Clinics²⁶ és a Mayo Clinic²⁷. A Stanford Hospital & Clinics által nyújtott International Medical Services program a külföldi betegek számára nyújt minőségi orvosi ellátást. A kórház a Stanford Medicine részét képezi és szoros kapcsolatban áll a Stanford University orvostudományi karával. A kórház főleg a ritka, bonyolult betegségek kezelésében vívott ki hírnevet, főleg a szív- és rákbetegek ellátásában, az idegtudományokban, a sebészetben és a szervátültetésben. A központba érkező külföldi betegek számára beteg-koordinátort jelölnek ki, aki a látogatásuk minden területét megszervezi.

A Mayo Clinic az első és legnagyobb integrált, nonprofit csoportpraxis a világon. A betegellátást az összes létező orvosi specialitás területét képviselő szakorvosok végzik. A klinika három részlegén (Arizona, Florida, Minnesota) több mint 3300 orvos, tudós és kutató dolgozik 46000 kapcsolódó egészségügyi személyzettel. A Mayo Clinic évente több ezer beteget fogad az egész világból. Az International Patient Offices garantálja a betegeknek, hogy a távolság és a nyelv nem jelent akadályt abban, hogy első osztályú ellátásban részesüljenek. A Mayo Clinic számos nemzetközi biztosítótársasággal áll szerződésben a finanszírozás megkönnyítése érdekében.

Nyugat- európai gyógyturisztikai célpontok

Belgium

Az Európai Unióban, magas szintű és megfizethető árfekvésű ellátásával Belgium áll a vezető helyen a gyógyturizmus fogadásában. A belga egészségügy által megfizethető áron nyújtott szolgáltatások közé tartoznak a plasztikai sebészeti beavatkozások, a fogászati ellátás, vagy pl. a vese-transzplantáció. A bypass-műtétek is megoldást kínálnak azon betegek problémáira, akiknek az országukban érvényes várólisták miatt túl sokáig kellene várakozniuk az ilyen beavatkozásra. A Belgiumban gyógykezelést kereső külföldi betegek száma évente mintegy 35 ezer. 60%-os arányukkal a holland állampolgárok jelentik ebben a vonatkozásban a legnagyobb piaci tényezőt, őket követik a franciák 17%-os arányukkal, de érkeznek betegek az Egyesült Királyságból, Németországból, Olaszországból és Luxemburgból is.

Németország

Németországban az USA-hoz hasonlóan a minőségi, high-tech ellátást igénylő, nem árérzékeny külföldiek keresnek ellátást. Habár az éves szinten gyógyturizmus céljából beutazó páciensek száma alig haladja meg a néhány 10 ezret (a kórházi elbocsátások alapján éves szinten 50-60 ezerre tehető a számuk), egy nemzetközi tanulmány előrejelzése szerint Németország is egyre kedveltebb gyógyturisztikai célországgá válik. A két leggyakrabban ellátott kórkép a szívkoszorúér problémák és a lumbágó. A beutazók főként Közel-Keletről és Oroszországból érkeznek. Mivel a kőolajexportáló államokban a légszennyezés következtében egyre nő a légúti megbetegedések száma, előszeretettel utaznak ezekből az országokból páciensek a jó hírnévnek örvendő Németországba. 2001. szeptember

²⁶ <http://stanfordhospital.org/forPatients/patientServices/internationalMedicalServices.html>

²⁷ <http://www.mayoclinic.org/international/>

11. óta az arab turisták az USA-val szemben előnyben részesítik az európai országokat is. Versenybeli hátrányt jelent azonban sok német klinika esetében pl. az amerikai konkurensekkel szemben a professzionális, célzott marketingstratégia, magas színvonalú internetes megjelenés hiánya.

Az Egyesült Arab Emírátsokból Németországba érkező betegek: éves szinten mintegy 100 ezer fő²⁸, tartózkodási ideje: egy nap és több hét közötti (a Németországban tartózkodás költségeit az Emírátsok viseli, ahol a kiadott vízumok több mint fele egészségügyi célból kerül kiállításra). A Németországba történő utazás fő mozgatóereje: magas ellátási standardok, kiváló technika, intenzív utógondozás. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a német klinikák számos esetben nem felelnek meg a közel-keleti egészségügyi elvárásainak. Kifogásolható például a beutazók anyanyelvén történő kommunikáció hiánya, arab tévécsatornák és rádióprogramok hiánya vagy a távoli országból érkezők étkezési szokásainak figyelmen kívül hagyása.

Egy német beruházás is folyamatban van az Emírátsokban, aminek keretében az első német kórház épül German General Hospital néven. A projekt fő mozgatóereje, hogy az Emírátsokban a diagnózis - utógondozás - kísérő kezelés koncepciója jelenleg nincs jelen, további előny az, hogy a betegeknek nem kell Németországba utazniuk a megfelelő kezelés elérésére. A projekt komparatív előnyökön alapul: Abu Dhabi azzal a céllal kezdte meg egészségügyi rendszerének fejlesztését, hogy az egészségügy miatt jelentkező költségterheket minimálisra csökkentse, illetve hogy a közeljövőben a régióban meghatározó szerepet töltsön be, Németország pedig érdekelt volt abban, hogy jelen legyen a növekvő keresletet generáló területen.

Egyre jelentősebb az országba gyógyturisztikai céllal beutazó tehetősebb orosz állampolgárok jelenléte. Német közvetítőirodák fokozódó marketingtevékenységet végeznek Oroszországban: amint a kezelőorvos megállapítja a terápiás szükségletet, az iroda minden további tennivaló intézését átvállalja (vízum, utazásszervezés, tolmács biztosítása, a hozzátartozók elszállásolása stb.)

Málta

Málta orvosi egyeteme több mint 500 éves múltra tekinthet vissza. Az orvostanhallgatók közül sokan az Egyesült Királyságban szerzik szakorvosi képesítésüket. A máltai sebészek a brit szakorvosi nyilvántartási rendszerben is szerepelnek. Egészségügyi szolgáltatásai világszínvonalúak, kórházai jól felszereltek.

A külföldi betegek főleg az ortopéd-, szív- és plasztikai műtétek iránt érdeklődnek, fejlődő a fogászati ellátás piaca is. Egészségügyi szolgáltatásai elsősorban azon brit betegeket vonzzák, akik az otthoninál kedvezőbb áron szeretnék magánellátást igénybe venni, a műtéti eljárások 30%-kal kevesebbe kerülnek, mint az Egyesült Királyságban. A brit betegek számára vonzó az is, hogy a máltai kórházak teljesen mentesek az MRSA fertőzésektől²⁹.

Ciprus

Cipruson elsősorban fogászati ellátást, kozmetikai műtéteket, szemészeti ellátást és IVF kezeléseket vesznek igénybe külföldi betegek. Mindezek kiegészítéseként wellness és gyógyfürdő lehetőségeket nyújtanak hagyományos és alternatív kezelési módokat (talasszoterápia, aromaterápia, kőmasszázs és hidroterápia) alkalmazva. A minőség mellett a kezelések költséghatékonyak.

²⁸ interjú Klaus-Peter Brand Abu Dhabin német nagykövettel: <http://www.shedlin.de/newsletter/20090731pdf.pdf>

²⁹ Malta: An island of excellence <http://www.treatmentabroad.com/medical-tourism/a-world-of-medical-opportunity/an-island-of-excellence/>

Malta: quality specialist and cosmetic surgery <http://www.treatmentabroad.com/medical-tourism/a-world-of-medical-opportunity/malta-commercial-feature/>

Kiterjedt repülőjárat hálózata következtében Ciprus könnyen elérhető a világ bármely részéről. A sziget Európa, Ázsia, Afrika és a Közel-Kelet kereszteződésében található, ezért számos beteget fogad e régiók országaiból³⁰.

Kelet-Európa

Kelet-Európa országai leginkább az olcsóságukra építve az érzékeny betegeket célozzák meg, és ennek megfelelően elsősorban a fogászati, kozmetikai sebészeti, gyógyfürdő ellátási területeken fogadnak külföldi betegeket. Magyarország fogászati ellátása, gyógyfürdő ellátása, plasztikai sebészete vonzó a külföldiek (főként osztrák, német állampolgárok) számára. Kelet-Európában fontossági sorrendben Magyarország állhat az első helyen a gyógyturisztikai desztinációk között. A fogászatban ez mindenképpen igaz, de jelentős az esztétikai sebészet szerepe is, és ehhez társulnak a hagyományos, természeti gyógytényezőkre alapozott ellátások. **A magyar piac részleteit külön fejezet, a tanulmányunk III. fejezete tartalmazza.** Magyarországot Lengyelország követheti a gyógyturisták ellátásában, a többi kelet-európai ország már nem fontossági sorrendben szerepel tanulmányunkban.

Lengyelország

Az egészségturizmusnak Lengyelországban hosszú múltra visszatekintő hagyománya van. A lengyel gyógyüdülők magasan kvalifikált személyzettel rendelkeznek, színvonalas szolgáltatásokat nyújtanak, előnyös árakon. Lengyelország európai viszonylatban a hetedik helyet foglalja el a gyógyüdülők számát illetően, amelyek különleges természetgyógyászati adottságokkal rendelkeznek.

A lengyel és a külföldi turisták a gyógyfürdők mellett egyre gyakrabban használják a plasztikai sebészetet, a fogászati- és szemészeti szolgáltatásokat. A lengyel egészségturizmus fejlődésének alapját - más közép-kelet-európai országokhoz hasonlóan - az alacsony árak képezik. A nyugat-európai országokhoz (pl. Nagy-Britanniához vagy Németországhoz) viszonyítva a lengyel szolgáltatások díjai 60-80%-kal alacsonyabbak. Svédországban, Dániában és Németországban kiemelten értékelik a lengyel szakemberek által nyújtott szolgáltatások szakmai színvonalát, komfortját és rendkívül előnyös árait. A német és a skandináv vendég-ügyfeleken kívül egyre gyakrabban érkeznek lengyelországi kezelésre vendégek az EU más országaiból is, többek között Olaszországból és Franciaországból.

Bulgária

Bulgária egészségturizmusának főbb profiljai a nyugat-európai árakhoz képest jóval olcsóbb szolgáltatásokat nyújtó fogászat és kozmetikai sebészet, valamint a gyógyfürdőkhez kapcsolódó kezelések. Az 1990-es évek közepén nyílt magánklinikák korszerűen felszereltek, szakembereik magas színvonalú ellátást biztosítanak, szolgáltatásaik ára kedvező. Aktuálisan folyó legnagyobb fejlesztése a Fekete-tenger partján épülő Rola project³¹, amely Burgasztól 8 kilométernyire, Pomorie-ben található, számos egészségügyi szolgáltatást kínál majd: geriátriai központtal, balneológiával, IVF szolgáltatásokkal stb. A központ az arab gyógyturisták fogadására is jelentős hangsúlyt fektet, pl. kuwaiti gyógyturisták utazását készíti elő³². Együttműködést szervez Németország és Ausztria kötelező egészségbiztosításával és Izrael magánbiztosítóival is.

³⁰ Health Tourism in Cyprus http://www.healthtourismportal.com/index.php?option=com_content&task=view&id=2&Itemid=6
Cyprus: A truly healthy holiday <http://www.treatmentabroad.com/medical-tourism/a-world-of-medical-opportunity/cyprus-a-truly-healthy-holiday/>

³¹ <http://www.rolabg.com/>

³² http://www.kuwaittimes.net/read_news.php?newsid=MTI0ODM1NTcxNA==

A gyógyítás mellett működik az egészségipar: népszerűek a fogyókúra kezelését nyújtó központok, ezek közül is a legismertebb a Fekete-tenger partján álló Sts. Constantine és Helena szanatórium. A létesítmény által nyújtott kúra időtartama 10-től 20 napig tart, és a csomag ára 500 és 2000 EUR között váltakozik, a kezelés időtartamától függően ³³.

Csehország

Az egészségturizmus jelentős fejlődésnek indult Csehországban is³⁴. Az egészségturisztika fő területe a plasztikai-, esztétikai sebészet, valamint az IVF. Ezeket a szolgáltatásokat főleg Prágában az előnyös árak miatt is keresik, de érdeklődés mutatkozik a fogászati- és ortopédiai ellátás iránt is.

Az egészségturisztika személyesen a sebész szakorvosokhoz kötődik. A legtöbb turista Németországból, Ausztriából, Nagy-Britanniából és Szlovákiából érkezik. Többségük nő, akik kozmetikai sebészeti beavatkozások miatt érkeznek.

A páciensek átlagos ápolási ideje 3-10 nap. Ritkábban fordul elő, hogy a tartózkodásukat turisztikai programokkal kötik össze. A turisztika és a gyógykezelések összekapcsolása terén még vannak pótolnivalók, a kiegészítő szolgáltatások kínálata előnyöket jelentene Prága és az ismert cseh gyógyfürdők vonatkozásában. A világszerte híres cseh- és morvaországi gyógyfürdők szolgáltatásainak a turizmussal való összekapcsolása, gyógyító és wellness programjainak hatékonyabb propagálása a cseh gyógyfürdőügy prioritásai közé tartozik.

Oroszország

Oroszországban is található olyan magánszolgáltatók, akik külföldiek számára kínálnak korszerű eljárásokkal végzett szolgáltatásokat pl. a fogászat, szemészet (lézeres-, korrekciós- és mikrosebészeti operációk) területén.

Vannak olyan különleges egészségügyi szolgáltatások, amelyek speciális, saját fejlesztésű módszereket, technológiákat alkalmaznak. Ilyenek a végtaghosszabbításra irányuló, végtagkorrekciós beavatkozások. Az Ilizarov Helyreállító Traumatológiai és Ortopéd Tudományos Központ³⁵ az egyik legnagyobb tudományos központ Oroszországban, amelyik az ortopéd betegségekre és sérülésekre specializálódik. A Kurgánban működő intézmény nevét Abramovics Ilizarovról kapta, aki az 50-es években alkotta meg a csonttörések és az ortopéd betegségek kezelésének új módját. A végtaghosszabbítás és csontszövet regeneráció új technikáját már több országban szabadalmaztatták. A központban 18 klinikai osztály, 17 tudományos laboratórium működik 100 sebészorvossal, 100 tudományos munkatárssal és 450 ápolóval. A kórház kapacitása 1000 ágy. A konzultáció virtuálisan is megtörténhet, az interneten keresztül.

Úgynevezett kozmetikai ortopéd műtéteket hajt végre a Volgográdban található Nemzetközi Antropometriai és Korrekciós Központ³⁶ is, ilyenek a magasság-növelés, az alsó lábszárak alakjának módosítása, az alsó lábszárak defektusainak korrekciója. A módszer feltalálója Dr. Jegorov volgográdi ortopéd sebész.

Szemészetben az orosz szolgáltatók nagy gyakorlattal rendelkeznek a lézeres korrekciós és mikrosebészeti operációkban. Áraik versenyképesek – a külföldi ár negyedéért végeznek beavatkozásokat.

³³ <http://www.travelwebdir.com/travelarticles/Health-and-Medical-Tourism-in-Bulgaria-575.html>

³⁴ *Ekonomika iHNed.cz.* – 2008. 06. 29., <http://www.czechtourism.cz/>, <http://web.mvcr.cz/archiv2008>

³⁵ <http://www.ilizarov.ru>

³⁶ <http://www.rucosm.com>

Románia

Románia is megjelent az egészségturizmus célországai között, főleg a fogászati ellátás terén. Több ellátó gondoskodik az utazásról és a szálláshelyről. Romániai kezelésekre legnagyobb számmal Olaszországból, Nagy-Britanniából, Franciaországból és Németországból érkeznek betegek. Románia a hagyományos magyar gyógyturisztikai területen, a gyógyvízre alapozott szolgáltatásokban jelent még konkurenciát Magyarország számára.

Szerbia

Bár Szerbia alapvetően küldő ország, de fogad is egészségturistákat. A külföldi betegek ellátásában a magánklinikák játszanak komoly szerepet. Az igénybe vehető szolgáltatások közé tartoznak a kozmetikai beavatkozások, vagy a fogászati kezelések.

Szerbiában is megtalálható az orosz végtagkorrekciós módszerhez hasonló, külföldiek által is igénybe vett eljárás. A Nis Orvostudományi Egyetem Ortopéd és Traumatológia Klinikája³⁷ nemzetközi hírnévre tett szert az ortopéd sebészet területén.

Szlovákia

Szlovákiában³⁸ az egészségturizmus körébe tartozó szolgáltatások közül kiemelkedik a hagyományos gyógyfürdő. A gyógyfürdőkre jellemző, hogy régóta széles körű orvosi háttérrel rendelkeznek. Privatizációjuk pozitív hatást gyakorolt a színvonalra. A gyógyfürdőkben évente átlagosan mintegy 3 millió napi tartózkodást regisztrálnak, ebből a külföldi vendégek 35%-ot tesznek ki. A külföldi magánfizetők száma folyamatosan növekszik (az átlagos ápolási idő 17 nap). A gyógyfürdők a gyógykezelésen kívül újabban bővítik a kínálatot, a megelőzésre és a re-kondicionálásra orientálódnak, ezeket a szolgáltatásokat rövidebb ápolási idővel is nyújtják (4-7 nap).

A gyógyfürdő vállalatok részben önálló marketinget folytatnak, részben az ország regionális hivatalai segítségével dolgoznak. Az állam támogatása minimális. Együttműködnek az utazási irodákkal, amelyek az ilyen típusú szolgáltatásokra, illetve termékekre szakosodnak. A szlovák gyógyfürdők számára Csehország, Németország, Ausztria, Lengyelország, Hollandia, Oroszország jelent elsősorban piacot, de érdeklődik Izrael és néhány arab ország is.

A gyógyfürdői szolgáltatásokon kívül az egészségturizmus más formái is terjedőben vannak Szlovákiában, mint például a fogászat, a kozmetikai sebészet, az IVF vagy az ortopédiai sebészet. IVF-re a legtöbb külföldi nő Németországból, Spanyolországból érkezik, érkeznek betegek Amerikából, Angliából és Ausztriából is. Kozmetikai és plasztikai sebészeti beavatkozásokra rendszeresen jönnek páciensek Ausztriából, Németországból és Svájcból.

Bár növekszik a gyógyturisták száma, Szlovákia más kelet-európai országokhoz képest a medikális területen lemaradt, mivel hiányzik a szervezettség és a megfelelő kommunikáció.

Törökország

Isztambul, Ankara és Izmir kórházai európai szintű szolgáltatásokat nyújtanak. Főként ezekben a városokban dolgoznak a legjobban képzett orvosok és egészségügyi szakemberek is. A magánkórházak korszerűek – több mint 10 kórház részesült már a Joint Commission International általi akkreditációban, és többen van folyamatban ilyen minősítés. Az ország természeti és történelmi gazdagsága, földrajzi

³⁷ <http://www.mitkovic.net>

³⁸ <http://www.novaera.sk/clanok/348/>, TASR, 2007. 02. 11.

helyzete (híd Európa és a Közel-Kelet között) alkalmassá teszi Törökországot arra, hogy összekapcsolhatók legyenek a turisztikai tevékenységek az egészségügyi ellátással.

Az európai biztosítótársaságok a török kórházakkal különösen a hipertónia, a diabetes, a veseelégtelenség és más krónikus betegség kezelésében működnek együtt. Keresettek még szemészeti, fogászati kezelések is. Az árak nemzetközi összehasonlításban versenyképesek.

A gyógyturizmus jelentős igénybevevő szegmense a külföldön élő törökök 4,5 millió fős tábora, akik rendszeresen hazajárnak orvosi ellátásra. Az országba áramló egészségturizmus jelentős részét az Egyesült Királyság, Hollandia, Belgium, Azerbajdzsán, Oroszország, Bulgária, Románia, Koszovó és Szíria betegek teszik ki. Törökország emellett fogad még betegeket a Közel-Kelet, Közép-Ázsia és Afrika országaiból is³⁹.

Közel-Kelet egészségturisztikai célországai

Bár az egészségturizmus a Közel-Keleten inkább kifelé irányuló (nyugati vagy ázsiai országok felé) több ország, pl. Jordánia és az Egyesült Arab Emírátsok maga is fogad gyógyturistákat.

Arab Emírátsok

Az Arab Emírátsokban az egészségügyi minisztérium külön részleget hozott létre az egészségturizmus fejlesztésére. Célja, hogy készek legyenek külföldi betegek fogadására plasztikai-, térd protézis- vagy kardiovaszkuláris műtétekre. A betegeket családtagjaik is elkísérhetik.

A Golf-öböl államai az árak tekintetében nem tudják felvenni a versenyt Thaifölddel és Indiával, azonban a magas szintű szolgáltatásokért keresett célországgá válhatnak a gyógyturisták számára. Az Egyesült Arab Emírátsok már tett lépéseket ez irányban és színvonalas nemzetközi ellátókkal próbál szövetségre lépni: pl. Abu Dhabi és a Cleveland Clinic, valamint a Johns Hopkins Medicine között, Dubai és a Harvard Medical International között.

Az arab kórházak nyugati akkreditáció megszerzésével is segítik az egészségturizmus növekedését. Az Egyesült Arab Emírátsban működő multi-specialista RAK Hospital pl. nemzetközi akkreditációra tett szert a Joint Commission International révén. A RAK Hospital a kormány és a Dubai ETA Star Healthcare közös vállalkozása, célja, hogy nemzetközi minőségű egészségügyi ellátást nyújtson magasan képzett orvosi és ápolói személyzettel. A kórház stratégiai partnerségben áll a svájci Sonnenhof Swiss Health nevű vezető egészségügyi vállalattal.

Jordánia

A Jordániába érkező egészségturisták több mint felét iraki, palesztin és szudáni betegek teszik ki. Ezt főleg a kulturális közelség és a nyelvi akadályok hiánya alapozza meg. Jordánia külföldi betegek gyógyításából származó bevételei (évi kb. 1 milliárd dollár) meghaladják az ország (out-of-pocket kiadásokon kívüli) egészségügyi ráfordításait⁴⁰. Évenként 250 ezer (többnyire arab) egészségturistát kezelnek az ország magánszektorában. Az egészségturizmus növekedését a szomszédos országokkal folytatott üzlet ösztönözte, ahonnan célzott marketinggel és alacsony árakkal sikerült nagyszámú látogatót vonzani. Jordánia következő célpontja Amerika, ennek a 2008-as San Franciscó-i „Medical Tourism and Global Health” kongresszuson adott hangot.

³⁹ NHS Yearbook, Family Choice – Medical Tourism – Focus on Turkey, 2009

⁴⁰ <http://www.emro.who.int/emrinfo/index.asp?Ctry=jor>

Egyiptom

Egyiptom egyike a feltörekvő európai egészségturisztikai célországoknak. A kozmetikai és plasztikai műtéteteket magas színvonalon és alacsony áron nyújtják. Egyiptom jelentős idegenforgalmi központ. Az egyiptomi sebészek jól képzettek, sokan közülük Nyugat-Európában tanultak. A Vörös-tenger, a Nílus folyó vagy a piramisok közelében elhelyezkedő magánkórházak kellemes élménnyel párosítják a kozmetikai beavatkozásokat.

Gyógyturisztikai szolgáltatások minőségbiztosításának nemzetközi gyakorlata⁴¹

Az egészségügyi szolgáltatás bizalmi szolgáltatás, és a bizalom szerepe kiemelt jelentőségű a gyógyturizmus területén, ahol a beteg számára idegen nyelvi/kulturális környezetben veszi igénybe a szolgáltatást, és a fogyasztóvédelmi, garanciális elemek nehezebben érvényesíthetők. Ezért az egészségturisztikai, de különösen a gyógyturisztikai szolgáltatások minőségének igazolása alapvető elvárás valamennyi érdekelt fél részéről.

Az egészségügyi, gyógyturisztikai szolgáltatásokhoz óhatatlanul kapcsolódnak kockázati tényezők, ezért mind a betegek, mind az ellátás szervezők keresik az adott országot, az adott egészségügyi intézmény esetén azokat a garanciális elemeket, amelyek csökkentik az ellátás veszélyét. Minél nagyobb a kockázat, annál megalapozottabb garanciális elemeket keresnek a külföldön gyógyulni vágyók, a minőségtanúsítás szempontjait ezért úgy kell kialakítani, hogy azok a betegek nézőpontját tükrözzék. A minőség – és általában a paraméterek – hiteles igazolása független, harmadik fél által történő ellenőrzés révén lehetséges. Azt a folyamatot, melynek során egy független szerv a helyszínen szisztematikusan átvizsgálja egy egészségügyi intézmény működését, adatait, dokumentációját, auditnak nevezzük. Az audit során a minőségtanúsító szerv ellenőrzi, hogy az általa előírt kritériumoknak milyen mértékben felel meg az adott egészségügyi intézmény. Ha a szolgáltató a kritériumoknak eleget tesz, a minőségtanúsító szerv akkreditálja, vagy tanúsítja az intézményt.

A gyógyturizmus határterület két szolgáltatási rendszer, az egészségügyi szolgáltatás és az utazásszervezés között, így mindkét terület szempontrendszeréből merít. Hangsúlyos elemei a következők:

Információ

- ▶ az adott szolgáltató tevékenységéről (szolgáltatási spektrumáról),
- ▶ az ellátás minőségéről, biztonságáról (esetszámok, szövődmények, alkalmazott technológiák, felszereltség stb.),
- ▶ a garanciális lehetőségekről (panaszkezelési rendszer, betegjogok érvényesítésének lehetőségei, felelősség biztosítás stb.),
- ▶ a kommunikációs és tájékoztatói lehetőségekről (honlap, nyelvi készségek, on-line help desk, tájékoztatás stb.),
- ▶ az ellátás komfortjának színvonaláról (hotelszolgáltatások, ápolási kiegészítő lehetőségek),
- ▶ a kapcsolódó szakmai szolgáltatásokról (pl.: előszűrés vagy kontroll lehetősége külföldön),
- ▶ a kapcsolódó turisztikai szolgáltatásokról (transzfer, illetve kapcsolt turisztikai szolgáltatások, partner turisztikai szolgáltatók),
- ▶ a betegek véleményéről az igénybevett szolgáltatásokkal kapcsolatban.

Ismertebb minőségtanúsítási tanúsítási gyakorlatok

Az egészségügyi szolgáltatók minőségtanúsításnak két formája van, egyik a szabványok alapján végzett tanúsítási eljárás, másik a standardok alapján végzett akkreditáció. Az két eljárást összehasonlítva, az *akkreditáció* során az auditorok egy, a működés valamennyi mozzanatát érintő ellenőrzési listán végighaladva, pontosan meghatározott standardok szerint végzik az ellátók vizsgálatát, melynek következtében az akkreditációs eljárásban vizsgált szolgáltatók könnyen

⁴¹ A fejezet Dr. Margitai Barnabás (EMKI főigazgató) tanulmányának tömörített, szerkesztett változata.

összehasonlíthatóak. A *tanúsítási eljárás* során az auditorok általánosan megfogalmazott szabványok alapján végzik az ellenőrzést, az vizsgálat során használt kézikönyv inkább csak támpontot ad a vizsgálathoz. Ennek következtében a tanúsítási eljárás minőségét, ezzel a tanúsítvány értékét nagyban befolyásolja az auditorok felkészültsége, és a vizsgált terület komplexitása, így a szolgáltatók összehasonlítása ugyan nehezebb, de a tanúsítási eljárás rugalmasabb értelmezést tesz lehetővé, valamint nagy hangsúlyt fektet a szereplők elégedettségére, és a menedzsment felelősségére. A minőségtanúsítást követően mind a tanúsított, mind az akkreditált intézménynek bizonyítania kell, hogy a szolgáltatással kapcsolatban elvárt minőségét folyamatosan képes biztosítani.

Az ismertebb akkreditációs szervezeteket az alábbi táblázat ismerteti.

Akkreditációs Szervezetek	Bejegyzés helye	Külföldi akkreditációk
International Society for Quality in Health Care (ISQuA) - www.isqua.org	Ireland	igen
United Kingdom Accreditation Forum (UKAS) - www.ukaf.org.uk	United Kingdom	nem
Accreditation Canada - www.accreditation.ca	Canada	igen
Australian Council for Healthcare Standards International (ACHSI) - www.achs.org.au	Australia	igen
Accreditation and Certification Services (CHKS) - Caspe Knowledge Healthcare System) - www.chks.co.uk	United Kingdom	igen
Det Norske Veritas (DNV) - www.dnv.com/focus/hospital_accreditation/index.asp	Norway	igen
Joint Commission International (JCI) - www.jointcommissioninternational	United States of America	igen
Health Information and Quality Authority (HIQA) - www.hiqa.ie	Ireland	nem
Trent Accreditation Scheme (TAS) - www.trentaccreditationscheme.org	United Kingdom	igen
Care Quality Commission - http://www.cqc.org.uk	United Kingdom	nem
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) - www.ktq.de	Germany	igen
Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare (NIAZ) - www.niaz.nl	Netherlands	nem
National Accreditation Board for Hospitals & Healthcare Providers (NABH) India - www.qcin.org	India	igen
Malaysian Society for Quality in Health (MSQH) - www.msqh.com.my	Malaysia	nem
Haute Autorité de santé (HAS) www.has-sante.fr	France	nem
The Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare (IKAS) www.ikas.de	Denmark	nem
International Organisation of Standards (ISO) - www.iso.org	Swiss	igen
Australian General Practice Accreditation Limited (AGPAL) - http://www.gjp.com.au/accreditation.asp	Australia	nem

NIAHOSM (DNV) Akkreditációs standardok fejezetei

1. QUALITY MANAGEMENT SYSTEM (QM)
2. GOVERNING BODY (GB)
3. CHIEF EXECUTIVE OFFICER (CE)
4. MEDICAL STAFF (MS)
5. NURSING SERVICES (NS)
6. STAFFING MANAGEMENT (SM)
7. MEDICATION MANAGEMENT (MM)
8. SURGICAL SERVICES (SS)
9. ANESTHESIA SERVICES (AS)
10. LABORATORY SERVICES (LS)
11. RESPIRATORY CARE SERVICES (RC)
12. MEDICAL IMAGING (MI)
13. NUCLEAR MEDICINE SERVICES (NM)
14. REHABILITATION SERVICES (RS)
15. OBSTETRIC SERVICES (OB)
16. EMERGENCY DEPARTMENT (ED)
17. OUTPATIENT SERVICES (OS)
18. DIETARY SERVICES (DS)
19. PATIENT RIGHTS (PR)
20. INFECTION CONTROL (IC)
21. MEDICAL RECORDS SERVICE (MR)
22. DISCHARGE PLANNING (DC)
23. UTILIZATION REVIEW (UR)
24. PHYSICAL ENVIRONMENT (PE)
25. ORGAN, EYE AND TISSUE PROCUREMENT (TO)

DNV Akkreditációs standardok fejezeteinek száma 25, az alfejezetek száma 135 melyek konkrét utalásokat tartalmaznak az adott terület vizsgálatára vonatkozóan

MSZ EN ISO 9001:2001 szabvány fejezetei

4. Minőségirányítási rendszer
 - 4.1. Általános követelmények
 - 4.2. A dokumentálás követelményei
5. A vezetőség felelősségi köre
 - 5.1. A vezetőség elkötelezettsége
 - 5.2. Vevőközpontúság
 - 5.3. Minőségpolitika
 - 5.4. Tervezés
 - 5.5. Felelősségi kör, hatáskör és kommunikáció
 - 5.6. Vezetőségi átvizsgálás
6. Gazdálkodás az erőforrásokkal
 - 6.1. Gondoskodás az erőforrásokról
 - 6.2. Emberi erőforrások
 - 6.3. Infrastruktúra
 - 6.4. Munkakörnyezet
7. A termék előállítása
 - 7.1. A termék-előállítás megtervezése
 - 7.2. A vevővel kapcsolatos folyamatok
 - 7.2.3. Kapcsolattartás a vevővel
 - 7.3. Tervezés és fejlesztés
 - 7.4. Beszerzés
 - 7.5. Előállítás és szolgáltatás nyújtása
 - 7.6. A megfigyelő- és mérőeszközök kezelése
8. Mérés, elemzés és fejlesztés
 - 8.1. Általános útmutatás
 - 8.2. Figyelemmel kísérés és mérés
 - 8.3. A nem megfelelő termék kezelése
 - 8.4. Az adatok elemzése
 - 8.5. Fejlesztés

Az ISO szerinti akkreditáció ma már sok helyen úgyszólván alap-elvárásnak számít, jelentősége, hogy tanúsít egyfajta minőséget, szabályozottságot, de a betegek számára kevesebb érdemi információt hordoz. Az ISO akkreditációs rendszer 5 fejezetet, 24 alfejezetet és 38 további alfejezetet tartalmaz, ez utóbbiak, nem tartalmaznak konkrét utalásokat a vizsgált területre vonatkozóan. Hasonló megállapításra jutunk akkor is, ha a többi ismert akkreditációs standardrendszert vizsgáljuk (TAS, JCI, KTO).

AKKREDITÁCIÓS ELJÁRÁS (STANDARDOK)	TANÚSÍTÁSI ELJÁRÁS (SZABVÁNYOK)
konkrét	általános
specifikus	kevésbé specifikus
kevésbé flexibilis értelmezés mód	flexibilis értelmezési mód
kevésbé kreatív	inkább kreatív
egyenszilárdságú rendszer	kevésbé egyenszilárdságú rendszer
marketing értéke magas	marketing értéke változó
paciensre fókuszál	ügyfélre fókuszál

Az ellátásszervezők gyakorlata

A gyógyturizmus specialitása, hogy az egyes intézményekről nemcsak független szereplők, tanúsító szervezetek tesznek közzé információkat, hanem az ellátásszervezők is. Azok a szervezetek, amelyek betegek közvetítésére szakosodtak, információkat szolgáltatnak az általuk ajánlott/közvetített szolgáltatókról. Ezek hitelességi foka természetesen igen eltérő.

Az ellátásszervezők olyan szolgáltatókat igyekeznek összefogni, akik garantáltan magas színvonalú ellátást biztosítanak ügyfeleik számára, ezért elsődlegesen a betegek szempontjából közelítik meg a kérdést, annak függvényében fogalmazzák meg elvárásaikat, hogy a keresett beavatkozás milyen kockázatot jelent a betegre nézve. Helyszíni ellenőrzés, valamint a kérdéseikre adott válaszok alapján kialakítják az általuk preferált szolgáltatók listáját, melynek sorrendjére nagy befolyással van a betegelégedettség.

A betegek könnyebb tájékozódása érdekében az ellátás szervezők kidolgozták a partner egészségügyi szolgáltatók értékelésének rendszerét, az ellátásszervezők által megfogalmazott elvárások egyfajta minőségellenőrzésnek felelnek meg. Ezt a gyakorlatot követi a TEMOS és a TÜV Medical Wellness kvázi tanúsítási rendszere, a Travel Abroad, Code of Practice-ban megfogalmazottak egyaránt.

Egyes ellátásszervezők gyakorlatának, ügyfélkörének bemutatása

Ellátásszervezők - Szolgáltatók	Ország	kórház	szakterület	akkreditáció tanúsítás	minőségi. kritériumok
Healthbase https://www.healthbase.com/hb/pages/medical-procedures.jsp	23	26	10	+++	na
Treatment Abroad – http://www.treatmentabroad.com/destinations/	49	Na	17	+	CoP
Treatment Abroad - http://www.treatmentabroad.com/destinations/hungary/	1		6	+/-	CoP
TEMOS- http://www.temos-worldwide.com/hospitalguide/	72	4394		+*	31 - Tem Cert.
TEMOS- http://www.temos-worldwide.com/hospitalguide/ - search for Hungary	1		19	++	0 - Tem Cert.
TÜV Medicall Wellness – http://www.tuv.com/meei/hu/medical_wellness_tanusitas.htm	Na	Na	1	++	1 -TÜV MW Cert

Az ellátásszervezők (az egészségügyben használt ellátás-szervezési értelmezéshez képest) az utazás-szervezőkhöz állnak közelebb, így eszközrendszerükben is hangsúlyosabb az ügyfél-elégedettség és a panaszkezelés szerepe. További szempont az ár, az ellátás megfelelősége, a betegek elégedettsége, valamint az ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatások minősége. Az ellátás minősége az egyik legfontosabb szempont a „Healthbase” számára. Ennek eredménye, hogy csak JCI/JACHO akkreditált kórházakkal működik együtt a szervezet, mely garancia az ellátás magas színvonalára, biztonságára.

A TEMOS által működtetett weboldal a szerződött szolgáltatók adatait, elérhetőségét tartalmazza. A TEMOS által kidolgozott kvázi tanúsítási rendszer feltételeinek nagyon kevesen tudnak megfelelni.

1. Dental Short Information Chart
2. Classification of Medical Facilities
3. Medical Facility Short Information Chart

http://www.temos-worldwide.com/index.php?option=com_docman&task=cat_view&qid=8&Itemid=71

A magyar szerződött partnerek általában rendelkeznek ISO 9001 vagy MEES tanúsítvánnyal, mely ugyan a szolgáltatások minőségével kapcsolatban fontos információkat tartalmaz, nem jelent garanciát azokra.

Az ellátás szervezők partnereinek listája tájékoztató jellegű, de fontos kiindulási pont a hazai gyakorlat végiggondolása, és az egészségturizmus stratégiájának kialakítása szempontból. Lehetőséget biztosít a versenytársak beazonosítására, a komparatív előnyök meghatározására, a döntések előkészítéshez.

Country :
Hungary

Town :
... Select

Hospital Directory :
... Select

Show :

No Signs


Hospitals


Only TEMOS Hospitals

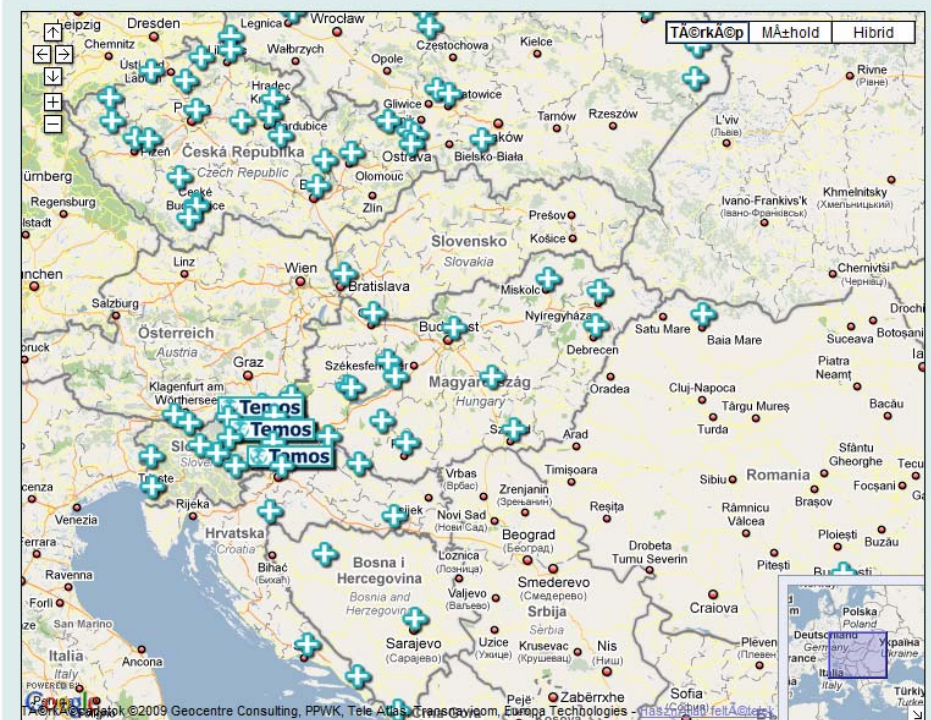
Map Hospital Directory

Search

Legend :

 TEMOS certified Hospital in Town

 Hospital in Town



<http://www.temos-worldwide.com/hospitalguide/Maps.aspx>

Set Filter:

Country :
Hungary

Federal State :

Administrative district / county :

City :

City district/quarter :

Disciplines :

Hospital Search by Name:

Search

+ ADD HOSPITAL

+ CERTIFIED HOSPITALS

Certified +	Hospital	Country	Town
<input type="checkbox"/>	Expat Medical	Hungary	Budapest
<input type="checkbox"/>	First Med Centers	Hungary	Budapest
<input type="checkbox"/>	Hevizgyógyfürdő es Szent Andras Reumakorhaz Kht, Hotel Spa Heviz	Hungary	Heviz
<input type="checkbox"/>	Josa Andras Oktatoi Korhaz	Hungary	Nyiregyhaza
<input type="checkbox"/>	Kaposi Mor Oktato Korhaz	Hungary	Kaposvar
<input type="checkbox"/>	Kelen Hospital	Hungary	Budapest
<input type="checkbox"/>	Keszthelyi Varosi Korhaz	Hungary	Keszthely
<input type="checkbox"/>	Medical Center of the University of Pécs	Hungary	Pecs
<input type="checkbox"/>	Medicover West End Health Care Centre	Hungary	Budapest
<input type="checkbox"/>	Megyei Korhaz	Hungary	Kecskemet
<input type="checkbox"/>	Miskolci Egészségügyi Központ	Hungary	Miskolc
<input type="checkbox"/>	Orvos-es Egészségtudományi Centrum	Hungary	Debrecen
<input type="checkbox"/>	Orvosigazgato Allami Egészségügyi Központ	Hungary	Budapest
<input type="checkbox"/>	Petz Aladar Megyei Oktato Korhaz	Hungary	Gyor
<input type="checkbox"/>	Siófok Város Kórház-Rendelőintézete	Hungary	Siofok
<input type="checkbox"/>	Szent Imre Korhaz	Hungary	Budapest
<input type="checkbox"/>	Szent Janos Korhaz	Hungary	Budapest
<input type="checkbox"/>	University of Szeged Albert Szent-Györgyi Clinical Center	Hungary	Szeged
<input type="checkbox"/>	Veszprem Megyei Csolnoky Ferenc Korhaz	Hungary	Veszprem

<http://www.temos-worldwide.com/hospitalguide/>

Következtetések

Az akkreditáció elsősorban angolszász területeken elterjedt minőségbiztosítási eljárás. Várhatóan a Magyarországra érkező országok lakói is ezt az eljárási formát tekintik garanciális elemnek az ellátás szempontjából. Bár az angolszász területen működnek olyan akkreditációs rendszerek, melyek hivatkozási alapot jelentenek a betegek külföldön történő ellátásakor (JCI, CCHSA, TRENT, ACHSI), Európában még nem egységes a tanúsítási, akkreditációs gyakorlat a kórházak és a gyógyturisztikai szolgáltatók tekintetében. Az egészségügyben elterjedt minőségbiztosítási/akkreditációs rendszerek (pl.: ISO – tanúsítási eljárási szabványok alapján, JCI – akkreditációs standardok alapján) a szolgáltatások általános minőségét hivatottak garantálni, ezért önmagukban nem alkalmasak a gyógyturisztikai szempontok érvényesítésére. Az egészségügyi szolgáltatók minőségtanúsítása általában valamilyen testület minőségtanúsításán alapul, a turisztikai szolgáltatások esetében azonban egyre nagyobb a regisztrált fogyasztói elégedettségen alapuló tanúsítás/tájékozódás szerepe (Testimonials). Így, ugyan, az egészségügyi szolgáltatások minőségével és biztonságával kapcsolatos tanúsítási szempontok meghatározását, és a kapcsolódó turisztikai szolgáltatások minősítését a tanúsító szervezetek végzik, munkájukat nagyban segíthetik visszajelzéseikkel a betegek, ha mint tudatos vásárló jelennek meg ezen a piacon.

A gyógyturizmus kapcsán, az érintett szolgáltatók hazai minőségtanúsítása a reális célkitűzés a következő egy-két évben. A javasolt rendszer olyan kvázi minőségbiztosítási rendszer, melynek célja, hogy a külpiacokra is dolgozó egészségügyi szolgáltatók hiteles, külső szereplők által is ellenőrzött információt adhassanak magukról. A javasolt rendszer az aktív szakellátást nyújtó orvosi/fogorvosi szakmák mellett vonatkozhat a reumakórházakra, rehabilitációs központokra, az élményfürdők, wellness szállodák önálló működési engedéllyel bíró orvosi, vagy rehabilitációs részlegeire egyaránt. A közös törzs-indikátorok mellett szakma-csoportonként (fogorvosi ellátás, IVF, esztétikai sebészet, rehabilitáció, szanatórium stb.) eltérő, szakma-specifikus kritériumrendszert kidolgozása javasolt, ami alkalmas a szakterületek speciális kritériumrendszerének megjelenítésére is.

II. Jogi háttér

A gyógyturizmusra általában nem vonatkoznak önálló, speciális jogi szabályok, hiszen a turizmus és az egészségügy határterülete. Így az egyes szakági szabályozások (úgy közösségi szinten, mint tagállami szinten) együttesen jelölik ki a mozgásteret.

Az egészségügy ellátás rendjét (ideértve a jogosultsági, finanszírozási kérdéseket is) a tagállamok maguk alakítják ki, és ezek a szabályok az ország területén mindenre egyformán vonatkoznak.

A gyógyturizmus szempontjából lényeges, hogy a magánfinanszírozás terhére igénybevett szolgáltatásokra nincs külön szabályozás, ezekre az általános szakmai és szerződési/felelőségi szabályok vonatkoznak.

A tagállamok szempontjából valós szabályozási problémát a közfinanszírozás terhére más országban igénybe vett szolgáltatások igénybe vehetősége és elszámolása jelent. Miután a határon átnyúló egészségügyi ellátás az utóbbi időben uniós napirendre került, ebben a fejezetben ezzel a kérdéssel foglalkozunk részletesen.

Az ezzel kapcsolatos jogi szabályozását két szinten vizsgálhatjuk, egyrészt az Európai Unió jogában, másrészt a tagállami joganyagban, esetünkben a magyar szabályozás tekintetében.

Betegmobilitás - uniós jogszabályi környezet⁴²

Háttér

Az Európai Unió nem tekinti kompetencia területének az egészségügy szabályozását. Ezen a területen mindössze harmonizációra törekszik. Bár az egészségügy nem kifejezetten közösségi szabályozási terület, az Unió nem térhet ki bizonyos területek szabályozása alól, annak érdekében, hogy többi közösségi politikát ne akadályozza az egészségügyi ellátások nyújtásának szabályozatlansága. **Az uniós alapelvek** (a személyek, az áruk, a tőke és a szolgáltatások szabad áramlása) **érvényesítése érdekében szükség van a betegmobilitás liberalizálására**, ezért a közösségi egészségügyi jogi szabályozás homlokterében a **határon átnyúló egészségügyi ellátásra** vonatkozó jogelvek kimunkálása áll.

A szociális biztonsági rendszerek koordinálása

A határon átnyúló ellátás szabályozása nem újdonság az EU történetében. Ennek a szabályozásnak ugyanakkor történetileg két fázisa van, és ez a két fázis eltérő problémák megoldására fókuszál.

A betegmobilitással kapcsolatos szabályozás **első szakasza** két problémát kívánt kezelni: egyrészt, hogy hogyan lehet **a személyek** (nem a betegek!) **mobilitásából kényszerűen fakadó egészségügyi problémákat** (sürgősség, munkavállalás stb.) **kezelni**, illetve, hogy **az egyes tagállamok hogyan tudnak külföldi kapacitások segítségével eleget tenni saját ellátási kötelezettségüknek**.

A második – mostani – **szakasz** ezzel szemben a személyek, az áruk, a tőke és a szolgáltatások szabad áramlása elvén **a betegek választásából fakadó betegmobilitás támogatását célozza**.

A határon átnyúló egészségügyi ellátást rendeleti szinten, tehát minden tagállamra nézve kötelező erővel szabályozza a 1408/71/EGK rendelet a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról és az ezt 2010-

⁴² Köszönjük a fejezet lektorainak: Novák Katalin és munkatársai, Egészségügyi Minisztérium, Nemzetközi és Európai Ügyek Főosztálya; Dr. Ötvös Péter, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Nemzetközi és Európai Integrációs Főosztály véleményét, munkáját, értékes kiegészítéseit.

ben felváltó 883/2004/EK rendelet, a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról. A rendeletek azt az esetet szabályozzák, amikor a tagállamok nem saját területükön, hanem egy másik tagállam területén biztosítják az állampolgáruk számára szükséges ellátást. Ennek két esete van, egyrésztől, amikor az adott biztosított egy másik tagállam területén tartózkodik és ott sürgősségi ellátásra szorul, másrésztől pedig az, amikor a beteg azért vesz igénybe egy másik tagállamban egy előre tervezett ellátást, mert az adott tagállamban nem tudják biztosítani számára a szükséges ellátást ésszerű időn belül, figyelembe véve állapotát és a betegsége valószínű lefolyását. Mindkét eset előzetes engedély köteles (Európai Betegbiztosítási Kártya és E112), az ellátás során felmerülő költségeket pedig állami forrásokból kell fedezni.

Első esetben a beteg nem az egészségügyi ellátás igénybevétele céljából utazik egy másik tagállamba, az ellátás szükségessége ideiglenes ott tartózkodása során merül fel. Ebben az esetben lehetősége van az egészségügyi ellátás igénybevételére a koordinációs rendeletek alapján, az Európai Egészségbiztosítási Kártya vagy az azt helyettesítő nyomtatvány segítségével. A más tagállamban igénybe vett orvosilag szükséges ellátások költségét a beteg biztosítója köteles megtéríteni, leszámítva azt az összeget, amit a másik tagállamban biztosított maga fizetett volna, tehát a betegre háruló önrészt.

A tervezett ellátások esetén, azaz a második esetben az engedély megadását nem lehet megtagadni, ha az adott ellátás szerepel a lakóhely szerinti tagállam ellátásai között, és ha a beteg nem részesülhet ilyen ellátásban, a saját tagállamában, az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges időn belül, figyelembe véve a beteg állapotát és a betegsége valószínű lefolyását. Ezen esetekben a teljes költség megtérítésre kerül, amit az ellátás szerinti ország kifizetett volna a saját biztosítottjának, tehát az esetleges önrész ebben az esetben is a beteget terheli. Ehhez az eljáráshoz az E112-es kormányrendelet alkalmazása társul.

Az Európai Parlament és a Tanács irányelv-tervezete a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről

Az uniós egészségügyi jogi gondolkodás új területe a betegjogi megközelítés, a közelmúltban született irányelv-tervezet elfogadása esetén a betegmobilitás, az egészségturizmus és a gyógyturizmus szabályozásának fontos alapkövét teheti le.

A Bizottság 2003-ban kezdte meg a munkát a határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások jogbiztonságának új szempontú megközelítése érdekében. Számos konzultáció, felmérés, elemzés, tanulmány után, 2008 nyarán készült el a jelenlegi irányelv-javaslat, mely a határokon átnyúló egészségügyi ellátás közösségi keretrendszerének létrehozását indítványozza amellyel, hogy teljes mértékben tiszteletben tartja a tagállamok felelősségét az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás megszervezése és nyújtása terén. A kezdeményezés alapvető célja, hogy a Bíróság ítélkezési gyakorlatára⁴³ alapozva biztosítsa a határokon átnyúló egészségügyi ellátás egyértelmű és átlátható közösségi jogi kereteit, minden olyan európai beteg számára, aki a szükséges kezelést nem saját országában, hanem egy másik tagállamban veszi igénybe.

A határon átnyúló ellátás akadályainak elhárítása érdekében két területet kell megerősíteni: egyrésztől egyértelművé kell tenni, hogy mik a feltételei a más tagállamban igénybe vett egészségügyi ellátás költségei visszatérítésének, másrésztől biztosítani kell, hogy a magas színvonalú, biztonságos és hatékony egészségügyi ellátás a határokon átnyúló szolgáltatás esetén is érvényesüljön. Mindezt úgy

⁴³ Az Európai Bíróság kimondta, hogy az orvosi ellátásra szorulóknak azon jogosultsága, hogy más tagállamba utazzanak a szükséges egészségügyi szolgáltatás igénybevétele céljából, része a szolgáltatások szabad áramlásának, melyet – mint uniós alapelvet – a tagországok nem gátolhatnak meg.

kell megvalósítani, hogy a javasolt rendszer ne veszélyeztesse az egészségügyi és társadalombiztosítási rendszereket, sem közvetlen pénzügyi hatása, sem pedig a rendszerek tervezésére és irányítására gyakorolt átfogó következménye miatt.

Változások az új irányelv-javaslattal

Az új szabályozásnak a hatályos szabályozáshoz képest más a célja: nem azt a helyzetet kívánja szabályozni, mikor a saját tagállam nem tudja biztosítani a szükséges ellátást, hanem azt, amikor a beteg a szabad mozgás elvén, nem szükségéből, hanem *az uniós állampolgárságából fakadó választási jogát érvényesítve, nem a biztosítása szerinti országban kívánja az ellátást igénybe venni*. Tehát míg az első esetben a tagállam azon kötelezettsége érvényesül, hogy biztosítottját a számára szükséges kezelésben kell részesítenie, addig az új irányelv a beteg azon jogát támogatja (és szabályozza), hogy megválaszthassa kezelése színhelyét.

Természetesen ennek ára van, a költségek csak olyan mértékig részesülnek visszatérítésben, amely megfelel az igénybe vett ellátás saját tagállamban igénybe vett költségeinek, a többletköltséget a betegnek kell viselnie. Így, bár a szabályozás tárgya hasonló, oka és eredménye eltérő, az irányelv elfogadása esetén sem érinti a rendeletek hatályát. Ha az előzetes engedélyt az 1408/71/EGK rendelet szerint kérik, illetve adják meg, a rendelet előírásait kell alkalmazni, ha az irányelv szerint, akkor pedig annak rendelkezéseit. Ha azonban egy beteg részére az előzetes engedély a 1408/71/EGK rendelet alapján nem tagadható meg, akkor a beteg kiválaszthatja, hogy melyik mechanizmust részesíti előnyben, mindenesetre, ha az 1408/71/EGK rendelet alkalmazása előnyösebb számára, a beteg nem fosztható meg az említett rendelet által biztosított jogoktól.

Ha a tagállamok nem biztosítják a betegeknek azt, hogy szabadon dönthessenek arról, hogy az Unió mely tagállamában veszik igénybe a számukra szükséges egészségügyi ellátást, meghatározott költségek visszatérítése mellett, akkor ez a szolgáltatások szabad áramlásának akadályaként értelmezhető. A szolgáltatások szabad áramlását abban az esetben lehet korlátozni, ha az az általános érdek, hogy a tagállamoknak mindenki számára elérhető, kiegyensúlyozott egészségügyi ellátást kell biztosítani, sérül azáltal, hogy a betegek kiáramlása megrendíti a társadalombiztosítási rendszerek pénzügyi egyensúlyát. A megfelelő hazai ellátás biztosítása érdekében a tagállamok a kórházi ellátások és egyes nagy költségigényű vagy specializációt igénylő illetve nagy kockázatú szakellátások tekintetében előzetes engedélyezési eljárást vezethetnek be.

Mire vonatkozik az irányelv-javaslat?

Az irányelv minden egészségügyi ellátásra vonatkozik függetlenül attól, hogy azt milyen módon szervezik, nyújtják, vagy finanszírozzák. A Bizottság tervezete szerint a „határon átnyúló egészségügyi ellátás” fogalmába tartozik az egészségügyi ellátás nyújtásának három típusa. Elsőként a „betegmobilitás” területe, amikor a beteg egy másik tagállam egészségügyi szolgáltatójához fordul ellátás igénybevétele céljából. A fogalomkörhöz tartozik továbbá az egészségügyi szolgáltatók és a szolgáltatások szabad mozgása, amikor egy tagállam területén érvényes szolgáltatást egy másik ország területén nyújtanak, valamint ha egy szolgáltató ideiglenesen vagy tartósan egy másik tagállam területén telepedik le szolgáltatás nyújtása céljából. Az Európai Parlament⁴⁴ módosítása szerint azonban „határon átnyúló egészségügyi ellátás” alatt csak a „betegmobilitást” kell érteni, ami az ő olvasatukban a beteg biztosításának helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban igénybe vett egészségügyi ellátást jelenti. Ezzel a fogalmat alapvetően a közfinanszírozású szolgáltatásokra koncentrálja.

⁴⁴ Az Európai Parlament az irányelv tervezetet 2009. április 23-án módosításokkal elfogadta, azonban a Tanács elutasította a Parlament határozatát és jelenleg (2009. október) a tagállamok közös álláspontjának megalkotásán dolgozik.

A finanszírozás szabályozása az irányelv-javaslatban

Az irányelv-tervezet a finanszírozás tekintetében azt az elvet tekinti irányadónak, hogy a beteget olyan szintű visszatérítésben kell részesíteni, mint amilyenben akkor részesült volna, ha a biztosításának helye szerinti tagállamban vett volna igénybe a kapott ellátásnak megfelelő, ugyanolyan hatékony egészségügyi ellátást, az igénybe vett egészségügyi ellátás tényleges költségeinek meghaladása nélkül. Fontos eleme a költség-visszatérítés rendszerének az „olcsóbbat téríti” elv, így a betegnek nem származhat pénzügyi előnye abból, hogy az ellátást egy másik tagállamban veszi igénybe, így tehát a visszatérítés a biztosítás helye szerinti tagállamban az adott ellátásra meghatározott összeg szerint történik, azzal hogy nem haladhatja meg a tényleges költségeket.

A nem kórházi ellátások esetén a visszatérítési szabályok egyszerűek, a biztosítás helye szerinti tagállam nem kötheti előzetes engedélyhez az ilyen típusú, döntően járóbeteg ellátásokat, a költségeket a hazai összegnek megfelelően, de a tényleges költségeket meg nem haladva, visszatéríti.

A kórházi ellátások igénybevételét a tagállamok előzetes engedélyhez köthetik, ha olyan ellátásról van szó, melynek költségét a tagállam szociális biztonsági rendszere megtérítette volna, ha az ellátást otthon nyújtották volna, és ha az előzetes engedély követelményének hiánya súlyosan veszélyeztetheti, vagy valószínűleg veszélyeztetné a tagállam szociális biztonsági rendszerének pénzügyi egyensúlyát vagy az ellátórendszer fenntarthatóságát. Külön érdekesség, hogy ezek alapján egyes, jellemzően nem fekvőbeteg ellátás keretében nyújtott ellátások is kórházi ellátásnak minősíthetők.

Az irányelv-tervezet tehát különbséget tesz a kórházi és a nem kórházi ellátás között. A nem kórházi ellátás definiálása rendkívül egyszerű, azon ellátások tartoznak ide, amelyeket az irányelv nem minősít kórházi ellátásnak. A kórházi ellátás definiálása már keményebb dió, hiszen a Közösség sokféle egészségügyi rendszerében nem létezik a kórházi ellátás egységes fogalom-meghatározása. A tervezet szerint kórházi ellátás az, amelynek során a betegnek legalább egy éjszakát a kórházban kell töltenie, emellett a kórházi ellátás kategóriába sorol olyan ellátásokat, amelyekhez kiemelten költséges és speciális orvosi infrastruktúra vagy berendezések szükségesek, ilyen például a PET, valamint az olyan ellátásokat, amelyek a beteg vagy a lakosság szempontjából kiemelt kockázattal bírnak, mint például a súlyos fertőző betegek kezelése. Pontosabb lett volna, ha a két csoportot engedélyhez köthető és engedély nélkül igénybe vehető ellátásoknak hívták volna, hiszen a felosztás nem az ellátás formájához, hanem inkább erőforrás igényéhez, stratégiai jelentőségéhez kötődik.

Az ellátás garanciái az irányelv-javaslatban

Annak érdekében, hogy megvalósuljon a határokon átnyúló egészségügyi ellátás igénybevételének és nyújtásának szabadsága, biztosítani kell, hogy a közös elvek és a világos minőségi és biztonsági előírások szerint nyújtott egészségügyi ellátást garantáló szabályok minden egészségügyi ellátásra érvényesek legyenek. Ennek során tisztázni kell, hogy az ellátás közös értékeinek biztosításáért melyik állam felelős, valamint meg kell határozni, hogy mi tartozik a tagállamok hatóságainak a területükön biztosított egészségügyi ellátással kapcsolatos felelősségi körébe. Az irányelv az eljárási rend tekintetében úgy határoz, hogy ha a beteg az ellátást a biztosításának helye szerinti tagállamtól eltérő tagállamban veszi igénybe, akkor az, az ellátás helye szerinti állam jogszabályai szerint történik, az ott meghatározott iránymutatások és minőségi előírásoknak megfelelően. A betegeket a más tagállamban igénybe vett ellátásról releváns információkkal kell tájékoztatni, és biztosítani kell számukra jogaik érvényesítését saját tagállamukon kívül is (folyamatos ellátáshoz, utókezeléshez való, panasz benyújtás, jogorvoslat, kártérítés). A más tagállamból érkezett betegeket az adott tagállamban biztosított betegekkel egyenlő elbánás illeti meg, ami azonban nem okozhat hátrányt az adott tagállamban biztosított betegeknek.

Az országok közötti kooperáció területei

Az irányelv-tervezet célul tűzi ki az európai országok közötti együttműködést a határon átnyúló egészségügyi szolgáltatások magas színvonalú biztosítása érdekében. Ennek jegyében kapcsolattartó

pontokat kell létrehozniuk, ahol a betegek megfelelő információkhoz juthatnak a határon túli ellátásokról, össze kell hangolniuk az egészségügyben használt elektronikus rendszereiket, biztosítani kell az adatáramlást, de a megfelelő adatvédelmi szabályok betartására ügyelniük kell, valamint ki kell alakítaniuk az egészségügyi rendszerek európai referenciahálózatát.

Az irányelv-tervezet tárgyalásának állása⁴⁵

Az irányelv-tervezet együtdöntési eljárásban kerül megtárgyalásra, melynek jellegzetessége, hogy az Európai Parlament és az Európai Unió Tanácsa felváltva tárgyalja a tervezetet, és elfogadásához a két jogalkotó szerv közötti kompromisszum szükséges. Az Európai Parlamentben 2009. április 21-én elfogadásra került az első olvasatbeli vélemény, melyben az EP számos módosító indítványt fűzött a Bizottság tervezetéhez. Ezt követően a Tanács elutasította a Parlament módosító határozatát és megkezdte a munkát a tanácsi közös álláspont kialakítására, melynek során a tagállamok kormányainak szakértői vizsgálják a tervezetet, módosítási javaslatokat tesznek. A tagállami álláspontok nem nyilvánosak. A tervezetet a Tanács közegészségügyi munkacsoportja az EPSCO (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council) tárgyalja. A svéd elnökség úgy döntött, hogy prioritásként kezeli a javaslatot, és még mandátuma lejárta előtt megszületik a Tanács tervezete, melyet sikeresen teljesített. A Tanács az irányelvről 2009. december 1-én szavazott, de nem sikerült megegyezésre jutniuk, többek között a nem szerződött egészségügyi ellátóknál igénybe vett ellátás visszatérítésének kérdésében. Bár a vita részletei a fejezet lezárásakor még részleteiben nem ismertek, annyi megállapítható, hogy a fő problémát a költségkontroll és az esélyegyenlőség és az igazságosság biztosíthatósága okozza. Az irányelv tervezettel kapcsolatos további munkák a spanyol elnökség alatt folytatódnak.

Tekintettel arra, hogy az Unió mindkét intézményében komoly viták alakultak ki a tervezetről, nagy valószínűséggel hosszú időt vesz majd igénybe a két intézmény közötti kompromisszum megszületése, és az irányelv elfogadása.

Az Európai Parlament első olvasatbeli módosító javaslatai az irányelvtervezethez

Az Európai Parlament módosító javaslatainak háttérében egy, a Bizottság javaslatánál erősebb tagállami hatáskör-örzés húzódik meg, mely tényezőt az egészen apró motívumoktól a jelentős módosításokig nyomon követhetjük az irányelv megismerése során.

A Parlament módosításának fő területe a betegjogok még fokozottabb védelme, melynek kapcsán többszörösen megerősíti az egyenjogúsági elveket, külön védi a fogyatékkal élőket, a nőket, a ritka betegségben szenvedőket. Óvja a betegeket attól, hogy az irányelv alkalmazása jegyében akarataik ellenére a saját tagállamukon kívüli kezelés igénybevételére ösztönözzék őket, valamint megerősíti az adatvédelmi elemeket (pl. Európai betegvédelmi ombudsman, a kapcsolódó költségek visszatérítése, több, nemzetközileg elfogadott gyógyítási módszer közötti választás lehetősége, közvetlen elszámolás a tagállamok között, elszámolóház létrehozása, vények elismerése).

Az Európai Tanács első olvasatbeli módosító javaslatai az irányelvtervezethez.

A Tanács által készített módosító javaslat egyrészről nem módosította jelentősen a tervezetet, másrészről teljes egészében átalakította azzal, hogy a két lényeges fejezetét átstrukturálta. Fontosabb változásnak tekinthetjük, hogy a Tanács a direktíva célját nem abban jelöli meg, hogy megteremti a határon átlépő egészségügyi ellátás általános kereteit, hanem abban, hogy kialakítja a más tagállamban való egészségügyi ellátás igénybevételéhez való hozzáférés szabályait. A Tanács átstrukturálta a direktíva második és harmadik fejezetét. Így a külön fejezetben (II.) kerül szabályozásra a tagállamok felelőssége a határon átlépő egészségügyi ellátás terén, beleértve a szolgáltatást nyújtó

⁴⁵ A 2009. december 01.-i állapot szerint.

és a biztosítás helye szerinti tagállamok felelősségét, valamint külön fejezetbe (III.) kerülnek a határon átlépő egészségügyi ellátás költségeinek visszatérítésére vonatkozó rendelkezések. A költségek visszatérítésére vonatkozó fejezetben kiemelt változás, hogy a Tanács nem alkalmazza a –kissé logikátlan- kórházi ellátás - nem kórházi ellátás megkülönböztetést az előzetes engedélyezési kötelezettség eseteinek kijelölése kapcsán, hanem felsorolja, hogy mely ellátások köthetők előzetes engedélyhez, és megjelöli azokat az eseteket, amikor a biztosítás szerinti tagállam visszautasíthatja az előzetes engedély megadását. A Tanács módosítása több helyen kiemeli azt, hogy a direktíva egyes rendelkezései nem eredményezhetik a tagállamok egészségügyi jogának harmonizációját, ezzel tovább erősíti a Parlament által megkezdett, tagállami határokra vonatkozó elemeket. Összességében azonban elmondható, hogy a Tanács csupán néhány ponton értett egyet a Parlament módosításaival, döntő többségükben figyelmen kívül hagyta azokat.

Betegmobilitás - magyar jogszabályi környezet

A hatályos magyar jogi szabályozás alapvetően két területen érinti a betegmobilitás kérdését, egyrészt az egészségügyi ellátást szabályozó joganyag, másrészt a turizmus- és a fejlesztéspolitika terén. Az egészség-, vagy gyógyturizmus területének szabályozása lényegében leszűkül a természetes gyógytényezők, a fürdő- és gyógyintézetek, valamint a gyógyhelyek turisztikai, egészségügyi szempontú fejlesztésére.

Turizmus és fejlesztéspolitika

A turizmus- és fejlesztéspolitika területén a jogi szabályozás főként az egészségturizmus és a gyógyturizmus területének fejlesztését fedi le.

Az Országos Területfejlesztési koncepcióról szóló 97/2005. (XII. 25.) OGY határozat, a 2013-ig kivitelezendő országos területi célok között tartalmazza a határ menti területek együttműködésének megerősítését, mely területen alapvető cél, hogy a felértékelődő határmentiségből, a határ szerepének megváltozásából adódó előnyöket - úgy, mint hídszerep, fejlesztési többletforrások, nemzetköziségből adódó lokális szinergiák, gazdasági-kereskedelmi lehetőségek - a térségek a megújulás erőforrásaként kamatoztatva tudják fejlődésük motorjává formálni. Ennek keretén belül rész cél a határ mentén élők egészségügyi ellátásának összehangolása, valamint az egészségturizmus közös programokban való fejlesztése.

Az egyes szakpolitikákra vonatkozó prioritások kijelölése során a turizmuspolitikában kiemelt célként fogalmazza meg a jogszabály, a gyógyüdülőhelyek esetében az egészségturisztikai és az egyéb idegenforgalmi kínálat térségileg összehangolt fejlesztését, valamint az egészségturizmus regionálisan egységes kínálati rendszerének, klasztereinek kialakítását, és a termálvíz kincs hasznosítását.

A 65/2007. (VI. 27.) OGY határozat, a Sport XXI. Nemzeti Sportstratégiáról, felveti a meglévő hatalmas termálvíz kincs egészségturizmus, rekreáció szempontú felhasználásának lehetőségét, hiszen Magyarország egyik legfőbb vonzerejét a termálvíz, és az ehhez kapcsolódó gyógyturizmus jelenti.

Országos Egészségturizmus Fejlesztési Stratégia

Az önkormányzati minisztérium megbízásából készült és 2007. május 30-án elfogadott stratégia a hagyományos turisztikai kapacitások szempontjából vizsgálja a kérdést, így a „klasszikus”, természeti erőforrásokra – ezen belül is főleg a gyógyvízre – alapozott fejlesztési elképzeléseket tartalmazza, és nem foglalkozik a világon ma egyre inkább terjedő medikális szolgáltatások fejlesztési lehetőségével.

Egészségüggyel kapcsolatos szabályozás

Az ellátást szabályozó joganyag a Magyarországon tartózkodó külföldiek szükségszerű ellátását, és a külföldön tartózkodó magyar biztosítottak szükséges gyógykezelésének megtérítését tartalmazza. A jogi szabályozás lényege az ellátás finanszírozási hátterének biztosítása. A területet az egészségügyi törvény, a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló törvény, valamint a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról szóló törvény szabályozza.

Hazánk közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszerébe alapvetően kétféleképpen kerülhetnek külföldi betegek, egyrésztől közösségi jogszabály, vagy nemzetközi egyezmény alapján (pl. elszámoláson alapuló nemzetközi szerződések, vagy kétoldalú megállapodások alapján), másrésztől magánbetegként.

Az első eset hátterében a közfinanszírozók, vagy a társadalombiztosítók egymással való elszámolása áll. Az ellátást ebben az esetben úgy veszi igénybe a külföldi beteg, hogy a nyújtott szolgáltatás költségének végső teherviselője a beteg kötelező egészségbiztosítója lesz, a betegnek a kórházban nem kell fizetnie. Az ellátás zökkenőmentessége érdekében az ellátó az OEP-től kapja meg a szolgáltatás ellenértékét, mégpedig az OEP finanszírozás szerint járó díjat. A külföldi biztosító pedig az OEP-pel számol el. Az így nyújtott ellátáshoz mindig szükséges valamilyen előzetes dokumentum, mely lehet az Európai Egészségbiztosítási Kártya, vagy valamilyen nyomtatvány, igazolás, engedély, vagy a beteg útlevele.

Ezt az esetet, hatályos jogszabályaink közül, az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény) szabályozza a következők szerint; a **Magyar Köztársaság területén tartózkodó nem magyar állampolgár egészségügyi ellátása megkötött nemzetközi egyezmény vagy viszonyosság alapján történik.**

Kiegészül az egészségügyi törvény szabályozása a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) és a társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról szóló, 1997. évi LXXX. törvény (Tbj.) szabályozásával. Mindkét törvény kiemeli, hogy rendelkezéseit a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló közösségi rendelet, **az 1408/71/EGK rendelet hatálya alá tartozó személyekre és ellátottakra, az ebben a rendeletben meghatározott módon kell alkalmazni.** Azon személyek tekintetében, akik valamely nemzetközi egyezmény hatálya alatt állnak **az egyezmény szabályait kell alkalmazni** (Ebtv. 8/A.§, Tbj. 13.§)

Az Ebtv. 8.§-a szerint azon egészségbiztosítási ellátások tekintetében, amelyek **államközi, vagy kormányközi egyezmény, illetve viszonyosság** alapján kerülnek igénybevételre, az Ebtv. rendelkezéseit az ezen egyezményekben foglalt eltérésekkel kell alkalmazni. A viszonyosság fennállásáról a külpolitikáért felelős miniszter állásfoglalását kell kérni.

Az első esetben elektív és sürgősségi ellátások egyaránt tartoznak, az egészségügyi törvény kiemeli, hogy a Magyar Köztársaság területén **sürgősségi ellátásra** szoruló nem magyar állampolgárt **haladéktalanul** el kell látni. A Magyar Köztársaság területén orvosi beavatkozásra szoruló nem magyar állampolgáron a beavatkozást ugyanolyan feltételek mellett kell elvégezni, mint a magyar állampolgáron (ez természetesen az elektív ellátásra is igaz).

A második esetben, mikor magánbetegként érkezik hazánk egészségügyi ellátásába egy külföldi beteg, maga fizeti ellátása költségeit, vagy az a kiegészítő biztosítója fedezi helyette. Ebben az esetben az ellátás költsége a kórház által megszabott díjtétel, melyet a beteg vagy a kiegészítő biztosító számla alapján, többnyire utólag térít.

E második esetről szintén az egészségügyi törvény rendelkezik. Egyezmény, illetve viszonyosság hiányában nem magyar állampolgár egészségügyi ellátást a **Magyar Köztársaság területén jogszabályban meghatározott módon veheti igénybe**. A 87/2004 (X. 4.) ESzCsM rendelet teremti meg a jogalapot arra, hogy a magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő betegektől az egészségügyi szolgáltató díjat kérjen.

A gyógyturizmus égisze alatt természetesen nem csak hozzánk érkeznek betegek külföldről, hanem magyar betegek is vehetnek igénybe külföldi ellátásokat. A magyar betegek külföldön történő kezelésének finanszírozását egyrészt a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) tartalmazza, a külföldön történő gyógykezelés cím alatt (27-28. §), valamint az Ebtv. végrehajtási rendelete, a 217/1997. (XII. 1.) Korm. rendelet szabályozza a magyar biztosítottak külföldi tartózkodás közben szükséges gyógykezelése megtérítését (12.§).

Az alábbi táblázatban a hazánkba érkező külföldi betegek ellátásának kereteit foglaltuk össze:

Külföldiek ellátása Magyarországon – összefoglaló táblázat a finanszírozásról

	Sürgősségi EGT+Svájc, Horvátország, Montenegro (Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződések)	Sürgősségi kétoldalú megállapodás alapján	Egyéb sürgősségi (Nincs E-card, igazolás vagy kétoldalú egyezmény)	Elektív, előzetes engedéllyel (főként EU-s betegek és néhány kétoldalú megállapodás nyújt rá lehetőséget)	Elektív, engedély nélkül, egyéb nem sürgősségi
Végső teherviselő	A beteg kötelező egészségbiztosítása	OEP	A beteg, vagy „S” esetén a központi költségvetés	A beteg kötelező egészség-biztosítása	A beteg, vagy kiegészítő biztosítása
Szükséges előzetes dokumentum	Európai Egészség-biztosítási Kártya, vagy nyomtatvány, igazolás	útlevel	-	Előzetes engedély	Megállapodás a beteggel a kórház tarifája alapján
A szolgáltató a pénzt kapja	OEP-től	OEP-től	Betegtől vagy OEP	OEP	Betegtől vagy kiegészítő biztosítójától
OEP-nek jelentendő	Igen	Igen	Igen	Igen	Igen
A finanszírozási adatlapon rögzítendő kategória	E	3	4 vagy S	E	4
A beteg által fizetendő díj a kórházban	Nem fizet	Nem fizet	Számla alapján térít, főként utólag	Nem fizet	A kórház által megszabott díjtétel (főként utólag fizeti)

	Sürgősségi EGT+Svájc, Horvátország, Montenegro (Elszámoláson alapuló nemzetközi szerződések)	Sürgősségi kétoldalú megállapodás alapján	Egyéb sürgősségi (Nincs E-card, igazolás vagy kétoldalú egyezmény)	Elektív, előzetes engedéllyel (főként EU-s betegek és néhány kétoldalú megállapodás nyújt rá lehetőséget)	Elektív, engedély nélkül, egyéb nem sürgősségi
A kórház által kapott díj	Az ellátásért az OEP finanszírozás szerint járó díj	Az ellátásért az OEP finanszírozás szerint járó díj	A számla alapján fizetendő díj, S esetén az ellátásért az OEP finanszírozás szerint járó díj	Az ellátásért az OEP finanszírozás szerint járó díj	A kórház által megszabott díjtétel

Magyarázatok a táblázathoz

Térítési kategóriák

1. magyar biztosítás alapján végzett ellátás
2. magyar biztosítással nem rendelkező menekült ellátása
3. államközi szerződés alapján végzett ellátás
4. egyéb, magyar biztosítással nem rendelkező vagy más hatályos rendelkezés alapján a társadalombiztosítás terhére el nem számolható ellátást igénybe vevő személyek térítésköteles ellátása
5. magyar biztosítással nem rendelkező menedékes ellátása
6. külföldön élő magyarok központi költségvetésből támogatott ellátása (A kérelmet az EÜM bírálja el, az ellátási összeg limitált.)

A. befogadott külföldi állampolgár

D. menekült, menedékes státuszt kérelmező

E. elszámoláson alapuló nemzetközi szerződés alapján történő ellátás, közösségi szabály alapján történő ellátás

S. A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása (tipikusan Romániából jöttek ilyen betegek)

S térítési kategória

S = A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 4. § (10) bekezdése szerinti, más forrásból meg nem térülő sürgősségi ellátása

4. § (10) A Magyar Köztársaság területén tartózkodó beteg sürgősségi ellátása esetén a szolgáltató köteles vizsgálni, hogy az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: EÜtv.) 142. § (2) bekezdés b) és c) pontja szerint nyújtott ellátások (*mentés, sürgős szükség*) költségei behajthatóak-e más forrásból. A szolgáltató Községi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján jogosult személy esetében kezdeményezi a jogosultság igazolás kiadását az illetékes külföldi biztosítótól. Ha a külföldi biztosító a jogosultság igazolás kiadását megtagadja, illetve ha **Közösségi szabály, valamint nemzetközi szerződés hatálya alá nem tartozó személy** az igénybe vett ellátás térítési díját nem fizette meg, a szolgáltató fizetési felszólítással érvényesíti követelését. A szolgáltató az esetet a beteg adataival megküldésével és a térítési díj megfizetésének, illetve a behajtás eredménytelenségének egyidejű igazolásával a (2) bekezdés szerint pótlólag, legfeljebb a teljesítést követő hatodik hónap 10. napjáig jelentheti a **finanszírozó (OEP)** részére. A szolgáltatás kifizetése a (6) bekezdés szerint történik.

4. § (6) Ismeretlen, TAJ számmal és a személy azonosítására szolgáló adatokkal nem rendelkező beteg esetén - az újszülött kivételével - annak adatait kell megküldeni a finanszírozónak. A szolgáltatások kifizetésére a finanszírozó által elvégzett ellenőrzést követően kerülhet sor. Amennyiben a finanszírozó az ellenőrzést az adatlap megküldésétől számított 60 napon belül nem végzi el, a szolgáltató részére ki kell fizetnie a nyújtott szolgáltatásért járó díjazást.

Forrás: 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

Menekültek ellátása

Abban az esetben, ha a menekült megkapta a menekült státuszt, jogosultság alapján kap TAJ számot is, tehát a magyar biztosítottak szerinti ellátás jár számára, jelentési kategória: 1 Végső teherviselő: OEP

A menekült státuszt kérelmezők ellátási igazolvány alapján kaphatnak ellátást. A szolgáltatónak a költségeket az OEP fizeti. Az OEP a Bevándorlási és Állampolgársági Hivataltól kapja meg a térítést. Jelentési kategória: D

Kétoldalú megállapodások

Angola (17/1984. III. 27 MT rend.),

Észak-Korea (14/1975. (V. 14.) MT rendelet) (csak a KNDK állampolgárai!),

Irak (47/1978. X. 4 MT rend.),

Jordánia (15/1981. V. 23 MT rend.),

Jugoszlávia (1959. évi 20. tvr.) (csak Szerbia, Macedónia és Koszovó, Bosznia Hercegovina tekintetében alkalmazandó, a sürgősségi kórházi ellátás utólagos elszámolással),

Kuba (1969. évi 16 tvr.),

Kuvait (33/1979. X. 14 MT rend.),

Mongólia (29/1974. VII. 10 MT rend.),

Szovjetunió (1963. évi 16. tvr.) utódállamai (FÁK tagállamok, Ukrajna esetében)

Egyéb

A 4 kategória alapján elszámolt ellátásokhoz a díjat a szolgáltató maga határozza meg. A tarifákat a fenntartónak jóvá kell hagynia. Követelmény, hogy a beteg számára a díjak előre megismerhetőek, mindenki számára egyformáknak kell lenniük. A 87/2004 (X. 4.) ESzCsM rendelet teremti meg a jogalapot arra, hogy a 4-es térítési kategóriában jelentett betegektől az egészségügyi szolgáltató díjat kérjen.

A betegektől járó követelések behajtására a kórházak általában a Sigma Zrt-t veszik igénybe, vele kötnek szerződést.

Megjegyzés: Jelenleg az EU-s betegeknek a nem sürgősségi járóbeteg ellátás igénybevételekor is rendelkezniük kell előzetes engedéllyel. Amennyiben nem rendelkeznek, a szolgáltató 4. finanszírozási kategória szerint jelenti az ellátást és számlát állít ki a beteg számára. A beteg utólag megszerezheti a biztosítója hozzájárulását a költségek fedezetére addig az összegig, amennyibe az ellátása otthon került volna (ezt az Európai Bíróság is megítélte számára).

III. Külföldi betegek ellátása Magyarországon⁴⁶

Magyarország jelentős gyógyturisztikai célország. Igaz ez az állítás akkor is, ha a statisztikákból elsősorban a hagyományos – és e dolgozatban nem elemzett – gyógyturisztikai területek (gyógy szállók, wellness szállók) forgalma és bevétele olvasható ki, a dinamikusan növekvő orvosi szolgáltatások forgalmi és bevételi adatai nem. A létező források számbavételével és az ezekre alapuló becslés segítségével ebben a fejezetben megpróbálunk képet alkotni ennek a szférának a teljesítési/bevételi adatairól.

Ami bizonyosan megállapítható: ez a piac is átrendeződött, és az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus bevételei ma már nagyságrendileg meghaladják a hagyományos területek külföldről realizált árbevételét, és becsléseink szerint évente 36-56 milliárd forint között mozognak.

A gyógyturizmus bevételeinek elemzése előtt le kell szögeznünk, hogy Magyarországon nem sürgősségi ellátásban részesülő külföldi betegek többféle módon kerülhetnek az egészségügyi rendszerbe. Ezek közül a három legfontosabb típus:

1. Közfinszírozott intézményekben közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján, központi elszámoláson keresztül finanszírozott fekvőbeteg ellátások (társadalombiztosítók, közfinszírozók közötti elszámolással);⁴⁷
2. Közfinszírozott intézményekben térítésköteles (azaz szabadáras), magánbetegként finanszírozott fekvőbeteg ellátások (a betegnek az ellátást fizetheti az otthoni magánbiztosítója is);
3. Magánszolgáltatónál magánbetegként vagy külön megállapodás alapján finanszírozott ellátások (a betegnek az ellátást itt is megtérítheti az otthoni magánbiztosítója, esetleg a kötelező betegpénztára).

Mind az esetszám, mind az árbevétel szempontjából a harmadik kategória a leginkább meghatározó, de ez a kategória jelenti a legnagyobb bizonytalanságot is. Ebbe a kategóriába tartoznak a legtöbben, de számukról és a kategória piacának méretéről azonban a beszámolási rendszerek elégtelenségei miatt nincsenek hiteles adatok. Ezért itt csak különböző metodikák elemzésére épített becslést tudunk adni.

A második kategória esetében az adatok hivatalossága mellett kettős ismeret hiányunk van: egyrészt, miután ezen adatok jelentéséhez nem kapcsolódik finanszírozás, így feltehetően a szolgáltatók jelentési hajlandósága nem 100%, másrészt az ebből kalkulált bevétel a 2007-ben érvényes HBCs alapdíj alapján történik, azonban nagyon valószínű, hogy a piacon a szolgáltatók ezekért az ellátásokért ennél többet kérnek el, hiszen megtehetik. Ennek pontos mértékéről sincsenek adatok.

⁴⁶ Mint dolgozatunk első fejezetében említettük: jelen tanulmányunkban kizárólag az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus elemzésével foglalkozunk.

⁴⁷ Egyes szerzők szerint ez a kategória nem tartozik a szűken vett gyógyturizmus körébe.

Az egyes kategóriák fő számait – az ismertetett bizonytalanságok mellett – az alábbi táblázat foglalja össze.

2007-es adatok	Esetszám	Bevétel (mrd Ft)
Közfinanszírozású intézményekben államközi elszámolású ellátás ('E' térítési kategória)	624 fekvő 66 488 járó	0,15
Közfinanszírozású intézményekben jelentett térítésköteles ellátás ('4' térítési kategória)	2 929 jelentett fekvő 163 021 jelentett járó	0,6-1,2
Magánintézményekben térítésköteles ellátás		
<i>Fogászat</i>	Kb. 180 000	32- 50
<i>Plasztikai sebészet/Szemészet/Szülészet-nőgyógyászat/IVF</i>	Nem ismert	3-5
Egészségügyi szolgáltatásokon alapuló turizmus összesen		36-56
<i>Gyógy- és wellness-szállók magyar vendégei</i>	<i>899 400 fő</i>	<i>16,2</i>
<i>Gyógy- és wellness-szállók külföldi vendégei</i>	<i>444 600 fő</i>	<i>13,6</i>

Módszertan

Az OEP finanszírozási adatbázisából feldolgozott ESKI Tételes Egészségügyi Adattárból azon járóbeteg, valamint nem sürgősségi fekvőbeteg eseteket válogattuk le, amelyekben az ellátott személy nem magyar állampolgár, nem rendelkezik magyar TAJ számmal, a távozás dátuma a 2007-es évre esett, valamint a térítési kategória „E” (közösségi szabály) vagy „4” (térítésköteles). Az OEP-ben a kórházi jelentések feldolgozását végző főosztály (FIFO) a krónikus ellátások esetében is automatikusan kategorizál a HBCs rendszer szerint. Ezekben az esetekben az osztály ténylegesen krónikus ellátást nyújtott, krónikus finanszírozással, ám az adatlapon jelentett diagnózisok, elvégzett beavatkozások, egyéb jellemzők alapján kap egy HBCs besorolást. Azaz ez a besorolás az elvégzett krónikus ellátást tevékenységi jellegét (nem a bevételét) jól jellemzi. Az egyszerűbb csoportképzés miatt ezt a metodikát követtük a feldolgozásnál. Ezek az adatok elsődlegesen adminisztratív, finanszírozási és nem statisztikai célokat szolgálnak, ezért elkerülhetetlen, hogy bizonyos mértékig torzítottak.

A magánszolgáltatóknál magánbetegként megjelentek esetében, az igénybevétel jellegéből adódóan pontos adataink nincsenek, mivel a tisztán piaci szolgáltatók tevékenységét nem mérik, így kénytelenek vagyunk becslésekre, sporadikus információfoszlányokra hagyatkozni. Az idelátogatók számának becsléséhez a KSH⁴⁸, a Treatmentabroad⁴⁹, Obermaier, 2009⁵⁰, a Vezető Magyar Fogászati Rendelők Egyesülete⁵¹ valamint a gyógyturisztikai beutaztatással foglalkozó irodák⁵² adatait használtuk fel. A teljes bevétel becslésekor az egészségügyi szolgáltatás árát és az itt töltött vendégéjszakák során elköltött „klasszikus turisztikai” kiadásokat is figyelembe vesszük. (ez a piaci alapon igénybevett szolgáltatások esetében jelentősebb). Természetesen itt is csak becslésekre, szolgáltatói és turisztikai tapasztalati beszámolókra hagyatkozhatunk.

⁴⁸ Jelentés a turizmus 2007. évi teljesítményéről. KSH. 2008

⁴⁹ <http://www.treatmentabroad.com/about/medical-tourism-survey/>

⁵⁰ Andreas J. Obermaier. Cross-border Purchases of Health Services. A Case Study on Austria and Hungary. The World Bank Development Research Group Trade Team. January 2009

⁵¹ Nem publikált saját adatok alapján

⁵² Személyes közlések során

A piac szerkezete és a realizált bevétel

Az alábbiakban megvizsgáljuk az egyes részpiacok jellemzőit a rendelkezésre álló adatok és becslések alapján.

Mindezek előtt azonban teszünk egy kis kitérőt, és megnézzük, hogy milyen általános információkkal rendelkezünk a magyarországi gyógyturizmus múltjával, jelenével és potenciális közeljövőbeli lehetőségeivel kapcsolatban.

A magyar gyógyturisztikai piac általános jellemzői

A magyar gyógyturisztikai piac ma alapvetően a csak magánellátást nyújtó magánszolgáltatókra épül, de a közszolgáltatásban résztvevő szolgáltatók szegmense is bővül. A tisztán magánszférában igénybevett szolgáltatások közül Magyarország az alábbi területeken mutathat fel nemzetközi szinten is elismert, hivatkozott jelentős eredményeket:

- ▶ Fogorvosi ellátás, implantátumok
- ▶ Plasztikai műtétek, kozmetikai beavatkozások
- ▶ Lézeres szemműtét
- ▶ IVF
- ▶ Elhízás műtéti kezelése (gyomorgyűrű, bypass)

A külföldi betegek számára a közszolgáltatók által nyújtható ellátások között az egészségügyi szakemberek az alábbi szolgáltatásokat nevezték meg realitásként:

- ▶ Szemészeti műtétek (hályogműtét)
- ▶ Orthopédiai beavatkozások (csípő-/térdprotézis)
- ▶ Gerincműtétek
- ▶ Infertilitás kezelése,
- ▶ Szívműtétek, érsebészet
- ▶ Onkológiai terápia
- ▶ Gyermekgyógyászat (onkológia)
- ▶ Fej-, nyak- és állcsontsebészeti beavatkozások (dysgnath műtétek, cochlearis implantátum)
- ▶ Laparoskopos műtétek
- ▶ ESWL (vesekő zúzás)

valamint ezek komplex rehabilitációs kiegészítése szükség szerint (mozgásszervi panaszok esetén gyógyfürdők, fizioterápia, gyógytorna, stb.)

A fentiek közül jelen pillanatban legjelentősebb fogászati turizmus több évtizedes múlta tekint vissza. **A nyugati határszél** volt a kiindulópontja (Mosonmagyaróvár, Sopron, Győr, Szombathely), ahová elsősorban osztrák páciensek érkeztek tömegesen. A betegáramlás motorja a jóval olcsóbb, ugyanakkor magas színvonalú ellátás (az árak a nyugat-európai megfelelőik harmada-negyede). A fentieknek köszönhetően a világ egyik legnagyobb fogorvos (illetve optikus, plasztikai sebész és patika) koncentrációja alakult ki a térségben. Az elmúlt évekig Sopronban (50 000 fős település) 300 körül volt a fogorvosok száma, és az osztrákok majdnem fele vett igénybe Magyarországon fogorvosi ellátást (térítést kapnak a külföldön végzett kezeléseik után is, a magyarországi ellátásért hozzávetőlegesen évi 50-70 millió eurót). Természetesen ez heves ellenállást váltott ki az osztrák fogorvosokból.

Svájcból ugyancsak ezek látogattak a térségbe hasonló célból. Az ottani fogorvosok részéről nagyobb a tolerancia, ugyanis felismerték az utógondozás igénye által született piacot.

Az utóbbi két évben a nyugati határ mentén érzékelhetően csökkent a külföldi betegforgalom, amely annak is betudható, hogy egyre több magyar fogorvos nyit praxist Ausztriában a praxisok nagyobb támogatottsága (kevesebb bürokratikus nehézség) miatt.

Az utóbbi évtizedben a nem határmenti országok (Egyesült Királyság, Írország, Franciaország, Dánia, Németország, Svájc) felől is növekvő számú beteg érkezik fogorvosi ellátásért Magyarországra. Ez utóbbiak elsősorban **budapesti** rendelőköt keresnek fel. A távolról érkező betegek megnyerésében nagy szerep jut a **betegszervező irodáknak**, közvetítőknek (pl.: Dental Travel, Smilesavers, Perfect Profiles, AvMinTand). A távolabbról érkező páciensek kevesebb, mint ¼-e szervezi önállóan a látogatását vagy keresi fel a rendelőköt véletlenszerűen.

Bár a látogatások elsődleges célja a fogorvosi kezelés, a betegek nagy része érkezik hozzátartozóval és komplex szállodai illetve egyéb turisztikai szolgáltatásokat vesz igénybe kulturális programokat látogat.

A látogatások többnyire **1-2 vagy 6-10 naposak**, a beavatkozások jellegétől függően. A Vezető Magyar Fogászati Rendelők Egyesületének becslése szerint az 5 vezető magán fogászati cég forgalma (akik a Magyarországon megjelenő külföldi betegforgalom jelentős részét bonyolítják) 20-25 ezer vendégéjszakát jelentett 2008-ban.

A külföldi magánbiztosítók többnyire elfogadják és finanszírozzák a betegek kezelését megfelelő dokumentáció és számla ellenében.

A külföldi betegek nagy részére jó együttműködő készség és prevenció szemlélet jellemző, többségük előszeretettel tesz 1-2 napos látogatást Magyarországon, a kezelés befejezését követően rendszeresen, ellenőrzés és fenntartó kezelés céljából.

A keleti régióban kisebb volumenű betegforgalom főleg Románia területéről figyelhető meg.

Az általános áttekintés után lássuk, hogy mi olvasható ki a rendelkezésre álló adatokból. A 2. mellékletben a közfinanszírozott intézményekkel kapcsolatos adatok részletesebb elemzése is megtalálható.

Közfinanszírozott intézményekben közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján finanszírozott fekvőbeteg ellátások ("E" térítési kategória)

Az **aktív ellátásban** 2007-ben összesen 575 esetet láttak el. A páciensek 51,3%-a volt férfi. Az ellátottak nemzetiségét tekintve a német és román állampolgárok állnak az első két helyen, 205 illetve 195 esettel. A legtöbb kezelést Budapesten végezték el, ezt követi Somogy-, Zala- majd Hajdú-Bihar megye. A HBCs súlyok alapján számolt bevétel 111 millió Ft.⁵³ Bár domináns kezeléstípus nincsen, mivel az első öt HBCs az összes eset kevesebb mint 20%-át adja, de a részletesebb elemzésből a szülés/születés, a rosszindulatú daganatok kezelése és agyér-rendszeri betegségek ellátása tűnik ki.

A **krónikus ellátásban** 49 esetet láttak el, ebből 57% volt férfi. Egyaránt 13-13 eset köthető német és román állampolgárokhoz, 11 pedig osztrákokhoz. Budapesten 10 esetet, Zalában és Vasban 9-9 esetet regisztráltak. Az átlagos ápolási napok száma 18,5 volt. A becsült bevétel 4,7 millió Ft.⁵⁴ 37 eset nem kapott HBCs besorolást, így az ellátások jellege nem azonosítható.

Összesen 66488 **járóbeteg** esetet regisztráltak, amelyből 26086 német, 9548 román, 5829 osztrák és 3065 svéd állampolgár volt. A férfiak aránya 56%. A legtöbb esetet Budapesten (17476) és Zala megyében (13223) látták el. A realizált bevétel 39 millió Ft volt.⁵⁵

⁵³ 146 000 Ft-os alapdíjjal számolva.

⁵⁴ A krónikus esetek után járó finanszírozás a rendelkezésünkre álló adatbázisokból pontosan nem megállapítható, ezért szükséges becsülni. Mivel az egyes krónikus osztályok esetleges magasabb súly szerinti besorolását nem veszi figyelembe, ezért a becslés alulbecslés. A számítás 5200 Ft-os krónikus napidíjjal készült.

⁵⁵ 1,46 Ft-os pontértékkel számolva.

Közfinanszírozott intézményekben térítésköteles (azaz szabadáras), magánbetegként finanszírozott fekvőbeteg ellátások ("4" térítési kategória)

2370 esetet jelentettek **aktív esetként** 2007-ben. Ezek 43%-a férfi volt, és többsége, 1496 eset román állampolgárokhoz köthető, a többi esetben szerbia-montenegrói, ukrán, valamint német állampolgárok voltak az érintettek. 975 esetben Csongrád megye volt az ellátás helyszíne, 738 esetben pedig Budapest. A HBCs alapú bevétel 445 millió Ft volt⁵⁶. Elsősorban a szemműtétek és a nőgyógyászati beavatkozások voltak jellemzőek.

A **krónikus ellátásban** 559 esetet láttak el, amelynek 56%-a volt férfi. 315 kezelést Németországból érkezők vettek igénybe, 173-at pedig osztrák állampolgárok. Az esetek 87%-át Zala megyében látták el. Az átlagos ápolási idő 17 nap volt. A becsült bevétel így 49,4 millió Ft.⁵⁷ 287 esetben nem áll rendelkezésre HBCs besorolás, azonban 225 esetben a „vázizom-rendszer, kötőszövet egyéb betegségei 18 év felett” elnevezésű HBCs jelenik meg.

A **járóbeteg ellátásban** 163021 esetet jelentettek, melynek fele férfi volt. Elsősorban román (64643 eset), német (24792), ukrán (10251) és egyesült államokbeli (7844) állampolgárokat kezeltek. Az ellátás helye 65998 esetben Budapest, 12459 esetben Szabolcs-Szatmár-Bereg megye, 18745 esetben Csongrád megye, 14193 esetben pedig Zala megye volt. A számított bevétel 105 millió Ft.⁵⁸

Ismételten jelezzük, hogy amíg az előző kategóriánál a jelentett esetek száma kvázi megegyezik az ellátott betegek számával, ebben a kategóriában nincs információnk a torzítás mértékéről, de az ellátott esetek száma bizonyosan több mint a jelentett esetek száma.

Magánszolgáltatónál magánbetegként megjelenő esetek

A Magyarországon magán egészségügyi szolgáltatásokat igénybevevő külföldiek alapvetően két féle módon érkehetnek:

1. Szervezett módon, szakosodott irodán keresztül
2. Egyénileg

Általánosságban a magyar magánszolgáltatók külföldieknek nyújtott ellátásai a piacot ismerők szerint négy szakterületre, a fogászatra, a plasztikai sebészetre, szemészetre és nőgyógyászatra koncentrálnak, ezek közül is a fogászat 80% feletti részaránya valószínűsíthető.

Az egyéni utazások döntő hányadát az osztrák határ menti fogorvosi ellátások teszik ki. Az itteni kezeléseket döntően osztrákok vásárolják, de a Kórházszövetség - EGVE által létrehozott munkacsoport, magyar fogorvosok körében végzett felmérése szerint⁵⁹ a más országokból (főleg Németországból és Svájcban) érkezők a betegforgalom nagyjából 17%-át adják. Ugyanebben a felmérésben a budapesti fogászatok főleg osztrák, brit, ír, német, svájci, román, egyesült államokbeli és norvég betegeket láttak el.⁶⁰ Ez az ország megoszlás nagyrészt egybecseng az általunk megkérdezett

⁵⁶ 146 000 Ft-os alapidjával számolva.

⁵⁷ 5200 Ft-os napidjával számolva.

⁵⁸ 1,46 Ft-os pontértékkel számolva.

⁵⁹ Dr. Balázs Péter: Külföldiek fogorvosi kezelése Magyarországon Hatástanulmány „A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről” szóló európai parlamenti és tanácsi irányelv tervezetéről. Magyar Kórházszövetség - Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete. 2009

⁶⁰ A románok esetében valószínűleg az amúgy is Budapesten élő román állampolgárok fogorvosi kezeléseiről lehet szó, azaz nem tartozik az általunk becsülni kívánt gyógyturizmus kategóriájába.

szervezőirodák, illetve a VMFRE által szolgáltatott adatokkal, kivéve, hogy a norvégok helyett a dánok ellátását jelentették, illetve hogy a piaci szereplők tapasztalatai szerint egyre gyakoribb az olasz, holland és orosz páciensek látogatása is. A Budapesten, illetve általánosságban nem az osztrák határ mentén igénybevett szolgáltatások esetén a szervezett út a jellemző igénybevételi forma. Az ilyen utak esetében feltétlenül számolnunk kell a „klasszikus” turisztikai bevételekkel (kulturális programok, szállodai szolgáltatások stb) is.

A feldolgozott források alapján a szervezett úton érkezők száma 14 000 és 60 000 fő/év között van, ám ebből a tartományból a 14 000 és 20 - 25 000 fő/év közötti szám a reális. Az osztrák határon átkelők száma rendkívül bizonytalan, de egy Obermaier 2009 által idézett osztrák kutatás szerint 160 000 fő körül lehet évente, míg a fogászok száma és az egy fogászra jutó külföldi esetszám alapján 115 000 főt kapunk. Bármely becslést is alkalmazunk, az egyértelmű, hogy az osztrák határ menti ellátások adják a hazai egészségturisztikai forgalom legnagyobb hányadát.

A szervezett utak esetében az egy kezelésre jutó egészségügyi kiadások összege 700 000 és 1 300 000 Ft között mozoghat, míg a turisztikai kiadás 122 000 és 166 000 Ft közötti. A határmenti ellátások esetében megítélésünk szerint ez ennél jóval alacsonyabb, 175 000 és 350 000 Ft közötti összegeket költenek el egy kezelésre, és hagyományos értelemben vett turizmussal ebben az esetben nem számolunk. (Mindez egybecseng azon általános megállapításunkkal, hogy a beteg szempontjából a megtérülési pont a távolsággal együtt egyre messzebbre kerül, azaz nagyobb utazást csak nagy összegű kezeléseket esetében érdemes tenni.)

Ezekkel az értékekkel számolva az osztrák határ menti ellátásokból származó exportbevétel 20 és 56 milliárd Ft között van, a szervezett úton érkezők esetén pedig 15 és 20 milliárd Ft között. Mint látható, az összpiaci bevétel rendkívül érzékeny a határ menti bevételre adott becslésre. Ebben a szegmensben a legnagyobb és legkisebb becslés, mint szélsőértékek, kivétele után az átlag 34 milliárd Ft. Erre a piacra ezt az értéket használjuk felső becslésként.

A fentieket figyelembe véve, konzervatív becslésünk szerint – a 2007-es adatokat figyelembe véve – **a magán egészségügyi szolgáltatásokat célzó turizmus exportjából származó teljes (szakmai és turisztikai) árbevétel a gyógy-és wellness szállók teljes éves árbevételét meghaladva, 35 és 55 milliárd Ft között mozog.** Hasonló nagyságrendet jelez az OECD egészségügyi szolgáltatás-exportból származó bevételre vonatkozó becslése, ami 2007-ben 38,8 milliárd Ft-ra teszi ennek magyarországi értékét.⁶¹

A szolgáltatókkal folytatott konzultációk alapján megállapítható, hogy egy fejlődő piacról van szó, amit a válság csak részben viselt meg, így 2009-re a 2007-es adatnál magasabb bevétel is jósolható.

⁶¹ Hivatkozás az OECD-re

IV. jövőkép. Az egészségturizmus általános perspektívái, – magyarországi konzekvenciák

Alaptendenciák a világ egészségturisztikai piacán

A XXI. század egészségügyi tendenciái mind a gyógyturizmus fejlődésének irányába hatnak. A fő okok az alábbiakban foglalhatók össze.

Az egészség felértékelődése

A XX. század alapvető változásokat hozott az egyén és az egészségügy viszonyában, és ennek alapvető oka az egészség érték-szerepének változása. Általános tendencia az életminőség elvárások növekedése, és ebben meghatározó az egészség által determinált életminőség, hiszen az egészség az a jószág, ami minden más jószág élvezetének feltétele. Az egészséggel kapcsolatos egyéni és közösségi ténykedés régen a gyógyításra és járványügyre korlátozódott, ma – a fenti tendenciák hatására – hasonlóan fontos a megelőzés, és az egészség megtartása. Mindez párosul az egészségügyi szükségletek és lehetőségek változásával (lásd alább), és ez együttesen az egészségpiac lényegi, a közfinanszírozás által nem követhető fejlődését hozza.

A szükségletek növekedése, amit nem követnek a közforrások és a kapacitások

Ma már közhely számba megy, hogy *a gazdaság növekedése a demográfiai és kulturális folyamatok mellett egyetlen államban sem tud lépést tartani a technológiai fejlődéssel*, így az egészségügyi szükségletek – és az ebből fakadó igények – folyamatosan növekednek, de a közfinanszírozási rendszerek (állami egészségügyi szolgálatok, társadalombiztosítások) ezt forrásoldalról nem tudják teljes egészében követni. Ezt szokás az *„etikailag kívánatos, technikailag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető” konfliktusaként leírni*. A közforrások hiányához egyes országokban a humán erőforrás-hiány (orvos és szakápoló hiány) is társul, ami tovább fokozza egyes térségekben a mennyiségi és minőségi ellátási hiányt. Lényeges, hogy mindkét hiány (úgy a pénzsűke, mint az orvoshiány) tartós, a rendszerben kódolt, tehát nem átmeneti problémáról, hanem alaptendenciáról van szó.

Mindebből két dolog következik:

- ▶ egyes területeken nőni fognak a mennyiségi és minőségi ellátási hiányok a közszolgáltatások területén, ami a betegek mozgását vonja maga után,
- ▶ a szolgáltatásoknak egyre nagyobb hányada kerül át (részben vagy egészében) a magánfinanszírozásba, ahol a betegek költségérzékenysége szabja meg az ellátás igénybevételének módját, helyét.

A költségérzékenység erősödése a közfinanszírozásban

A betegmobilitás fő mozgatója ma az egyén választása (költségérzékenység vagy hiánypótlás miatt), de a költségérzékenység a közösségi rendszerekben is egyre meghatározóbb attitűddé válik. Ez a folyamat az USA magánbiztosításaiban már elkezdődött, ahol a költségek (és ezen keresztül a biztosítási díj) leszorítása érdekében már sok esetben az olcsóbb külföldi szolgáltatók felé irányítják a betegeket (lásd az I. fejezet hivatkozásait). Ez a tendencia megjelent a közfinanszírozású rendszerekben is, mert a költségvetések tarthatósága, és a jó ár/érték arány a köz vásárlásaiban is egyre inkább meghatározó követelmény. A korszerű egészségbiztosítások fontos célja, hogy a rendelkezésre álló forrásból a legtöbb egészség-nyereséget eredményező szolgáltatást és terméket vásárolják a biztosítottaknak. Mindez a közszolgáltatások esetében is a külpiacról vásárolt szolgáltatások arányának növekedését vetíti elő.

A közfinanszírozású rendszerekben ugyanakkor ez a kérdés összetettebb. Mert a költséghatékonyság ebbe az irányba – mobilitást generálóan – hat, de a makrogazdasági szempontok miatt a költségkontroll (a kassa tarthatósága) szintén meghatározó szempont, ahol a betegmobilitás támogatása már kétélű eszköz. Az egészségügyi költségkontroll egyik leghatékonyabb eszköze ugyanis a kapacitáskontroll (bővebben lásd még: kórházbezárások), és az ebből fakadó sorolási kényszer, a várólisták bevezetése. A külpacok bekapcsolása tehát egyik oldalon megtakarítást jelent a szolgáltatások vásárlásánál az olcsóbb ár miatt, de egyúttal kinyitja a kapacitásokat (nő a megvásárolható szolgáltatások tömege), azaz a költségkontroll egyik leghatékonyabb eszközét gyengíti. (Nem véletlen, hogy a betegmobilitással kapcsolatos új EU direktíva – amelyik a szolgáltatások szabad áramlása elvén támogatja a határon átnyúló közszolgáltatások terjedését –, várhatóan csak a járóbeteg ellátásban nyitja fel a sorompókat...).

Ezért itt a hatás, illetve a piaci tendencia nem jósolható meg egyértelműen, de bizonyosan a közfinanszírozás területén is növekedni fog a gyógyturizmus szerepe, várhatóan elsősorban a jól definiálható indikációjú, nem halasztható/kiváltható szolgáltatások esetében a „ha már mindenképpen kell, akkor legalább olcsóbb legyen” elve alapján.

Az egészségügyi technológiák körének tágulása – az egészség és egészségmegőrzés felértékelődése.

Az orvostudomány és általában a technológiák (pl.: képekalkító eljárások, endoszkópok, telemedicina, sebészeti robotok, informatika, nano-technológiák, genomika, info-bionika stb.) fejlődésének finanszírozási következményeiről már írtunk. Ugyanakkor az elmúlt fél évszázad jellemző tendenciája, hogy *az egészség megőrzésének, helyreállításának eszköztára szemléletileg is kitért:* **a tradicionális európai orvoslás mellett megnőtt a nem orvosi eszközökkel történő prevenció és egészségmegőrzés** (wellness, fitness, életmódprogramok stb.), **valamint az „alternatív/komplementer” medicina iránti igény**, a kínai orvoslástól a természetgyógyászat számtalan ágán át a különböző más kultúrákból átvett gyógyászati szolgáltatásokig.

Ezeknek az eljárásoknak a zöme bizonyosan a piaci szegmensre hagyatkozik, és – hagyományos turisztikai szolgáltatásokkal kiegészítve – az egészség/gyógyturizmus jelentős (egyre jelentősebb) szegmensét adják a későbbiekben is. Ennek felfutása lehet, hogy mérséklődik – bár a válság utáni helyzet várhatóan újabb lökést adhat a területnek –, de az nem vitatott, hogy ez a piac nem divat terméke, hanem tartós része az egészségpiacnak. Márcsak azért is, mert a közfinanszírozású szolgáltatások drágulása felértékeli az öngondoskodást, egészségmegőrzést és az olcsóbb alternatív kezelési módokat.

Konklúzió: Mindezek alapján összességében kimondhatjuk, hogy **az egészségturizmus – azon belül kiemelten a gyógyturizmus – egy tartósan fejlődő, folyamatosan bővülő piac lesz a világon, és Európában ennek a piacnak a további élénkülése várható.**

Az egészségturizmus perspektívái Magyarországon

Ezen a dinamikusan fejlődő piacon **Magyarország jó startpozíciókkal** rendelkezik. A kérdés az, hogy Magyarország számára is **ilyen automatikus-e a piac növekedése a későbbiekben, és milyen stratégiát kell választanunk ahhoz, hogy pozíciónkat őrizzük, illetve tovább javítsuk.**

Előjáróban le kell szögeznünk, hogy a **globális piacfejlődés** – a magyar piac sajátosságai miatt – **nem feltétlenül jelent automatikus, arányos fejlődést a magyar piacon is. Magyarország jelenlegi piaci előnyei ugyanis olyan tényezőkre alapozottak, amelyek önmagukban nem garantálják a piac további arányos fejlődését.**

A magyar egészség/gyógyturizmus két ágának a perspektívái, problémái részben különböznek, így külön tárgyaljuk

- ▶ a hagyományos, a természeti gyógytényezőkre (elsősorban gyógyvízre) épülő, és az abból kinövő „vízbázisú” egészségturizmus, valamint
- ▶ az orvosi szolgáltatásokra épülő gyógyturizmus kérdéseit.

A hagyományos, a természeti erőforrásokra, turisztikai létesítményekre alapozott gyógyturizmus jövője

A magyar gyógyturizmus klasszikus ága, deklarált zászlóshajója a **gyógyvízre alapozott gyógyturizmus**. Ebben régi, monarchista hagyományaink vannak, de egyes területek (Hajdúszoboszlótól Zalakarosig) a szocializmus alatt is népszerűek voltak és – a kor színvonalának és igényének megfelelően – látványosan fejlődtek.

Ezen a területen – amikor a melegvízű fürdő még csak termálvízre épülhetett – a kiemelkedő természeti és jó szakmai adottságok miatt Magyarország nagy ismertségre tett szert. Ebben az egész világon ismertek vagyunk, elsősorban pár, kiemelkedően gyönyörű budapesti gyógyfürdő és a hévízi tó révén. A TripAdviser 2009-es nyári „Best Spa Vacations – Europe” listáján Budapest Isztambul után a második, Hévíz pedig a 13. helyet foglalja el.⁶²

Ezek az adottságok tehát ma is turisztikai előnyé konvertálhatók. Ezért sokan az egyedülálló gyógyvíz készletünket tartják a gyógyturizmus, illetve általában a turizmus lehetséges kiterjesztési pontjának, tartós pozícionálójának. *A világ ugyanakkor ma mást gondol erről.*

Az utóbbi évtizedben ennek a jó adottságnak a kiaknázása veszélybe került, két okból is. Az első, hogy a világ sajnos más irányba indult: a világ turisztikai piacán a barna medencék divatját kezdi kiszorítani a kék medence.

Régen melegvízű fürdő általában ott volt, ahol termálvíz volt, és ezek közül szelektálódtak ki a gyógyhatású termálvizek (gyógyvizek), és erre épültek rá a gyógyászati szolgáltatások. Így a „vízbázisú” rehabilitációs és prevenciók ellátások a speciális természeti gyógytényezőhöz, a gyógyvízhez, gyógyiszaphoz, gyógyfürdőkhöz, és az ezekre épülő gyógy szállókhoz kötődtek. Így alakultak ki a világ népszerű fürdőhelyei, elsősorban Európában. Ezek viszonylag unikálisak voltak, jó nevük volt, és messziről felkeresték őket, mert viszonylag nagy földrajzi területek nem rendelkeznek ilyen adottsággal.

Világtendencia, hogy a természetes gyógytényezőkre alapozott (gyógy)fürdők klasszikus pozícióját kezdi kiszorítani az élményfürdők, a gyógy szállókat a wellness szállók⁶³. A térfoglalás egyszerű: a kékmedencés divat is egészségfejlesztő, és alkalmas terápiás szolgáltatásokra, sőt, miután nem természetes gyógytényező, hanem telepített eszközökön, berendezéseken alapul – valamint nemcsak betegeket, hanem egészségeseket is megcélöz –, kevésbé szűk spektrumú, mint egy klasszikus gyógyfürdő, aminek terápiás spektrumát meghatározza a víz összetétele. Ma már a wellness ipar kliséjére a rehabilitációban is megjelentek a „kék medencés” létesítmények, azaz **a gyógyfürdők, gyógy szállók vendégkörét megcélözzák gyógyvíz nélküli intézmények is.**

A fenti tendenciák miatt a vízbázisú turizmus és a rekreáció fejlődése szempontjából fontos változást hozott a Széchenyi terv, amely hazánkban is meghonosította, kiterjesztette a „kékmedencés” élményfürdő kultúrát, az elvárható infrastruktúra részévé tette a wellness szolgáltatást. Szintén jelentős,

⁶² <http://www.tripadvisor.com/Inspiration-q4-c8-Europe.html> (2009. októberi letöltés)

⁶³ A kor szellemére jellemző, hogy a gyógy- és termálvízben kiemelkedően gazdag Budapesten a legújabb és legnagyobb élményfürdővel együtt épülő szállodában sem termál, sem gyógyvíz nincs.

hogy ennek kapcsán újult meg jónéhány gyógyfürdő és gyógyszálló. Ugyanakkor ezt a lemaradásunkat ma már zömmel behoztuk, így nem az élményfürdők számának a szaporítása a feladat a későbbiekben, hanem a kínálat koncentrációja, korszerűsítése, komplexitásának biztosítása.

A második probléma: a gyógyvíz alapú létesítmények korszerűsége, színvonala – elsősorban az építés dátumából fakadóan – igen egyenetlen, és nem, vagy csak részben követték az idegenforgalmi infrastruktúra fejlődését. Különösen igaz ez a magas hozzáadott értékkel rendelkező gyógyintézményekre, annak ellenére, hogy a Széchenyi terv és az EU fejlesztési tervek, valamint a magánberuházások ezen a területen is érdemi fejlődést hoztak.

Magyarország lehetőségei a külpiacok tekintetében a wellness/élményfürdők esetében korlátozottabbak, ez a terület inkább a belföldi keresletre épül. Azt az elemi hiányt, amit akár a szálláshelyek eladhatósága, akár a belföldi turizmusigény jelentett, már zömmel pótolták a Széchenyi-terv fejlesztései, illetve az azóta épült ilyen jellegű létesítmények.

A wellness szállók, élményfürdők piacán nehéz nemzetközi szinten is piacképesnek lenni: ehhez a természetes gyógytényezők helyett másfajta természeti adottságok – pl. tenger, síkőzpont stb. közelsége – szükséges, emellett a tőkeerő a meghatározó, így ezen a piacon Magyarországnak csak közepes adottságai vannak. A probléma tehát az, hogy amíg a gyógyvíz speciális természeti adottsághoz kötött és nem lehet akárhol, addig a kékmedencés turizmus bárhol lehet, ahol van megfelelő tőke, illetve elég turisztikai attraktivitás. Ezekben pedig – ellentétben a gyógyvízzel – nem vagyunk nagyhatalom. A külpiaci lehetőséget korlátozza az a tény is, hogy a wellness szállók vendégei – ellentétben a gyógyszállókkal – a rövid tartózkodást preferálják, ami beszűkíti a potenciális vendégkört. A gyógyszállókkal ellentétben a wellness szállók kínálata ezért elsősorban a hazai vendégeket célozza, a külföldi viszonylatban levő remények kizárólag árelőnyre alapozottak. Ezért a kékmedencés egészségturizmus sem lehet önmagában tartós kitérés, *de az ilyen irányú fejlesztések fontosak az általános turisztikai infrastruktúra korszerűsége miatt*. Ma egy szállodában a wellness részleg már nem igazi versenyelőny, de a hiánya komoly versenyhátrány.

Ezért a „vízbázisú” turizmusban a külpiacok tekintetében **a megújított szemléletű gyógyvíz alapú gyógyturizmus fejlesztése jelenti a reális jövőképet**, de a gyógyvíz hasznosításában a minél szélesebb spektrumú, szakmai tartalmában és a kiszolgáló létesítményekben **magas színvonalú komplex szolgáltatások fejlesztése a kulcs**. Ez az a terület, amiben Magyarország unikális tud lenni, és ezért tartós piaci szereplő maradhat.

Ez stratégiaileg a következőket igényli:

- ▶ a gyógyfürdőket, gyógyszállókat, szakosodott egészségügyi intézményeket az infrastruktúra és a kiszolgálás minőségében a wellness és élményfürdők színvonalára kell felhozni,
- ▶ a wellness és élményfürdő fejlesztéseket gyógyvízre telepítve, azokkal komplex szolgáltatási rendszert képezve kell támogatni,
- ▶ a gyógyvíz alapú szolgáltatásokban növelni kell a **medikális szolgáltatások arányát**, ahol lehet az adott probléma teljes vertikumát kell egy intézményben/térségben nyújtani (a mozgásszervi betegségek kezelésére alkalmas gyógytényezőkhöz a gyógyászati szolgáltatásokon kívül a medical wellness szolgáltatásai mellett reumatológia és ízület-sebészeti központ is társul),
- ▶ a **marketingben erősen kell használni a szakmai elemeket**, a víz unikális jellegét, terápiás spektrumát. Igaz ez akkor is, ha ez inkább marketing célú, és a konkrét betegeknek szélesebb közönséget céloz meg a tudományos megalapozottság hitelességével.

Ez a komplex megközelítés jelenthet reális jövőképet, ez adhatja vissza a barna medence tekintélyét, és ez is a hagyományos – gyógytényezőkre alapozott – és a modern, orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus szinergizmusát igényli.

Összességében megállapítható, hogy a hagyományos gyógy- és egészségturisztikai terület jövőképe szempontjából a **wellness részlegek és élményfürdők fejlesztése a hagyományos turisztikai kapacitások pozíció-örzésének feltétele**, ezek a beruházások ma már az elvárható turisztikai infrastruktúra részévé váltak, ami nélkül egy szálláshely már nehezen adható el, illetve egy térség turisztikailag nehezen promotálható. Mindebből következik, hogy *a külpiac számára önálló vonzerőként, kitérés pontként sajnos nem jelentős a szerepük.*

Az **unikális gyógyvízkincsünk** a kedvezőtlen nemzetközi tendenciák miatt jelentőségében leértékelődött, de **komplex egészségfejlesztési infrastruktúrával, fejlett orvos-szakmai ráépülő szolgáltatásokkal a korszerű wellness igényeket is kielégítve** megfelelő – elsősorban orvosi tudományos bizonyítékokra épített – marketinggel a gyógyvíz **a magyar egészségturizmus egyik tartós megkülönböztető emblémája lehet.**

Orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus jövőképe

Magyarország az orvosi szolgáltatások piacának egyes területein ma igen jól pozicionált, így egyes területeken (pl. fogászat, esztétikai sebészet) Európában a piacvezetők között vagyunk. Ugyanakkor ez a tény sem adhat okot a hátradőlésre.

Mint azt a piacelemzési részben kifejtettük, egészségturizmus területén a vezető szolgáltató országok két nagy csoportba oszthatók:

- ▶ árelőny miatt preferált országok,
- ▶ minőségelőny/hiánypótlás miatt preferált országok.

Magyarország ma összességében egyértelműen az **árelőny típusú desztinációk csoportjába tartozik**, azaz népszerűségünk – zömmel, vagy elsősorban – az olcsóságunkból fakad. A magyar orvosi szolgáltatásokra épülő turizmus ma az *„azonos minőség – olcsóbb ár”* szlogenrel áruházas, és azokon a területeken, ahol a piacvezetők között vagyunk, elsősorban az olcsó ár vonzza a külföldi betegeket. A szlogenből az *„azonos minőség”* is igaz, legalábbis a szolgáltatások szakmai tartalmára mindenképpen.

Ugyanakkor a **jelentős árelőny tartása** az európai integrációs folyamat kapcsán **nem lehet tartós cél**. *Az árelőnyünk ma alapvetően a munkaerő olcsóságából fakad*, mert az anyagokat, eszközöket a magyar egészségügy is a nemzetközi piacon vásárolja, nemzetközi áron. Ugyanakkor magától értetődik, hogy az európai integrációban nem lehet stratégiai célként kitűzni azt, hogy egy magyar orvos 20 év múlva is csak felét-harmadát keresse, mint egy német vagy angol kollegája. Így az olcsó munkaerőre alapozott árelőny őrzése sem lehet tartós stratégiai cél.

Mindezek alapján a reális **stratégiai cél** az, hogy **Magyarország az árelőny típusú szolgáltatás-csoportból a minőségelőny/hiánypótló szolgáltatást nyújtó csoportba fejlődjön.**

Ez természetesen csak **folyamatként értelmezhető**, és az **árelőnyünk csökkenésével párhuzamosan kell a piaci pozíciókat megfelelő fejlesztésekkel és marketinggel minőség-előnyé konvertálni.**

Amit fontos kiemelnünk: ez a folyamat szerencsére elkezdődött. A fogászatban az árelőny mellett a legkorszerűbb, a fejlett államokban még nem mindenütt rutinszerűen alkalmazott technológiákat

Magyarországon már rutinszerűen alkalmazzák. Az árak ugyan versenyképesek – azaz olcsók a „nyugati” árakhoz képest –, de ma annak ellenére vagyunk piacvezetők, hogy a fő konkurensek (lengyelek, csehek, törökök) több szolgáltatásban olcsóbbak. Tehát a piaci pozíciónk itt már a minőségi hitelességre, és nem az árra alapozott.

Hasonló a helyzet az esztétikai sebészetben is: a térségből minket megelőző csehek árelőnyrel és nem minőségelőnyrel állnak előttünk, tehát a magyar esztétikai sebészet jó pozíciója nem elsődlegesen árelőnyre alapozott.

Az alapok megvannak a stratégiaváltáshoz, mert a piacképes szolgáltatásaink szakmai tartalma ma is nemzetközi színvonalú, javulás elsősorban a minőségtanúsítás elterjedtségében, az egészségügyi kiszolgáló szolgáltatásokban (hotel stb.), illetve a kapcsolódó turisztikai szolgáltatásokban valamint a marketingben szükséges.

Szintén jók az esélyeink a hiánypótló szolgáltatásokban, ahol megfelelő minőség és minőségi garancia mellett az ellátások várakozásmentes nyújtása jelenthet piaci előnyt. **A hiánypótló ellátások, és azok színvonalának egyenszilárdságú, ellenőrzött/tanúsított emelése** helyezheti el végleg Magyarországot az egészségturisztikai térképen:

- ▶ *magas színvonalú, jó hozzáférésű, megbízható, hiánypótló egészségügyi szolgáltatások, kedvező áron (de nem árelőnyre alapozott dömping áron) komplex kiegészítő turisztikai szolgáltatásokkal kiegészítve.*

Ezt a jövőképet kell megcélózni, és ezért a marketingben már most a minőséget kell hangsúlyozni. Mindennek feltétele a minőség-management rendszerek fejlesztése, amelyek feltétele egy, a szolgáltatások minőségét, a megbízhatóságot és a panaszkezelési rendszert magába foglaló minőségtanúsítási rendszer, és egy erre épülő védjegy kifejlesztése.

Mindez az általános turisztikai szempontok miatt is fontos: az árelőny miatt érkező beteg nem elég jó vendég, azaz nem sokat költ az általános turisztikai infrastruktúrára. Ugyanakkor a minőségelőny miatt érkező beteg, mint vendég is igényesebb, és többet költ az egészségügyi ágazaton kívül is.

Összegzés

Az egészségturizmus – annak mindkét ága – a világ dinamikusan fejlődő ágazata, és ez a piac a külső determinációk miatt garantáltan tartósan bővülni fog. Magyarország ezen a piacon igen jó startpozíciókkal rendelkezik, ugyanakkor a piaci pozíció őrzése fejlesztéseket és szemléletváltást igényel. A gyógyvízkincsünk kiaknázása a komplexitással, a ráépülő szolgáltatások minőségének fejlesztésével és az orvosi bizonyítékokat is magába foglaló marketinggel lehetséges, az orvosi szolgáltatások esetében az árelőny típusú piaci pozíciónkat minőségelőnyre kell konvertálni.

V. Az egészségturizmus magyarországi perspektívái – egy megújított stratégia ágazati szempontjai⁶⁴

Miért fontos Magyarországnak a gyógyturizmus?

Az egészségturizmus – ezen belül kiemelten a gyógyturizmus – fejlesztése, központi támogatása az ország alapvető érdeke. Fontos az ország újrapozicionálása, jövőképeinek meghatározása szempontjából, de fontos önmagában úgy az egészségügyi, mint a turisztikai ágazat számára is.

Nemzetstratégiai szempontok

Ismert állítás, hogy a gazdasági válság várhatóan átrendezi a világgazdaságot, a fellendülés már egy új, átrendezett világgazdaságban következik be, új prioritásokkal, és a szereplők egyensúlyának újraszabási lehetőségével. A válságkezelésben ezért *már a válság utáni időszakra is gondolni kell*. Magyarországnak is újra kell pozicionálnia magát az átrendeződött világgazdaságban, és ehhez jól meghatározott ország-prioritások kellenek.

Magyarország jövőképeiben egyrészt a geopolitikai helyzetünket kihasználva egyfajta hídállás szerepre kell törekedni (logisztikai központok, headquarter stb.), másrészt a szolgáltatásokra alapozott ágazatoknak, ezen belül kiemelten az egészségügynek, és az erre épülő/ezt megalapozó egészségiparnak, és ennek keretében az egészségturizmusnak kell kiemelt prioritássá válnia.

Ágazati szempontok

Az ország-jövőkép mellett az egészségturizmus szerepének újragondolását indokolja az is, hogy *elengedhetetlen az egészségügy és a turizmus újrapozicionálása is, mindkét ágazatban szemlélet és szerkezetváltásra van szükség*. Ez a folyamat mindkét ágazatban elkezdődött.

Az egészségügyet – a megkezdett folyamatok továbbvitelével – **közellátó szolgálatból modern közszolgáltatási rendszerre kell alakítani**. A válság nélkül is világossá vált, hogy *egy korszerű ellátórendszer kizárólag közfinanszírozásból nem tartható fent*, és fejlődése sem biztosítható a kiegészítő (külső) források befogadása nélkül. Az egészségügy fokozódó munkaerő gondjai is csak abban az esetben oldhatók, ha külső források becsatornázásával jobb jövedelmi viszonyokat tudunk teremteni. Leegyszerűsítve: ne az orvos menjen külföldre, a betegek jöjjenek ide! *Az egészségügyi rendszer közszolgáltatás jellegét természetesen meg kell tartani, de működését több lábon álló finanszírozási csatornáknak kell biztosítani*.

Ennek forrásai:

- ▶ kötelező egészségbiztosítás, mint fő szolgáltatásvásárló,
- ▶ a betegek és a kiegészítő biztosítójuk, a kiegészítő szolgáltatások finanszírozójaként,
- ▶ a gyógy-idegenforgalmon keresztül külföldi betegek és/vagy biztosítók,
- ▶ az egészségügyi ipar, mint K+F partner, megrendelő és finanszírozó.

Ha a szükséges többletforrásokat nem a magyar biztosítottaktól várjuk, azaz *ha nem a magyar lakosságra – magyar gazdaságra akarjuk terhelni a többlet forrásigényt, akkor a gyógyturizmus az a reális terület, amely tartósan jelentős külső forrást hozhat az egészségügyi rendszerbe*. Az egészségügy fenntartható fejlődésének egyik kulcsa tehát a nyitottság, a külpiacok befogadása, annak minden finanszírozási és szakmai következményeivel.

⁶⁴ Mivel a fejezet összegző jellegű, és önálló dokumentumként is használt, a jobb érthetőség miatt bizonyos redundanciát, átfedést tartalmaz.

A turizmus is folyamatos újrapozicionálási kényszerben van a megváltozó körülmények között. A hagyományos turisztikai értékek megtartása mellett a jövő a hozzáadott értéken, a szolgáltatásokon alapuló turizmusé, és ebben az egészségturizmus (annak összes ágával) kiemelt szerepet kell, hogy kapjon, mert a hozzáadott-érték alapú turizmus (esemény-turizmus, konferencia-turizmus és egészség-turizmus) jelent perspektívát.

Miért az egészségturizmus a kitörési pont?

Az egészségturizmus központi prioritássá tételét három nagy csoportba foglalható érvek támogatják.

1. A gyógyturizmus dinamikusan fejlődő piac, jelentős gazdasági potenciállal

Az egészségturizmus egy tartósan növekvő szükségletre alapozott, dinamikusan fejlődő piac a világban, évi 60 milliárd USD feletti forgalommal. A jó adottságaink mellett kiemelendő, hogy ezen a területen **kiemelkedően magas az egy vendégre jutó fajlagos költség**. Ha elfogadjuk a *turizmus* definíciójának azt, hogy *a személyek olyan önkéntes helyváltoztatása, amely nem életvitelszerű tartózkodásra, és nem munkavállalásra irányul, akkor az ilyen személyek összes költségét a turizmus bevételének kell tekintenünk*. Egyes ágazatokban (pl.: konferenciaturizmus) ennek meghatározó része a klasszikus turisztikai infrastruktúrán keresztül realizálódik, más ágazatokban (gyógyturizmus, vadászat) a nagyobb rész a turisztikai létesítményeken kívül realizálódik. A turisztikai infrastruktúra jó kihasználása fontos, de a legfontosabb mutató mégiscsak az, hogy az egyes turisztikai ágazatok mennyivel járulnak hozzá a GDP-hez. E tekintetben a gyógyturizmus kiemelten fontos terület, még akkor is, ha tudjuk, hogy a beteg nem jó turista, de jó vendég: költsési szintjében elsődlegesen nem a hagyományos turisztikai szolgáltatások igénybevétele, hanem a hozzáadott medikális szolgáltatások szintje és mennyisége a meghatározó.

Az **egészségturizmus gazdasági hatása Magyarországon is igen jelentős**, és – mint azt a III. fejezetben kifejtettük – ezen belül egyre nő az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus bevételének az aránya. 2007-ben a gyógyvíz alapú, illetve wellness jellegű turizmus regisztrált piaca – beleértve a belföldi és külföldi vendégek forgalmát – a KSH statisztikája alapján mintegy 30 milliárd Ft nagyságrendű összeg, amiből csak alig 14 milliárd Ft. a külföldiektől származó bevétel, addig az egészségügyi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus területén a külföldi betegek által realizált összárbevétel 35-55 milliárd Ft. közé tehető. Ezek alapján **az egészségturizmus – annak összes ágával – ma is 60-80 milliárdos nagyságrendű piac, és 50-70 milliárd Ft forrást hoz az országba**. Ami fontos: egy fejlődő piacról van szó, ezért viszonylag kevés beruházással, – elsősorban kommunikációs – támogatással ez az összeg növelhető.

2. Jó adottságokkal, alapokkal rendelkezünk

A jó pozíció elérésre/megőrzésére minden esélyünk megvan, hiszen Magyarország az egészségturizmus területén kiemelkedően jó adottságokkal, és hivatkozható, nemzetközileg ismert referenciákkal rendelkezik, amire könnyen ráépíthető egy komplex fejlesztési program és aktív kommunikációs kampány.

Hagyományok, adottságok, amire építhetünk:

- ▶ Magyarország – többek között – eddig is az egészségügyi területen szerezte nemzetközi ismertségét, az országhoz pozitív asszociációk tartoznak ezen a területen. A *magyar orvostudomány nagy egyéniségei nemzetközileg, a „laikusok” között is ismertek*, elég akár Semmelweisre vagy Szentgyörgyire utalni.

- ▶ *A szakmai közvélemény ennél jóval több nevet ismer: Politzertől, Fodor Józseftől a gyomorvarrógép felfedezőjén, Hüttl Hüméren át a két orvosi Nobel díjasig (Bárány és Békésy) lehet sorolni a neveket.*
- ▶ *Általában jók a pozícióink az egészségiparban: gyógyszergyártásunk a térségben még mindig vezetőnek számít, és igen jó a kutatási háttér, a genomikától az info-bionikáig.*
- ▶ *Az orvosképzés piacán ma Magyarország jelentős pozíciót foglal el, ez megalapozza a magyar egészségügy jó hírnevét, folyamatosan friss jó referenciát ad az egészségügy szakmai színvonaláról, teljesítményéről.*
- ▶ *Kiemelkedő, pontosabban egyedülálló a gyógyvízkészletünk, és a gyógyvízre alapozott gyógyidegenforgalomban, a gyógytényezőkre alapozott rehabilitációban komoly hírünk és hagyományaink vannak, és az ezzel kapcsolatos létesítményeink is ismertek a világban. A TripAdviser 2009-es nyári „Best Spa Vacations – Europe” listáján Budapest Isztambul után a második, Hévíz pedig a 13. helyet foglalja el.*
- ▶ *A Pető Intézet, a Pető-módszer a világon ismert és elismert, ami hungarikum, azaz az innovatív rehabilitáció területén is ismertek vagyunk, nem csak a gyógytényezőkre alapozott rehabilitáció az erősségünk.*
- ▶ *Magyarországon nő az orvosi szolgáltatásokra alapozott turizmus szerepe: a fogászati turizmusban kifejezetten jól pozícionáltak vagyunk, és feljövőben van az esztétikai sebészet is. Az NHS szakértői szerint Magyarország piacvezető Európa fogászati szolgáltatási piacán, és a plasztikai sebészetben is „pontszerző helyen” vagyunk.*
- ▶ *A wellness turizmus dinamikusan fejlődő, már létező infrastruktúrájú ágazat Magyarországon, amely kezdi felismerni a hozzáadott egészségügyi szolgáltatások jelentőségét.*

Miután mindezek mellett az egészségügy szolgáltatásai – az egyenetlen színvonal és körülmények ellenére – ma is korszerűek és jók, van mire építenünk, alapoznunk.

3. Tartós, kiszámíthatóan fejlődő piacról van szó

Az egészségügyi ellátás, rehabilitáció, az ápolás, az egészségfejlesztés nem aktuális konjunktúra terméke, nem divatfüggő, mert az egészség tartós és folyamatosan bővülő szükséglet. Az egészségügyi ellátás, a technológiai-, gazdasági- és társadalmi folyamatok lényegéből fakad, hogy ez a szükséglet folyamatosan bővülő lesz, és az országok általában nem tudnak a saját közellátási rendszerükben minden igényt kielégíteni. Ezért az ellátásoknak egyre nagyobb szegmense fog tartósan a „piacra” hagyatkozni, ennek következtében felértékelődik a betegek választása, nő a betegek érzékenysége, és ráadásul az EU szabályok várhatóan a közfinanszírozású ellátások előtt is megnyitják a kaput – legalábbis egyes szegmensekben mindenképpen. A piac tehát garantált, a kérdés csupán az, hogy hogyan tudjuk pozícionálni magunkat ezen a piacon. A világ egyes területein (elsősorban Távol-Kelet) erre önálló iparágak alakultak, de Európában, – és különösen a térségben – ez a piac még nem „állt be”, nem telítődött, így a térségben ezen a területen MÉG van piaci rés. Fontos a „még” szócska kiemelése, mert a környező/közel országok mindezek jelentőségét kezdik felismerni, és a rosszabb adottságok ellenére elindultak ezen a piacon, ráadásul a magyar versenytársakhoz képest kifejezetten jó állami kommunikációs támogatást kapnak (pl. Málta, Ciprus, Horvátország).

Magyarország esélyei jók. Egyrészt jó a startpozíciónk (egyes területeken piacvezetők vagyunk), másrészt Magyarországnak behozhatatlan előnyt jelent az egyedülálló gyógyvízkincs, ami egyes betegcsoportokban komplex (a teljes kezelési vertikumot lefedő) terápiás lehetőséget nyújt. Ezért Magyarország akkor is megőrizheti az előnyét, ha a szakmai szolgáltatásokban felzárkóznak mellénk a konkurens országok.

SWOT analízis

Miután ez a tanulmány alapvetően a gyógyturizmus támogatása, lehetőségeinek jobb kiaknázása igényével íródott, értelemszerűen alapvetően a lehetőségek feltárásával foglalkozik. A korrekt stratégiának ugyanakkor része a gyengeségek, veszélyek számbavétele is, ezért elkészítettük az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus SWOT analízisét is.

Erősségek	Gyengeségek
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Az egészség érték szerepének folyamatos (fokozatos...) felértékelődése a világban és Magyarországon. ▶ A magyar orvostudomány nemzetközi ismertsége. ▶ A magyar egészségügy – még mindig – magas szakmai – technológiai színvonala. ▶ Az egyedülálló gyógyvíz kincs miatt a gyógyturizmusban komoly hagyományaink vannak és magas az ismertség. ▶ Egyes orvosi szakterületen Magyarország jól pozícionált az orvosi szolgáltatások piacán (fogászat, esztétikai sebészet, rehabilitáció, ízület-sebészet). Az első kettőben, Európában a piacvezetők között vagyunk. ▶ Erős a K+F alap, fejlett az egészségipar, a gyógyszergyártásban a régióban vezető szerepet töltünk be. ▶ Felfejlődőben van a rekreációs ipar, jó minőségű szűrési programok vannak. ▶ A víz alapú egészségturizmus megfelelő fejlesztési és marketing támogatást kap. ▶ A tisztán orvosi területen az NHS listájára felkerült választható szolgáltatóként egy vezető magyar magánkórház, tehát megtörtént az áttérés a közfinanszírozású szolgáltatások esetén is. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Az ország megítélésének romlása, különösen a turizmust érintő bizalmi területeken: a stabilitás, kiszámíthatóság, biztonság romlása, a rasszizmus, a szélsőségek erősödése. Ez lényeges célországokat érint. ▶ Az egészségügy pozíciójának folyamatos gyengülése (reform viták és forrásszűkösség). ▶ Politikai viták miatti piacellenesség, a fizetős ellátás, piacorientáltság diszpreferáltsága. ▶ Gyenge belső piac (alacsony fizetőképes kereslet, fejletlen kiegészítő biztosítási rendszer). ▶ Korszerűtlen, kizárólag a gyógyvíz alapú turizmust támogató stratégia. ▶ A magas szakmai színvonalhoz alacsony minőségű kiegészítő szolgáltatások társulnak, nem megfelelő azok szolgáltatás jellege, paciens központú attitűdje. ▶ Nyelvtudásbeli képességek gyengesége. ▶ A betegjogok érvényesíthetőségének egyenetlensége (a külföldiek számára). ▶ Nem megfelelő a szolgáltatások standardizáltsága, nem elterjedtek a külföldi betegek számára is garanciát jelentő minőségtanúsítási rendszerek. ▶ A szereplők alacsony együttműködési készsége. Még a professzionális, vezető szolgáltatók is egyéni stratégiákban gondolkodnak. ▶ A központi turizmus marketing nem támogatja az orvosi területeket. ▶ Erős konkurencia harc az országok között, és a konkurensok nagyobb támogatást kapnak.

Lehetőségek	Veszélyek
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Komplexitás: erős és szervezett szinergizmus a turizmus és a gyógyturizmus között, illetve az egészséguturizmus ágai között. (A stratégia megújítása!) ▶ Egységes, az országhoz kötött marketing megvalósítása. ▶ A szolgáltatók összefogása (a fogászatban elindult a szolgáltatók együttműködése). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fejlesztések, támogatások és koordinált kommunikáció nélkül elveszhetjük a meglévő pozíciónkat, ez a közellátás pozícióit is veszélyezteti a külső források elmaradásával, a munkaerő megtartó képesség csökkenésével. ▶ Nem megfelelő fejlesztési koncepció esetén nő az egészségügy kettészakadásának veszélye.

Az egészséguturizmus perspektívái – a fejlesztés lehetséges új irányjai

A komplex stratégia – a szinergista hatás

A gyógyturizmus csak akkor fejleszthető Magyarországon eredményesen, ha nem állítjuk szembe a három elkülönült szakmai érdekcsoport által képviselt területeket, a wellness/rekreációs turizmust, a gyógyvíz alapú, rehabilitáció jellegű turizmust, és a high-tech technológián/kvalifikált orvosi tudáson alapuló gyógyturizmust. Ezek a szakterületek egymással és a turizmussal nem konkurens, hanem szinergista viszonyban vannak. A két ágazat együttműködésének célja, hogy

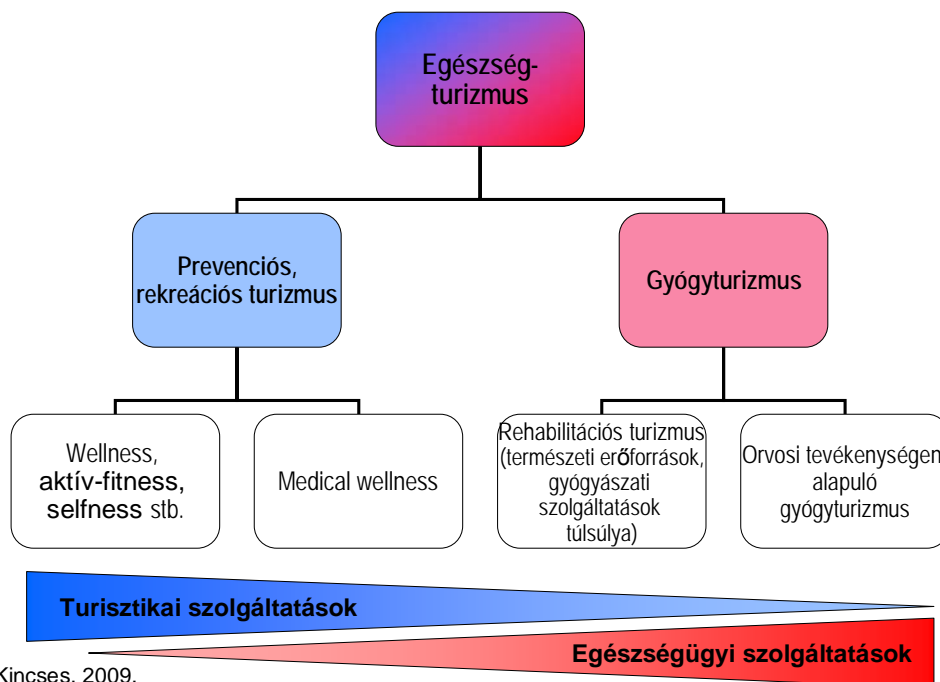
- ▶ növekedjen a külföldiek számára nyújtott egészségügyi ellátások mennyisége, bővüljön ennek spektruma, ezen belül a turisztikai szolgáltatók – kiemelten a természetes gyógytényezőkre épülő szolgáltatók – köré minél több és minél magasabb szakmai tartalmú egészségügyi szolgáltatás szerveződjön, és így minél több, és minél magasabb szintű szolgáltatás, hozzáadott érték kerüljön eladásra a külpiacokon;
- ▶ az egészségügyi szolgáltatások értékesítéséhez (a gyógyulás céljából ideérkezőknél) minél több turisztikai szolgáltatás kapcsolódjon, tehát a megnövekedett beteg mobilitás a turisztikai szolgáltatások piacát is bővítsse.

Ehhez komplex szolgáltatási spektrumot kell kialakítani egységes marketing támogatás mellett, amely az alábbi területeket fedi le:

- ▶ az attraktív – de gyógyászati szolgáltatásokat is tartalmazó –, elsősorban *prevenációs-rekreációs és egészségmegőrző célú* „egészségturizmus” (medical wellness, selfness + kapcsolódó programok a lovaglástól a golfon keresztül a terep kerékpározásig);
- ▶ a rekreációs turizmushoz kapcsolt *állapotfelmérés-célú egészségügyi szolgáltatások - szűrések* (akár közvetlen bevételi, akár helyi piacgeneráló szándékkal),
- ▶ *a természeti gyógytényezők jobb hatásfokú* (minél több egészségügyi és turisztikai hozzáadott értékkel való) *értékesítése*;
- ▶ *a krónikus/rehabilitációs kapacitás piaci alapú* (nem a közfinanszírozás terhére történő) hasznosítása, illetve az orvosi rehabilitációs kapacitás/szolgáltatás összekapcsolása a természetes gyógytényezőkkel, és az ehhez kapcsolt turisztikai szolgáltatásokkal;

- ▶ *a minőségi (tudás alapú, high-tech bázisú) egészségügyi szolgáltatások (szívkatéterezéstől a csípőprotézisen át az esztétikai sebészet és az implantátumra épített fogsor felépítésig) komprehenzív csomagban történő értékesítése:*
 - ▶ az adott betegség egész egészségügyi folyamatának komplex menedzselése (megszervezett elővizsgálat a beteg lakhelye közelében, az aktív kezelés és szükség esetén az aktív rehabilitáció megszervezése Magyarországon, az utógondozás megszervezése itthon és a partnereken keresztül a beteg lakhelyén),
 - ▶ a kapcsolódó turisztikai szolgáltatások beépítése: transzfer megoldása, hozzátartozók elhelyezése és programszervezése, a nem ágyhoz kötött betegek (pl. fogászati kezelés) számára programszervezés stb.

A különböző területek összefüggését a mellékelt ábra szemlélteti.



A preventív – rekreációs turizmus, jellemző módon turisztikai - szabadidős – nem egészségügyi – létesítményre (élményfürdő, wellness szálló) épül, és csak befogadó jelleggel tartalmaz egészségügyi szolgáltatást, a gyógyturizmus kizárólag egészségügyi intézményben nyújtott szolgáltatásokat jelent, amelyhez természetesen turisztikai szolgáltatások is társulnak. A gyógyturizmus szolgáltatásait egészségügyi szolgáltatók nyújtják, melyek szintén kiegészülhetnek preventív - rekreációs szolgáltatásokkal.

Ez a tanulmány – a szinergizmus és a komplexitás folyamatos hangoztatása mellett – alapvetően a gyógyturizmus fejlesztési lehetőségeivel foglalkozik, nem alábecsülve a többi terület fontosságát.

Az egészségturizmus jövőképe Magyarországon

Az egészségturizmus a világ dinamikusan fejlődő ágazata, amelyben Magyarország jó alappal rendelkezik. **A kérdés az, hogy hova kell pozicionálnunk magunkat ahhoz, hogy pozíciónkat őrizzük, illetve javítsuk.**

A „vízbázisú” turizmusban a gyógyvíz alapú gyógyturizmus fejlesztése jelenti a reális jövőképet, amelyben a gyógyvíz hasznosításában, a minél szélesebb spektrumú, szakmai tartalmában és a kiszolgáló létesítményekben magas színvonalú szolgáltatások fejlesztése a kulcs. Ez a tény is a hagyományos – gyógytényezőkre alapozott – és a modern, orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus szinergizmusát indokolja.

Az orvosi szolgáltatások piacán ma Magyarország jól pozicionált, de **az árelőny típusú desztinációk csoportjába tartozik**, azaz népszerűségünk – zömmel, vagy elsősorban – az olcsóságból fakad. A jelentős árelőny az európai integrációs folyamat kapcsán nem lehet tartós cél, **a stratégiai cél az, hogy Magyarország az árelőny típusú szolgáltatás csoportból a minőségelőny/hiánypótló szolgáltatást nyújtó csoportba kerüljön át.** Ehhez egyensúlyi fejlesztések, minőségbiztosítás és innováció barát politika szükséges.

Hogy működhet az egészségügy és a turizmus szélesebb együttműködése a gyakorlatban?

Pár példa és ötlet – a létező jó gyakorlatok felhasználásával – a két ágazat kölcsönös előnyöket kínáló együttműködésére.

- ▶ A wellness szállók szobáiban el lehet helyezni egy önkitöltős kérdőívet, amely felméri a vendég egészségi állapotát, kockázatait. A kérdőív alapján a szakszemélyzet személyre szabott programot tud összeállítani a szálloda/gyógytértség wellness/szabadidősport és egészségfejlesztő programjaiból (megfelelő szauna használat, aquafitness, pilates, gerinctorna stb.). Ugyanakkor a teszt alapján gyanújel esetében a szálloda ajánlani tudja a partner egészségügyi szolgáltatókat a további vizsgálatokra. Ez minőségi szolgáltatás a szálloda részéről, de szolgáltatási (jövedelemszerzési) lehetőség a helyi egészségügyi dolgozók, vállalkozások számára is.
- ▶ Hévíz jó példa arra, hogy gyógyvízre, hogyan lehet komplex turisztikai szolgáltatási rendszert ráépíteni, hogyan lehet egy térséget jól menedzselni, egy különleges természeti erőforrás (a tó) köré azon túlmutató szolgáltatási kört felépíteni. A komplexitás miatt ugyanakkor ez még kiegészíthető lenne egy magas színvonalú ízületsebészeti központtal. Ezáltal egy egészségügyi problémakör teljes vertikumát nyújtaná a térség, kölcsönös piac-generálással. Az ott megforduló betegek egy része műtetre érett, ami páciens generál a sebészeti központnak, másrészt az ott műtöttek jó eséllyel térnek majd vissza a területre késői rehabilitációra.
- ▶ A wellness/gyógy szállókban célzott egészség programokat kell kínálni (testsúly-kontroll program, személyes edzőprogram, a bio étkezéshez kapcsolt látványkonyhára alapozódó főzőtanfolyam stb.). A programszerűség további előnye, hogy növeli az eltöltött vendégéjszakák számát.
- ▶ Az egészséghez kapcsolható szabadidősportok (golf, lovaglás, tenisz stb.) területén ezek kiegészítő szolgáltatásaiként kell szűréseket, illetve szolgáltatásokat ajánlani (ízületi szűrés, egyensúlyfejlesztés, masszázs stb.).

- ▶ A fogászati vagy egyéb kezelésre érkező betegeket általában utazásszervezők szervezik. Ezeket a szervezőket motiválni kell, hogy ne csupán egy szakszolgáltatást szervezzenek, melyhez megoldják a transzfert és a szállást, hanem a beteg és családja számára a kényeszerű várakozást komplex program részeként üdüléssel kiegészítve csomagban ajánlják (az olcsó szolgáltatás megtakarításából egyszerre az üdülés is megoldva...).
- ▶ A hagyományos turisztikai értékeink is több esetben társíthatók az egészséghez:
 - ▶ a borturizmusba beilleszthető a borterápia,
 - ▶ a lovaglás elvihető a gyógylovaglás irányába.

Új irányok

A fenti hagyományos területeken kívül új irányok lehetősége is felmerül. **A gyógyturizmus számára további lökést adhat az Európai Parlament által első olvasatban elfogadott, a határon átnyúló ellátás igénybevehetőségét szabályozó új EU irányelv**, amely – elsősorban a járóbeteg ellátásban – támogatja azt, hogy a betegek választásuk alapján más országban is igénybe vehessék az ellátást. Ez új perspektívát nyithat, hiszen **a gyógyturizmus fő területei eddig kívül estek a közfinanszírozású szolgáltatásokon** (a Magyarországon igénybevett szolgáltatások zömét nem a beteg állama vagy társadalombiztosítása, hanem a beteg fizette), **az új szabályozás szerint viszont a közszolgáltatások határon átnyúló igénybevehetősége is megnyílik**. Jelentős változás ez, még ha tudjuk is, hogy az első időben ez inkább csak a határmenti forgalomban fogja éreztetni a hatását, miután a fekvőbeteg ellátás továbbra is engedélyköteles marad.

Az egészségturizmus középpontba helyezése ugyanakkor **más perspektívákat is nyit a turizmus számára**. A turizmus több új ágának is feltétele az egészségügyi szolgáltatási háttér, így új, eddig elzárt célcsoportok is bevonhatók a turizmusba. Ennek megfelelően egyre **nő a fogyatékkal, a krónikus megbetegedéssel élők turizmusának jelentősége**, de általában is, az egyre nagyobb jelentőségű **időskori turizmust** is befolyásolja az egészségügyi háttér biztosítása. A speciális betegséggel élők nyaraltatásában érdemi hagyományok vannak Magyarországon, elég a cukorbeteg gyerekek táboroztatására utalni, de igen fejlett a művésével élők turizmusának informatikai megalapozottsága is. Mindez nemcsak azért jelentős, mert új célcsoportokat von be a turizmusba, de alkalmas egy pozitív, egészségközpontú országgép kialakítására, a turisztikai szezonok meghosszabbítására, új térségek bevonására is.

Egészségpolitikai megfontolások a fejlesztésekben

A gyógyturizmus szempontjai a külön e célra létrehozott, speciális, a piaci igényeknek megfelelő intézmények kialakítását preferálják. Ez az elv egészségpolitikai szempontból is megfelelő azokon a területeken, amelyek alapvetően kívül esnek a közszolgáltatások területén (fogászat, esztétikai sebészet, wellness, illetve komplementer medicinális ellátásokon alapuló szolgáltatások).

Ugyanakkor a „hagyományos”, a közszolgáltatás területeire jellemző szakterületeken (ízület-sebészet, kardiológia, daganatterápia stb.) a szakmapolitikai, egészségpolitikai szempontok **a „partner kórház” elv támogatását indokolják**. Az egészségpolitika szemszögéből az a kedvezőbb megoldás, ha egy közszolgáltatást nyújtó szolgáltató hoz létre a külföldi betegek számára piacképes, elkülönített részleget. Ez az elv biztosítja a piacképességhez szükséges szeparáltságot, de ugyanakkor a közszolgáltatási szakmai infrastruktúra növeli az ellátás biztonságát és a többletbevétel javítja a közszolgáltatások pozícióját.

A partnerkórházak elve:

- ▶ elkülönült hotel rész a fizetős betegellátás számára,
- ▶ közös szakmai infrastruktúra (műtők, diagnosztikai szolgáltatások, labor, képzés stb.),
- ▶ részben elkülönült személyzet (az ápolásban, technikai kiszolgálásban elkülönült, az orvosi szolgáltatásokban közös),
- ▶ közös technikai és műszaki-gazdasági kiszolgálás.

A partner kórház modell előnyei:

- ▶ a gyógyturizmusból származó bevétel közvetlenül a közszolgáltató intézményekhez kerül, így javítja azok finanszírozási pozícióját,
- ▶ a megnövekedett jövedelmek és a bővülő szakmai feladatok miatt javul a szolgáltatók munkaerő megtartó képessége,
- ▶ a közfeladatokból származó üzemméret és komplexitás miatt a fizetős betegellátásban is nagyobb szakmai biztonsággal és gyakorlattal nyújthatók a szolgáltatások, azaz javul a piaci szolgáltatások biztonsága és hitelessége,
- ▶ a piaci szolgáltatások más kultúrát hoznak az intézménybe, ami általában is javítja az intézmény szolgáltatásait, azaz a magyar, közfinanszírozású betegek ellátásának minőségét, körülményeit.

A partner kórház modell hátrányai:

- ▶ nehezebb az egyenszilárdságú kultúra megteremtése, így alacsonyabb a kiegészítő szolgáltatások színvonala, rosszabb lehet a betegek megítélése,
- ▶ a kerítésen belüli első és másod osztály teret ad a politikai demagógiának.

Feladatok a gyógyturizmus fejlesztésében

A feladatok az alábbi csoportokba sorolhatók:

1. **A gyógy/egészségturizmust általában az ország, a magyar gazdaság, a fejlesztéspolitika és az ország imázs központi prioritásává kell tenni;**
2. **Felül kell vizsgálni az Egészségturisztikai stratégiát, ezen belül újra kell fogalmazni a prioritásokat, és a fejlesztések koncentrálása érdekében hivatalosan is ki kell jelölni a gyógyteréseket;**
3. **Be kell azonosítani a gyógyturizmus piaci szegmenseit;**
4. **Az ÚMFT forrásfelhasználásában érvényesíteni kell a stratégia prioritásait;**
5. A terület fejlesztéséhez **központi marketinget kell biztosítani;**
6. A minőség hitelessége érdekében ki kell alakítani azt a nemzetközi szinten is értelmezhető **minőségbiztosítási és akkreditációs rendszert, amely piacra segíti a minőségi szolgáltatókat és kiszűri a nem megfelelő szakmaiságú vállalkozásokat.**
7. **Innováció-barát fejlesztési és szabályozási környezet kell kialakítani.**

Részletesen az egyes feladatcsoportokról.

1. A gyógyturizmust a nemzetstratégia központjába kell állítani

A gyógyturizmus – a fent említett szinergista hatások miatt – csak akkor tud eredményesen fejlődni, – az egészségipar egyéb ágaival együtt – az ország húzó ágazatává válni, ha nem két ágazat (ráadásul külön – külön) magánügyeként van kezelve, hanem a **kormányzat központi programja, az ország-profil meghatározó eleme**. Ezért *a minimum cél az, hogy kormányhatározat szülessen a gyógyturizmus fejlesztésének fontosságáról, a megújított gyógyturisztikai stratégia elfogadásáról és végrehajtásáról*⁶⁵. A szereplők eredményes koordinálása érdekében ennek központi szervezeti formáját is meg kell találni (kormánybiztos, MEH keretben működő koordinációs iroda stb.). Megfelelő fejlődést, illetve egyes területeken a pozíció őrzését ezen a dinamikusan fejlődő piacon csak ebben az esetben lehet elérni, hiszen a versenytársak (pl.: Ciprus, Horvátország, Bulgária, Törökország) a marketingben és a fejlesztésben komoly állami támogatást kapnak.

2. A fejlesztési stratégia megújítása

A kormányzati támogatás, a kormányzati elszántság fontos, de természetesen ez is csak koherens stratégia, jól meghatározott program esetében lehet eredményes.

Magyarországnak ma *van egészségturisztikai stratégiája*⁶⁶, de ez a stratégia „víz-nehéz”, azaz még a „klasszikus” – a készítés időpontjában általánosan elfogadott – *gyógyvíz-központú megközelítést tükrözi*. Az új stratégiában meg kell őrizni a jelen stratégia erősségeit, de az e tanulmányban leírt, szinergizmusra alapozott komplex megközelítést kell alkalmazni, azaz az egészségturizmus összes ágával kell foglalkozni, kiemelten ideértve a medikális szolgáltatásokra alapuló gyógyturizmust.

A megújítás fő szempontjai:

- ▶ a komplexitás érvényesítése a stratégiában,
- ▶ a medikális szolgáltatások helyén kezelése a stratégiában,
- ▶ az árelőnyre alapozott piaci részesedés helyett a tartós szolgáltatási előnyre alapozott területek (minőségi és mennyiségi hiányok, unikális természeti gyógytényezők) fejlesztése felé való átpozicionálás

Mindehhez a koncentrált, külföldről is érzékelhető kínálat érdekében a stratégia részeként, annak új szempontrendszerére **szerint ki kell jelölni a gyógytérsegeket**, mert a fejlesztések **csak megfelelő koncentráció esetén** menedzselhetők, csupán ebben az esetben van reális esély a fenntartható fejlődésre (ellentétben az elszórt élményfürdők rendszerével).

A gyógytérsegek kijelölésénél az alábbi szempontokat kell érvényesíteni:

A **gyógytérség** lehet olyan – értelmezhető, létező – földrajzi terület, amely

- ▶ rendelkezik valamilyen természetes gyógytényezővel,
- ▶ van fejlett egészségügyi szolgáltatás a területén, amely az orvos-szakmai háttérszolgáltatásokat biztosítja (minimum: súlyponti kórház),
- ▶ fejlett vagy fejleszthető egészségturisztikai szolgáltatásai, turisztikai kapacitásai vannak,
- ▶ a térségnek van koherenciája, azaz erre egységes és sajátos arculat, marketing stratégia építhető.

⁶⁵ A jelenleg létező Egészségturisztikai Stratégiát egy magáncég jegyzi, a minisztérium csak, mint megbízó van a fedlapon feltüntetve.

⁶⁶ Országos Egészségturizmus Fejlesztési Stratégia, Budapest, 2007. május 30, Aquaprofit

Potenciális gyógytérsegek

- ▶ **Budapest**
természeti erőforrás és bázis: Budapest gyógyvíz készlete és gyógyfürdői, barlangok, szakmai központjai: SE, fogászati centrumok, Kardiológiai Intézet, OORI, ORFI, magánklinikák stb.
- ▶ **Hajdúság**
természeti erőforrás és bázis: hajdúszoboszlói és debreceni gyógyvíz, szakmai központja: DOTE.
- ▶ **Mátra-Bükk**
természeti erőforrás és bázis: Egerszalók, Mátraderecske, Parád, Kékestető, szakmai központja: direkt nincs, de háttér lehet az egri kórház, és fejleszhető: Parád, Mátrai Gyógyintézet, a háttér a DOTE.
- ▶ **Nyugat-Dunántúl**
természeti erőforrás és bázis: Balf, Bükk, Sárvár, szakmai központja: Sopron - Győr.
- ▶ **Zalai gyógytérség**
természeti erőforrás és bázis: Hévíz, Keszthely, Zalakaros, stb., szakmai központja: hévízi Szent András Reumakórház, Zala Megyei Kórház.
- ▶ **Balaton gyógytérség**
természeti erőforrás és bázis: Füred, Hévíz, Tapolca stb., szakmai központja: Balatonfüredi Szívkórház, Veszprémi Megyei Kórház, hévízi Szent András Reumakórház.
- ▶ **Pécs környéke**
természeti erőforrás és bázis: Harkány stb. szakmai központja: POTE.
- ▶ **Dél-Alföld**
természeti erőforrás és bázis: termálvizek
szakmai központja: Szeged

A fenti felsorolás természetesen csupán illusztratív jellegű, a gyógytérsegek kijelölését szakmai előkészítés után széles egyeztetés alapján lehet megtenni. **A gyógytérsegek kijelölése után a fejlesztéseket a különböző területeken ezekre a térségekre kell koncentrálni**, legyen szó szálloda/vendéglátás-szolgáltatás fejlesztéséről; az egészségügyi intézmények komfortjának fejlesztéséről, vagy akár a megközelíthetőség vagy a kiegészítő szolgáltatások javításáról.

Ugyanilyen aránytalanság tapasztalható a központi forrásokból támogatott marketing területén is. A gyógyvíz alapú turizmus (nagyon helyesen) a magyar kommunikáció, ország imázs, az országmarketing, a turisztikai marketing egyik központi eleme, ugyanakkor az orvosi szolgáltatásokra alapuló gyógyturizmus semmilyen ilyen jellegű támogatást nem kap.

Ezen feltétlenül változtatni kell.

3. A piaci szegmensek és szereplők beazonosítása

Bármilyen fejlesztési vagy marketing stratégiának feltétele a termékkör beazonosítása. Ez az egészségügyi szolgáltatások piacán két dolgot jelent:

- ▶ be kell azonosítani azokat a szakmai területeket, amelyek a gyógyturizmus piacán tartósan piacképesek lehetnek, ezért a fejlesztésekben és a marketingben támogatást érdemelnek,
- ▶ fel kell térképezni a piacképes termékkel rendelkező szolgáltatókat, azok ajánlható kapacitásait.

A mai ismereteink alapján az alábbi szakterületek azok, amelyek középtávon/tartósan piacképesek lehetnek, ezért támogatást érdemelnek:

- ▶ Fogászat;
- ▶ Rehabilitáció, elsősorban mozgásszervi (szolgáltatásra és gyógyvízre építve);
- ▶ Gerinc/ízületi sebészet, ízületi protézis, kapcsolódó korai rehabilitáció);
- ▶ Szemészet;
- ▶ Esztétikai sebészet;
- ▶ IVF;
- ▶ Állapotfelmérő és szűrőprogramok rekreációs csomagba szervezve;
- ▶ Nagy (elsősorban határ-közeli) kórházak emelt szintű általános szolgáltatásai.

A fentiek mellett az orvos-egyetemi klinikákra, kiemelt országos intézetekre alapozva a tudományos kutatás mellett új „üzletággá” tehető az úgynevezett ritka betegségek ellátása, amely sok esetben regionális centrumok kialakítását is lehetővé teszi.

Fel kell mérni a piacképes szolgáltatókat és kapacitásaikat. Ennek a kataszternek a felállítását a később részletezendő minőségtanúsítási rendszerhez célszerű kötni.

4. Az ÚMFT forrásfelhasználásában a fenti prioritások érvényesítése

A fejlesztési támogatások egyensúlyának helyreállítása

A gazdaság (munkahelyteremtés, GDP növekedés, külső források bevonása) szempontjából az egészségturizmus mindkét ága („prevenció” egészségturizmus és gyógyturizmus) egyformán jelentős, hiszen – mint írtuk –, egyes számítások szerint *ma már több pénzt hoz az országba az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus, mint a gyógyvíz alapú és wellness jellegű turizmus együttvéve*. Ugyanakkor a fejlesztési források és egyéb támogatások az elmúlt években szinte kizárólag a víz alapú turizmusnak jutottak, és azon belül is domináltak a szabadidős – rekreációs fejlesztések.

A Széchenyi terv szinte kizárólag wellness/élményfürdő/gyógyvíz hasznosítás jellegű támogatásokat tartalmazott. A Regionális Operatív Programok forrásaiból 2001 és 2007 között 35 427 353 eFt. támogatás jutott a területre, és ebből csak 2 460 000 eFt (6,94%) került egészségügyi intézményekhez. Ez utóbbiból is csak 302 375 eFt támogatás (0,85%) az, ami nem víz-hasznosításhoz kötött, hanem egyéb egészségügyi szolgáltatás-fejlesztésnek tekinthető. A 2007-2008-as akciótervi időszakban mindösszesen 26,58 milliárd Ft szolgált egészségturisztikai célokat, és ezek is alapvetően fürdő/wellness szálló fejlesztések voltak. A 2009-2010-es akciótervek egészségturisztikai támogatása 6-10 milliárd forintra tehető.

Ebből a közel 70 milliárdból csak igen kis hányad került egészségügyi intézményekhez, és ennek is a legnagyobb részét a gyógyvízre épített egészségügyi intézmények korszerűsítésére fordították. A piac-képes orvosi tudásra alapuló gyógyturizmus támogatására tehát a fejlesztési források elenyésző része jutott, ami méltatlan akkor, ha ismét felidézzük, hogy a külföldről származó bevétel több mint felét már ez a szféra termeli meg.

Még lehangolóbb a helyzet, ha figyelembe vesszük, hogy a **TIOP és a ROP egészségügyi ellátás infrastrukturális fejlesztésre fordítható forrásainál** – Uniós előírásokra hivatkozottan – **kizáró tényező volt a piaci bevételt fokozó felhasználás.**

Ez a diszkrimináció – a bevételtermelő képesség ismeretében – semmiképpen nem tartható fenn, és a későbbi forrásfelhasználásban az egészségturizmus mindkét ágát egyenrangú fejlesztési célnak kell tekinteni. Ez nemcsak a piaci pozíciónk őrzése, erősítése miatt fontos, de a többlábbon állás kényszere miatt a közellátás biztonsága is ezt indokolja.

Javaslatok a fejlesztési források felhasználásához

A TIOP egészségügyi programjaiban a brüsszeli lobbival meg kell teremteni annak a lehetőségét, hogy a közszolgáltatást nyújtó intézmények ne csak a közvetlenül közfinanszírozású részlegek/szolgáltatások fejlesztésére pályázhassanak, hanem a működés stabilizálására is. A többlábbon állás biztonsága, a kvalifikált szakemberek többlet jövedelmének biztosíthatósága érdekében a piaci bevételt szolgáló fejlesztések is támogathatók legyenek az új technológiák megvalósításától a komfortosításon keresztül a privacy biztosításáig, beleértve a hitellel kapcsolatos alapvető joggyakorlás lehetőségét a más kultúrkörből érkező betegek számára. Mindez természetesen alacsonyabb támogatási intenzitással valósítandó meg.

A GOP forrásokban prioritásnak kell tekinteni a gyógyturisztikai fejlesztéseket, de figyelembe kell venni, hogy a „kórház” a speciális működési körülmények (minimumfeltételek stb.) miatt általában nem lehet kkv, és ezzel ki van zárva a támogatások zöméből. Ez mindenféle nyakatekert alvállalkozói, kiszervezési megoldásokra kényszeríti a kreatívabb szolgáltatókat, ami később számtalan szakmai és pénzügyi konfliktus forrása.

A ROP turisztikai forrásainál előnyben kell részesíteni a **gyógytérsegek komplex programjait**, ahol a **természeti gyógytényező** valamint a **ráépülő szakmai és turisztikai szolgáltatások** megfelelő komplexitást alkotnak.

A TÁMOP forrásokból a HR képzésnél ennek a szférának a speciális igényeit is figyelembe kell venni, beleértve a főbb küldő országokhoz igazodó **nyelvi képzéseket** is. Ez elsősorban a nővérek, a kiszolgáló személyzet képzését jelenti, mert ha nem egyenszilárdságú egy intézményben a kommunikációs készség, akkor a beteg már idegenül érzi magát.

5. A terület fejlesztéséhez központi marketinget kell biztosítani

Ahhoz, hogy Magyarország megfelelően pozícionálja magát ezen a piacon **központilag támogatott marketingre van szükség.** Más konkurens ország úgy a fejlesztésekben, mind a marketingben komoly központi forrásokat szán a gyógyturizmus külföldi népszerűsítésére (pl. külön, központi forrásból finanszírozott kiadvány a „medical tourism” szolgáltatások népszerűsítésre, CNN-en az ország-reklám részeként az egészség- és fogászati turizmus reklámja). Magyarországon a gyógyturizmus „vizes” ága – nagyon helyesen – megfelelő marketing támogatást kap a központi turizmus-marketing keretén belül, de *az orvosi szolgáltatásokra épülő gyógyturizmus ma ilyen jellegű támogatásban nem részesül.*

Az alábbi komplex eszközökkel kell a magyar gyógyturisztikai szolgáltatások piacképességét javítani:

- ▶ **Az egészséget kell a fő kommunikációs irányná tenni a külső és belső országképben,** általában az ország imázsban is, nemcsak a turizmusban. Tehát általában az egészségről, egészségügyről, öngondoskodásról kell sokat beszélni Magyarország kapcsán. Ez – az alulbecsült színvonalú – magyar egészségügyi szolgáltatások esetében anakronizmusnak tűnik, de a komoly gyógyturisztikai kapacitással és ambíciókkal rendelkező országok (pl.: Törökország, Ciprus, Bulgária, de akár Thaiföld) semmivel nem rendelkeznek jobb egészségüggyel. Mindez a népegészségügyi program és az egészség-turisztikai program összekapcsolását is igényli, ami a belső piacon lehet fogyasztás generáló. **Magyarország ország-képéhez azt kell asszociáltatni, hogy a térség egészségügyi központja** (beleértve a szolgáltatásokat, az orvosképzést, a K+F irányokat, háttérpar és egészségipar fejlesztését is).
- ▶ A Magyar Turizmus Zrt. koordinálásában – források hozzárendelésével együtt – az „Országos egészségturizmus fejlesztési stratégia” részeként, de a turizmus-marketing stratégiába illetetten el kell készíteni és meg kell valósítani az egészség-turisztikai marketing stratégiát.
- ▶ A stratégiában **azonosítani kell a célcsoportokat,** és az eltérő célcsoportok szerint kell rész-stratégiákat kidolgozni.

Fő pozicionálási csoportok:

- ▶ A biztosítással nem lefedett – részben – high-tech alapú orvosi szolgáltatások a gazdaságilag fejlett államok (elsősorban: EU 15-ök) felé: fogászat, esztétikai sebészet, IVF (ezt az *„azonos minőség, olcsóbb ár, sok szeretet és odafigyelés”* elvén kell felépíteni);
- ▶ Hiánypótló minőségi szolgáltatások a várólistás területeken. (Csípőprotézis, szemlencse-műtét stb., szintén a fejlett államok felé. Ezen a területen a magyar egészségügy és az egészségturizmus sikereként áttörést hozott az, hogy a Telki Kórház felkerült az NHS azon listájára, amelyen azokat a külföldi kórházakat ismerteti, amelyek választhatók túl hosszú várólista esetén.);
- ▶ Minőségi high-tech (hiánypótló) szolgáltatások, elsősorban keleti célcsoport felé, ami szívsebészeti, illetve daganatterápiás ellátásokkal bővíti a fenti terápiás spektrumot (célcsoport: elsősorban nem EU tag, volt szocialista államok, Ukrajna, Oroszország, Szerbia stb.);
- ▶ Minőségileg garantált általános VIP szolgáltatások a környező országok fizetőképes kereslete felé (Ukrajna, Oroszország, Szerbia, Románia. A magyar felső tízezer/itt élő külföldiek egy része sem ellátási hiány miatt jár Bécsbe, hanem mert nagyobb a bizalma a szolgáltatások minőségében, + státusz szimbólum);
- ▶ A hagyományos gyógyvízre alapozott, illetve turisztikai szolgáltatásokhoz kapcsolt szolgáltatások a külpiacok felé (célcsoportok: a régi, elsősorban német piacok megtartása mellett a keleti – orosz, ukrán – piacok fejlesztése);

- ▶ Komplex, elsősorban gyógyvízre és wellnessre, valamint magas minőségű turisztikai szolgáltatásra alapozott szolgáltatás („gazdag” egészségturisták, elsősorban Keletről, ideértve Oroszországot és a Közel- és Távolskeletet is, de természetesen az uniós polgárokat is);
 - ▶ A „Tégy az egészségedért!, Rajtad is múlik!” elv a belföldi egészségturizmus fellendítéséért.
- ▶ **A kommunikáció koncentrációja, az ügy fókuszba helyezése érdekében a következő lehetséges időpontot (2011 vagy 2012) az egészségturizmus évének kell nyilvánítani⁶⁷.** Ez a gesztus adhat megfelelő lökést, cselekvési keretet az egészségturizmus világtérképre helyezéséhez.
- ▶ **A marketing stratégia megvalósításában fontos szerepet kell kapnia az állami-diplomáciai szervezeteknek, testületeknek:**
- ▶ A szakdiplomácia eszközeivel államközi megállapodásokra kell törekedni a közfinanszírozású szolgáltatások piacának kiterjesztéséért;
 - ▶ A külképviseleteket (nagykövetségek, kereskedelmi képviseletek, ITD Hungary, MT Zrt. külképviseletei) aktívan kell használni ezen a területen, és ehhez számukra megfelelő felkészítést és háttéranyagot kell biztosítani.
- ▶ **A magyar turizmus marketingben**
- ▶ **Az eddigieknél is nagyobb súlyt kell adni az egészségturizmusnak** (kampányok + ez az egyik zászlóshajó);
 - ▶ **A turisztikai ország imázs ikonjai között konzekvensen és folyamatosan kell használni a gyógyturizmus képeit, hivatkozásait.** Tehát: *az ország képeknek, a kiadványokon szereplő montázsoknak, spotoknak, a reptéri üdvözlő plakátoknak ugyanolyan integráns és elhagyhatatlan eleme egy orvos portré, egy műtői kép, mint a Parlament, vagy az élményfürdőben frissülő hölgy.* Mindez (wellness+gyógyítás) az országkép elválaszthatatlan része.
 - ▶ **A marketinget általában gyógytárság központúvá kell tenni,** ahol a térség komplex szolgáltatásait együtt kell promotálni;
 - ▶ A minősített (erre a célra akkreditált szolgáltatókat) brandként kell promotálni;
 - ▶ A finanszírozás szempontjából különülten is kell kezelni a fogászatot és az esztétikai sebészetet: a közös marketing stratégiát *a piaci szolgáltatókkal költségmegosztásban kell megvalósítani;*
 - ▶ Kiemelt kapcsolatot kell tartani a **szakmai beutaztatókkal:** számukra megfelelő háttéranyagot, kedvezményes turisztikai csomagokat kell biztosítani, hogy a gyógykezelés céljából szervezeten érkezők esetében növekedjen a közvetlen turisztikai szolgáltatásokra fordított költség aránya.

⁶⁷ 2009. július 24-én megszületett a döntés, 2011 az Egészségturizmus Éve lesz.

- ▶ **A több ezer Magyarországon végzett orvost is be kell vonni a magyar egészségügy népszerűsítésébe**, a magyar egészségügy utazó nagyköveteként kell kezelni őket. Ehhez ki kell építeni egy – esetlegesen érdekeltségi elemeket is tartalmazó – kapcsolattartási rendszert.
- ▶ Az egészségügyi marketing emellett számos, **szakmai környezetbe ágyazott ágazat specifikus megoldást igényel**:
 - ▶ Az egészségturizmus ismertségét, a szolgáltatások minőségének hitelességét erősítő publikációk, előadások támogatása (konferenciák támogatására alap, az ilyen témájú publikációk pályadíja stb.);
 - ▶ A területet erősítő magyarországi rendezvények (konferenciák, képzések) támogatása;
 - ▶ A határon kívüli továbbképzési rendszer (szakmai kapcsolatok) kialakítása (ha egy vezető intézmény – pl. klinika – képzéseket tart határon túl, akkor ezzel szakmai kapcsolatokat, bizalmat épít, és ezáltal a helyben nem megoldható eseteket magához fogja vonzani).
- ▶ **Az orvosi szolgáltatásokat népszerűsítő marketing forrásait meg kell teremteni**. A finanszírozás lehet vegyes: a központi marketinget célzottan igénybevevő szolgáltatók a külföldi piacokról származó árbevételük alapján fizetnek be egy összeget a marketing alapba, amit az MT Zrt. – a piaci befizetés arányában – kiegészít, és szakértelemmel költ el.
- ▶ A gyógyturisztikai szolgáltatások értékesítésénél az ágazat specifikus eszközök mellett természetesen igénybe kell venni az általánosan használt piac-generáló elemeket, mint pl.: a betegek visszatérítés, ha új beteget hoz a rendszerbe, utazási irodák motiválása részesedéssel stb. A törzsvásárlói kedvezmény, szűréshez, karbantartó kezeléshez (pl. depurálás) kötött kedvezmény elsősorban a belföldi betegek felé, illetve a határmenti területeken használható eszköz.

6. A minőségi hitelesség érdekében komplex rendszert kell kialakítani

Az egészségügyi szolgáltatás **bizalmi szolgáltatás**, ahol az érzékenység csak részleges szerepet játszik. Fontosabb (illetve előfeltétel) a bizalom, az ellátás minőségébe és biztonságosságba vetett hit. Különösen fontos ez külföldön, ahol a beteg mind az ismeretlen környezet, kultúra és a nyelvi korlátok miatt végképp magára hagyott.

Ezeket a korlátokat komplex eszközökkel lehet leküzdeni, melynek lehetséges elemei:

- ▶ Elismert, hivatkozható **minőségtanúsítási rendszer**, amely piacra segíti a minőségi szolgáltatásokat és kiszűri a nem megfelelő szakmaiságú vállalkozásokat. Az ismert minőségtanúsítási rendszerek erre a célra csak részben alkalmasak. Olyan megoldásokat célszerű találni, amelyek az ellátás szakmai minőségének garantálása mellett a gyógyturizmusból fakadó speciális betegigényeket is lefedik. Ehhez a vezető külföldi szolgáltatókkal együttműködve ki kell alakítani Magyarországon a gyógyturizmussal kapcsolatos minőségi standardokat és annak tanúsítási rendszerét. A tanúsítási szempontokat, az akkreditált intézmények listáját, e szervezetek teljesítmény- és minőségi mutatóit külön honlapon kell megjeleníteni.

Ennek fő elemei:

- ▶ a szolgáltató szakmai tevékenységének hiteles bemutatása,
 - ▶ a betegjogok egységesített érvényesíthetősége, garanciát nyújtó, nyilvános panaszkezelési rendszer kialakítása,
 - ▶ a kapcsolódó szolgáltatások komplexitása,
 - ▶ a betegek visszajelzésének publikálása.
- ▶ Marketing (goodwill) a szolgáltatások és környezetének hitelesítése érdekében
- ▶ általában az ország-imázs javulása itt is emeli a bizalmat,
 - ▶ egészségügyi szolgáltatások biztonságának kommunikálása (lásd az előző fejezetben az itt végzeteknek networking-jétől a tudományos közleményekig terjedően).
- ▶ Betegjogok érvényesítésének határon átnyúló biztosítása, ennek intézményesített keretének megteremtése, ideértve a nyelvi akadályok leküzdésében nyújtott segítséget.

7. Innováció-barát fejlesztési- és szabályozási környezetet kell kialakítani

A világ gyógyturizmus piacának egyik oka az eltérő jogi környezetből fakadó új technológiák alkalmazása. Ez előnyt ad a fejletlen szabályozású államoknak (Kína, Ukrajna stb.), de a fejlett államok esetében is a részletszabályokban való eltérés piaci előnyt jelent (pl. Belgium).

Ezért Magyarországon általában *innováció-barát politikát kell folytatni*, és szigorúan az európai értékrend és szabályrend keretein belül *gyors engedélyezési döntésekkel is támogatni kell a piacképességet az innovatív területeken*. Ilyen terület lehet pl. a sejt-terápia, amelyben megalapozott és tudományos bizonyítékokon alapuló eredményei vannak a magyar tudománynak.

Az innováció alapú gyógyturizmus az egyik lehetősége annak, hogy a jelenlegi árelőny típusú pozíciókat minőség-előnyé alakítsuk.

Várható hatások

Várt eredmények az ország és a költségvetés szempontjából

Az egészségturizmus központi programmá tétele általában az ország érdeke, úgy a gazdasági, mint a foglalkoztatási hatások tekintetében. A várható főbb hatások:

- ▶ *Az ország pozitív üzenettel van pozicionálva*, javul az ország külső megítélése;
- ▶ *Az egészség fókuszba kerülése*, ennek szakmai és politikai nyereségeivel, azaz a program hozzájárul a magyar lakosság egészségi állapotának javításához;
- ▶ A program alkalmas a *gazdasági válság hatásainak mérséklésére* a turisztikai ágazatban, ami igen jelentős a piaci pozíció és munkahelymegőrzés szempontjából;
- ▶ *Az egészségügyi ellátórendszer működésének stabilizálását* segíti a kiegészítő források jobb bevonásával;

- ▶ A program az üzemszerű, átlátható működéssel, a legális források szerepének növelésével *csökkenti az egészségügy szürkegazdaság jellegét*:
 - ▶ a legális többletszolgáltatások legális megvásárlásának támogatásával,
 - ▶ a tisztán piaci szféra kontroll alá helyezésével (a hivatalosan leköötött/kiajánlott kapacitások számlakötelesek).

Várt eredmények a turizmus ágazat szempontjából

A világ turizmusa erősen átrendeződött az elmúlt pár évtizedben. Ha a piaci pozíciókat tartósan őrizni akarjuk, akkor fel kell gyorsítani a turisztikai ágazatban a megkezdett átalakításokat, és ennek zászlóshajójává kell tenni a komplex megközelítésű, a víz alapú és az egészségügyi szolgáltatásokat egyensúlyban kezelő egészségturizmust. Ez a turisztikai ágazat számára az alábbi előnyöket hozza.

- ▶ A portfólió bővítésével *tartósan piacképes profillal helyezi el Magyarországot a világ turisztikai térképén*.
- ▶ *A létező turisztikai kapacitások jobb kihasználása*, az átpozicionálással a piaci pozíció tartós őrzése, esetleg erősítése a recessziós időszakban is.
Ez egyszerre jelenti a gyógyturisztikai szolgáltatások rentabilitásának javítását és a kiegészítő szolgáltatásokon keresztül általában a turizmus pozícióőrzését.
- ▶ *A természeti és épített erőforrások minél nagyobb hozzáadott értékkel történő értékesítése*.

Várt eredmények az egészségügyi ágazat szempontjából

A megújított egészségturisztikai stratégia megszüntetheti azt a mai helyzetet, amelyben a gyógyidegenforgalom gyakorlatilag az ellátórendszer egészét nem érinti, hiszen az egészségügyön belül vagy egy szűk szakma (balneológia), vagy a magánszféra egyes részeinek (fogászat és plasztikai sebészet) magánügye. Az új koncepció számtalan előnyt nyújt:

- ▶ *A piaci bevétel fokozása a meghatározó módon közszolgáltatást nyújtó intézményeknél*:
 - ▶ a közszolgáltatók kapacitásainak jobb kihasználása, a működés stabilizálása;
 - ▶ a társadalombiztosítás által finanszírozott szolgáltatások mellé kiegészítő bevételt jelentő, kiegészítő szolgáltatások árulása;
- ▶ *A romló munkaerő-helyzet javítása* (az egészségügyi dolgozók itthon tartása) legális többletjövedelem biztosításával:
 - ▶ a közszolgáltatási kapacitásokon nyújtott piaci szolgáltatások terhére,
 - ▶ másodállás lehetőségével az elsődlegesen gyógy- és egészségturizmus intézményeiben;
- ▶ *A high-tech ellátások biztonságának, hatékonyságának javítása* a jobb kihasználás és nagyobb esetszám miatt;
- ▶ *A kiegészítő (magánfinanszírozású) szolgáltatási piac élénkítése és átláthatóvá tétele*.

A fenti javaslat összességében

- ▶ gazdaság-élénkítő és munkahelyteremtő,
- ▶ egyszerre javítja az egészségügyi és a turisztikai ágazat pozícióját, fenntartható fejlődését,
- ▶ általában javítja az egészségi állapotot, a lakosság attitűdjét és az egészségügyi szolgáltatások színvonalát,
- ▶ a többlábbon állással, új prioritással tartósan biztonságos jövőképet ad a turisztikai ágazatnak,
- ▶ azzal, hogy nem kizárólag az egészségturizmusra, hanem a gyógyításra is alapoz, csökkenti a turizmus érzékenységét a gazdasági környezet változásaira (a wellness turizmus sokkal élénkebben reagál az aktuális fizetőképes kereslet változásaira, a gyógyító szolgáltatások esetén a kereslet rugalmatlanabb),
- ▶ javítja az ÚMFT források hasznosulását,
- ▶ segíti az egészségügyi ellátás működési biztonságát, az ellátás minőségének, körülményeinek javulását,
- ▶ segít az egészségügy megítélésének újrapozicionálásban (pénznyelő közszolgáltatás helyett dinamikusán fejlődő szolgáltatási ágazat).

Összegzés

Az egészségturizmus Magyarország tartós sikerágazata lehet, de csak akkor, ha megfelelő szemléletben megfelelő prioritást és támogatást kap. Ehhez kíván hozzájárulni ez a **tanulmány** is, melynek **fő megállapításai** az alábbiak:

1. *Az egészségturizmus a világ egészségügyi piacának dinamikusán fejlődő területe, Magyarország perspektívus ágazata*, de ehhez **a két fő területét** – a (gyógy)víz alapú rekreáció és rehabilitáció, valamint az orvosi szolgáltatásokra alapozott gyógyturizmus – **egységben és egyenrangúan kell kezelni**.
2. Ennek megvalósulása érdekében **meg kell újítani az Egészségturisztikai Stratégiát**, amelynek megújított formájában a két terület egyenrangúságára és szinergizmusára kell, hogy épülnie.
3. **Koncentrációra van szükség úgy a fejlesztésben, a szervezetben és a marketingben.**
4. Az egészségturizmusnak a magyar turizmus megkülönböztető ikonjává kell válnia. A turizmus marketingben, **a kommunikált ország-képben meg kell jelennie az egészségturizmus mindkét területének** és aktív kampányt kell folytatni a jó pozíció megőrzése érdekében.
5. **A fejlesztési forrásokban a gyógyturizmus minden területét egyenrangúan támogatott területnek kell tekinteni.**
6. Az orvosi szolgáltatások marketingjének meg kell teremteni a sajátos eszközrendszerét és szervezeti formáját, ideértve **a szolgáltatások minőségének hiteles tanúsítását is.**

VI. Források

Általánosan felhasznált irodalom:

1. Medical tourism: Global competition in health care. National Center for Policy Analysis, Dallas, Texas, November 2007. <http://www.ncpa.org/pdfs/st304.pdf>
2. Medical Tourism: Consumers in Search of Value. Deloitte Center for Health Solutions, 2008 [http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us_chs_MedicalTourismStudy\(1\).pdf](http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us_chs_MedicalTourismStudy(1).pdf)
3. Tilman Ehrbeck, Ceani Guevara, Paul D. Mango: Mapping the market for medical travel. The McKinsey Quarterly. May 2008 http://www.mckinseyquarterly.com/article_print.aspx?L2=12&L3=63&ar=2134
4. Globalisation and health care, Operating profit. The Economist, Aug 14th 2008 NEW YORK
5. La vague du tourisme médical n'a pas gagné la France <http://www.lefigaro.fr/economie/2008/08/05/04001-20080805ARTFIG00274-la-vague-du-tourisme-medical-n-a-pas-gagne-la-france-.php>
6. Overseas treatment for NHS patients, <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Entitlementsandcharges/OverseastreatmentguidanceforNHS/index.htm>
7. Restrictive fertility law forces Italian patients abroad http://www.ivf.net/ivf/restrictive_fertility_law_forces_italian_patients_abroad-o2409.html
8. Az Európai Parlament és a Tanács irányelve a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről <http://register.consilium.europa.eu/pdf/hu/08/st11/st11307.hu08.pdf>
9. Patients' rights in cross-border healthcare <http://www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=en&procnum=COD/2008/0142>
10. A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0286+0+DOC+XML+V0//HU>
11. SMITH, M. – PUCZKÓ, L.: Health and Wellness Tourism, Butterworth-Heinemann, Elsevier, 2009.

Az egyes részeknél hivatkozott források a lábjegyzetekben találhatóak.

Budapest, 2009. december 1.

VII. Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki az alábbi személyeknek, szervezeteknek, hogy véleményükkel, tanácsaikkal, adataikkal segítették munkánkat.

Dr. Bíró Klára
stratégiai igazgató

DEOEC

Dr. Jopp Eszter
üzletvezető

FirstMed Services GmbH (és)Dental Travel GmbH

Dr. Kámán Attila
ügyvezető igazgató

Implantcenter Kft.

Kincses Márk
stratégiai titkár

Magyar Turizmus Zrt
Marketing Igazgatóság

Dr. Kovács Miklós
szakállamtitkár

Önkormányzati Minisztérium

Kurucz Beáta
Ügyvezető

HEME

Prof. Dr. Nagy Endre
tanszékvezető egyetemi tanár

DEOEC

Dr. Niklai Ákos
elnök

Magyar Turizmus Zrt.

Novák Katalin
Főosztályvezető
Egészségügyi Minisztérium

Dr. Ötvös Péter,
Fővvh
Országos Egészségbiztosítási Pénztár,

Dr. Róna Iván
vezérigazgató
Magyar Turizmus Zrt.

Dr. Rubovszky András
elnökségi tag
Magyar Egészségturizmus Marketing Egyesület (MEME)

Dr. Ruzinkó Ádám
elnök
Magyar Egészségturizmus Marketing Egyesület (MEME)

Dr. Stubnya Gusztáv
főigazgató
Semmelweis Egyetem

Dr. Szemerei István
főorvos
Magyar Plasztikai, Helyreállító és Esztétikai Sebész Társaság

Dr. Tolnai Zsolt
tanácsadó
MADENTA Fogászati Központ

VIII. Mellékletek

1. számú melléklet

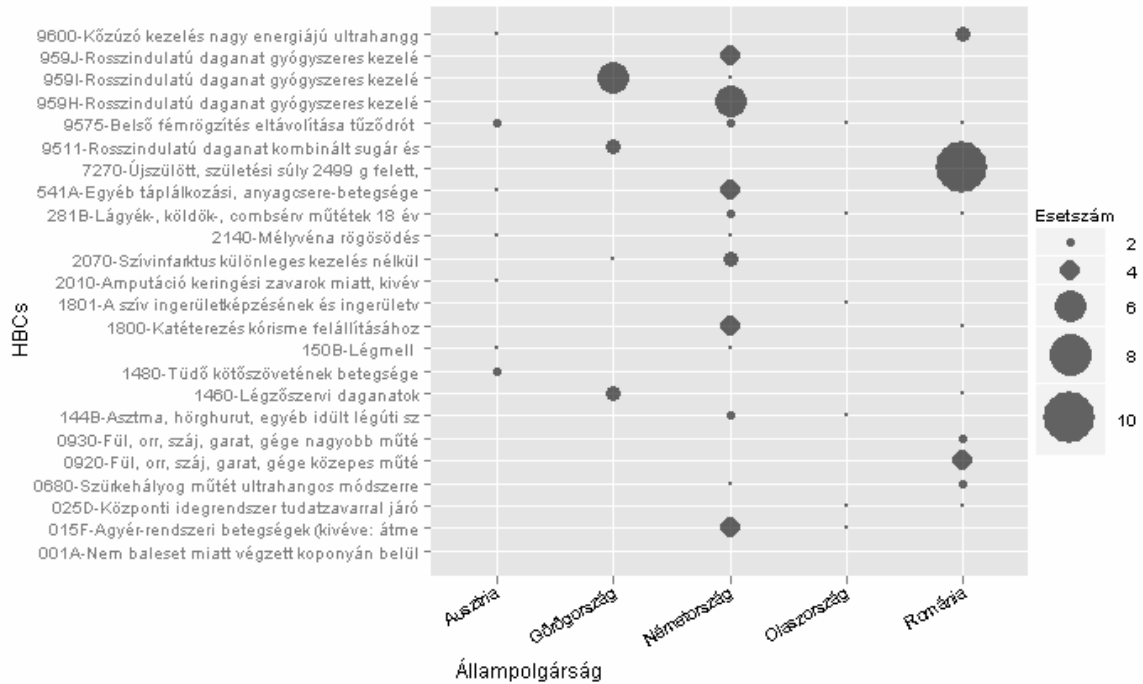
A közfinanszírozott intézményekben ellátott külföldi betegforgalom részletes elemzése

Közfinanszírozott intézményekben közösségi szabály vagy nemzetközi szerződés alapján finanszírozott fekvőbeteg ellátások ("E" térítési kategória)

1. Aktív ellátás, férfiak

Összesen 295 ilyen esetet jelentettek az intézmények, melyből 116 esetben német állampolgárt, 73 esetben pedig román állampolgárt láttak el. A legtöbb kezelést Budapesten végezték (84), ezt követi Zala (30), majd Baranya és Somogy (28-28). Nincs igazán jellemző ellátás, hiszen az első öt leggyakoribb HBCs az esetek mindössze 16%-át adja.

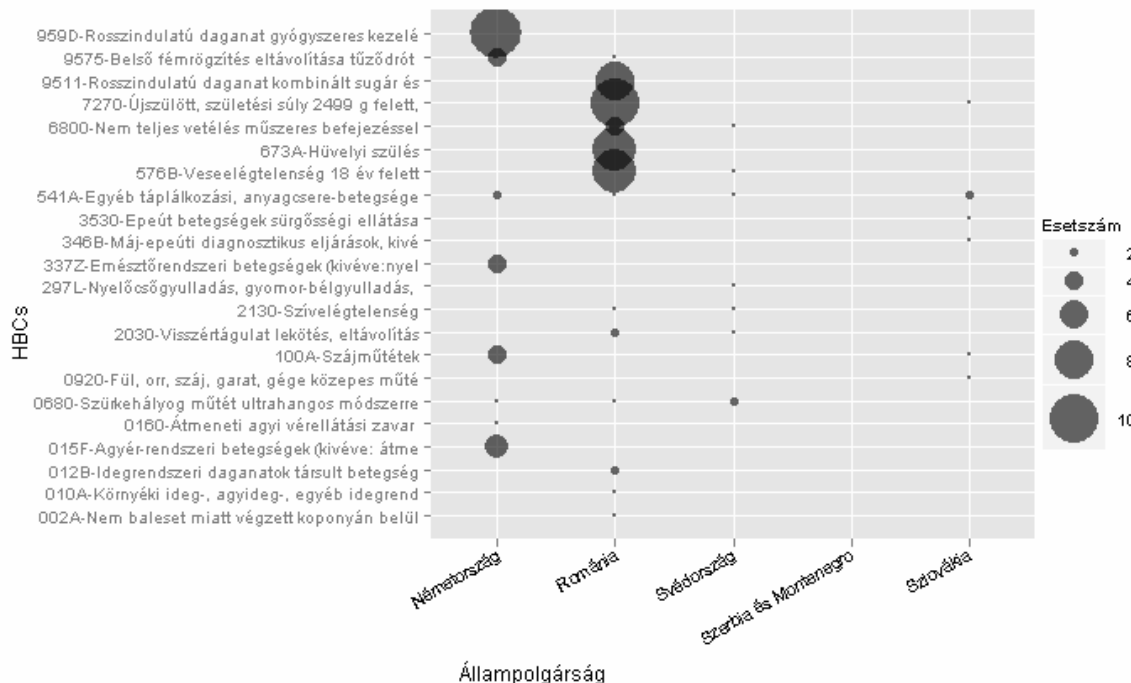
A 5 leggyakoribb állampolgárságú ellátottak 5 leggyakoribb HBCs-inek esetszáma, közösségi szabály ('E'), aktív fekvőbeteg ellátás, férfiak



2. Aktív ellátás, nők

Összesen 280 esetet láttak el 2007-ben, ebből 122-en Romániából, 89-en Németországból érkeztek. 95 esetet Budapesten, 39-et Somogyban 28-at, illetve 25-öt pedig Hajdú-Biharban, illetve Szabolcs-Szatmár-Beregben kezeltek. Jellemző HBCs besorolás itt sincs.

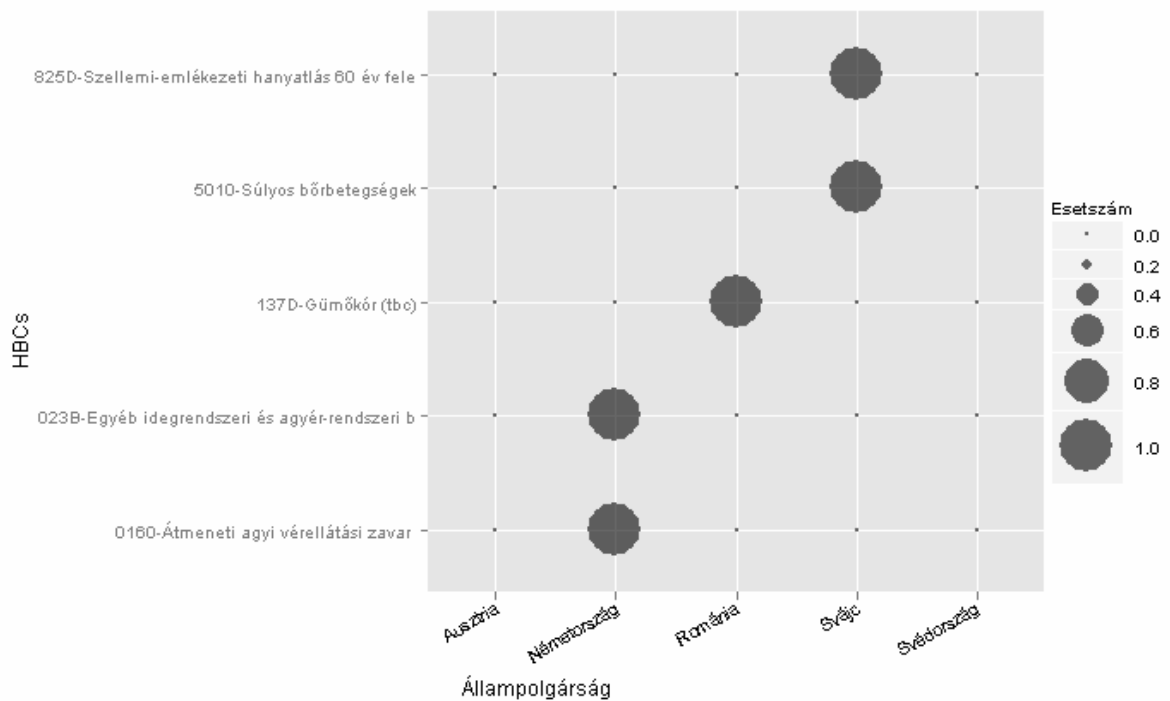
A 5 leggyakoribb állampolgárságú ellátottak 5 leggyakoribb HBCs-inek esetszáma, közösségi szabály ('E'), aktív fekvőbeteg ellátás, nők



3. Krónikus ellátás, férfiak

28 esetet jelentettek, ebből 11 német, 5 osztrák és 4 román állampolgár. Budapesten 6 esetet, Zalában 5 esetet, Győr-Moson-Sopronban és Vasban 4-4 esetet láttak el. Az esetek 82%-ában az OEP FIFO nem adott HBCs besorolást.

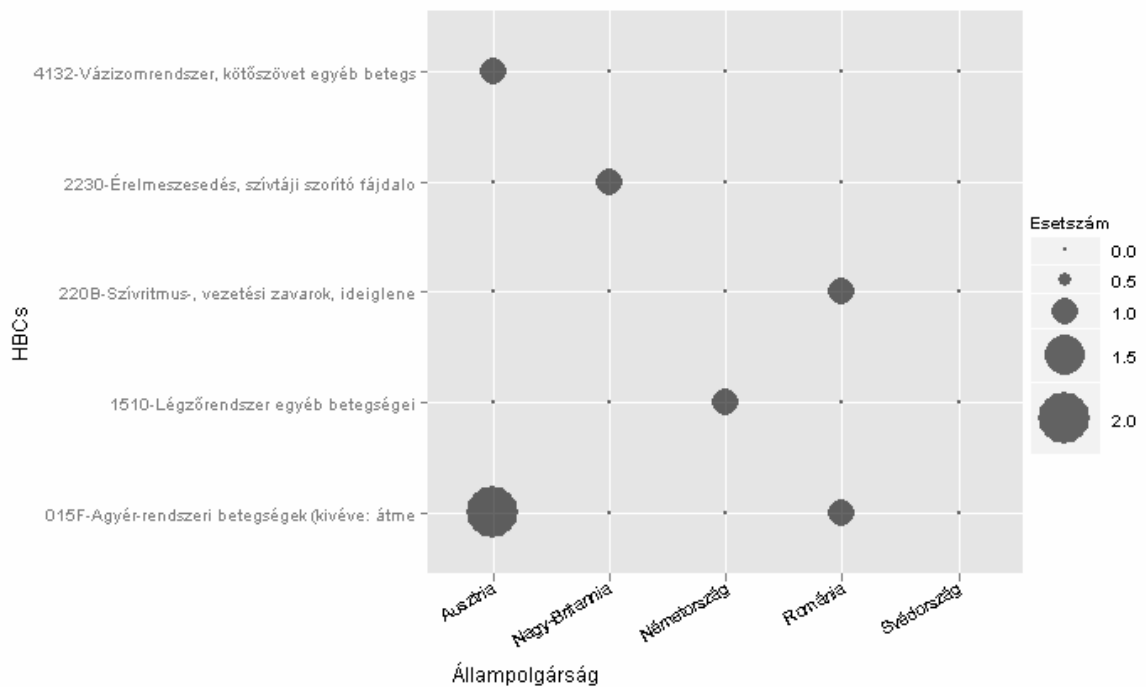
A 5 leggyakoribb állampolgárságú ellátottak 5 leggyakoribb HBCs-inek esetszáma, közösségi szabály ('E'), krónikus fekvőbeteg ellátás, férfiak



4. Krónikus ellátás, nők

21 ilyen eset volt 2007-ben, ebből 9 román és 6 osztrák állampolgár. A legmagasabb esetszámmal Vas megye rendelkezik (5), ezt követi Zala és Budapest (4-4). 14 esetben nincs HBCs besorolás, így nem állapítható meg a kezelések célja.

A 5 leggyakoribb állampolgárságú ellátottak 5 leggyakoribb HBCs-inek esetszáma, közösségi szabály ('E'), krónikus fekvőbeteg ellátás, nők

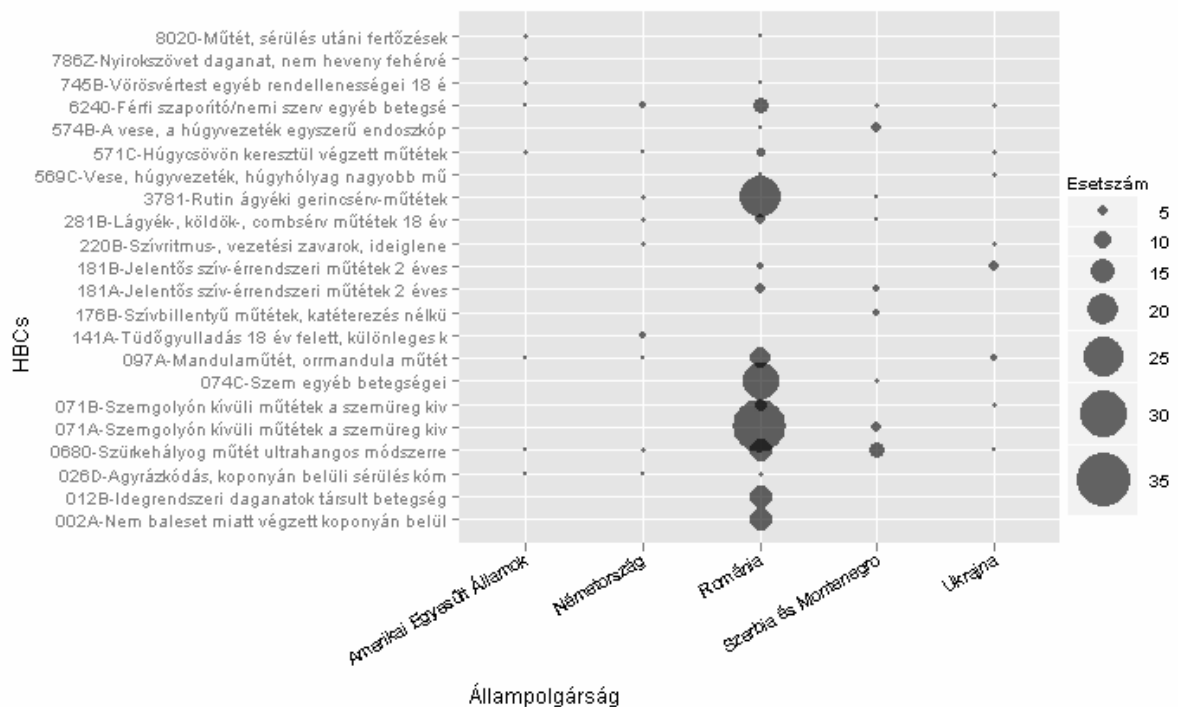


Közfinanszírozott intézményekben térítésköteles (azaz szabadáras), magánbetegként finanszírozott fekvőbeteg ellátások ("4" térítési kategória)

1. Aktív ellátás, férfiak

Összeségében 1021 esetet jelentettek, amelynek fele, 612 eset román állampolgárhoz kapcsolódik. A többiek Szerbia és Montenegróból (80), Németországból (51), Ukrajnából (46), valamint az Amerikai Egyesült Államokból (32) érkeztek. 401 esetet Csongrád megyében, 354 esetet pedig Budapesten láttak el. Elsősorban szemműtéket végeztek ebben a részcsoporthoz.

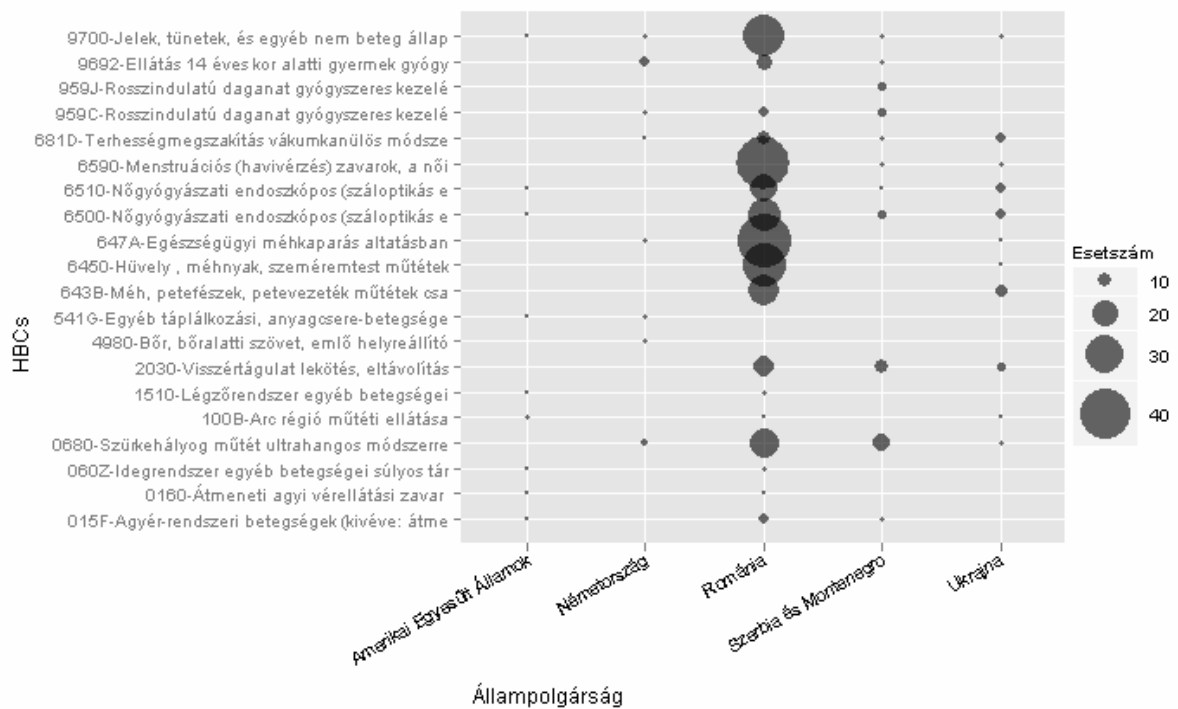
A 5 leggyakoribb állampolgárságú ellátottak 5 leggyakoribb HBCs-inek esetszáma, térítéses ('4'), aktív fekvőbeteg ellátás, férfiak



2. Aktív ellátás, nők

Ezen a részterületen 1349 esetet jelentettek az intézmények, ebből 884-et román, 110-et szerbomonenegrói, 94-et pedig ukrán állampolgárok vettek igénybe. Csongrád megye 574 esetben volt az ellátás helyszíne, míg Budapest 384 esetben. Elsősorban nőgyógyászati- és szemműtékekre került sor.

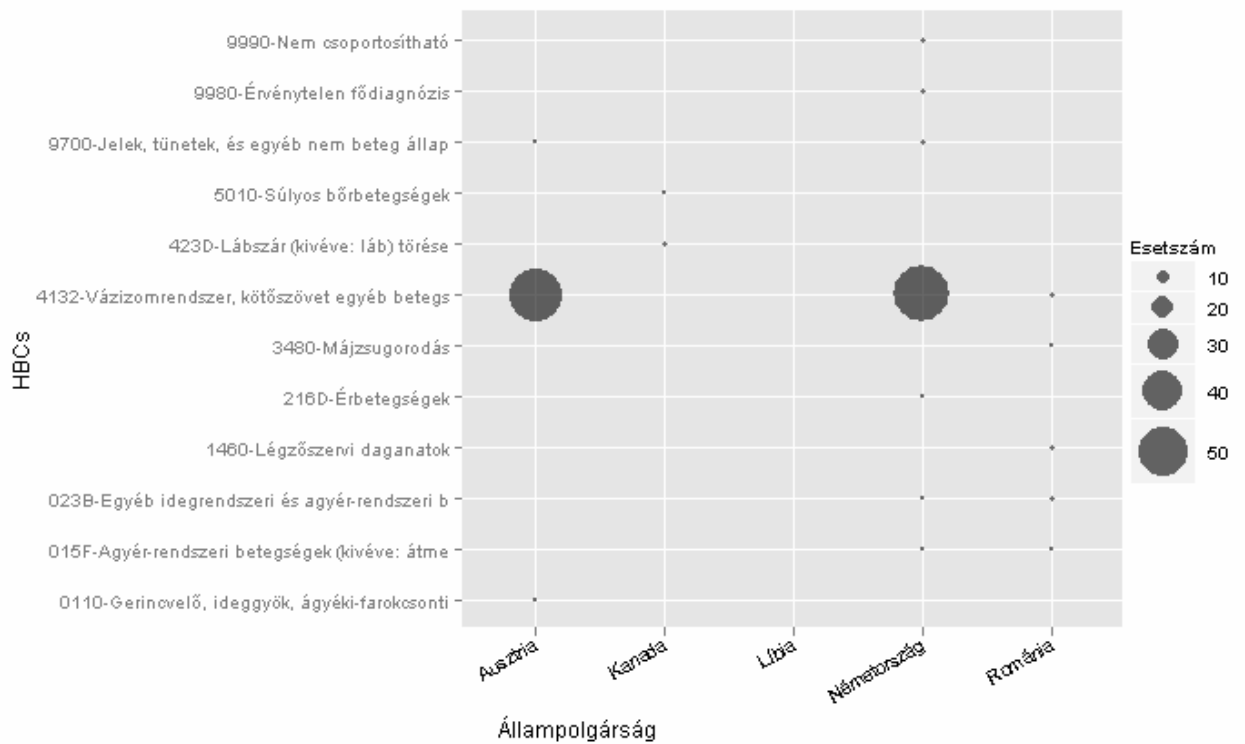
A 5 leggyakoribb állampolgárságú ellátottak 5 leggyakoribb HBCs-inek esetszáma, térítéses ('4'), aktív fekvőbeteg ellátás, nők



3. Krónikus ellátás, férfiak

313 ilyen esetet találhatunk a kórházi jelentésekből készült statisztikában, amelyből 138 esetben osztrák és 129 esetben német állampolgárt láttak el. 263 esetben Zala megyében zajlott a kezelés, 24 esetben pedig Budapesten. 166 olyan eset volt, ahol nem kapott HBCs besorolást az ellátás, de 118 esetben a „vázizomrendszer, kötőszövet egyéb betegségei 18 év felett” HBCs kategória szerepel.

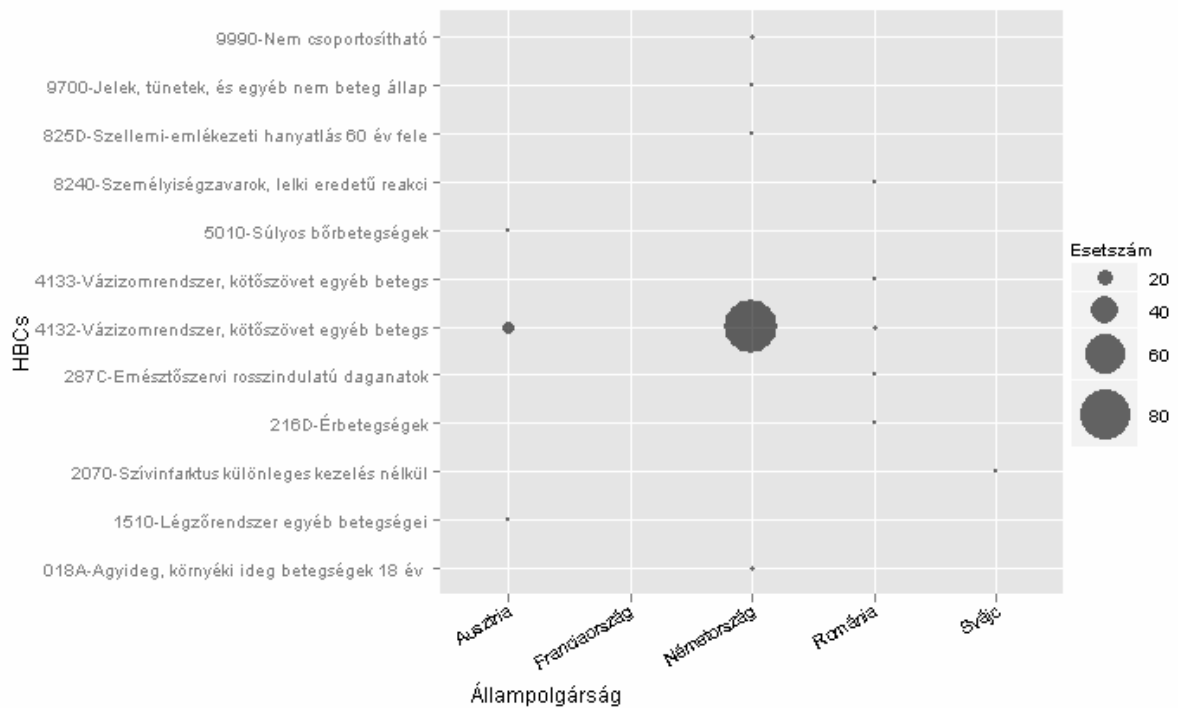
A 5 leggyakoribb állampolgárságú ellátottak 5 leggyakoribb HBCs-inek esetszáma, térítéses ('4'), krónikus fekvőbeteg ellátás, férfiak



4. Krónikus ellátás, nők

246 jelentett eset volt, amelyből 186 német állampolgárokhoz köthető. Az esetek több mint 90%-át, 224 esetet Zala megyében láttak el. Akárcsak a férfiaknál, a 121 nem besorolt eset mellett, 107-nél a „vázizomrendszer, kötőszövet egyéb betegségei 18 év felett” HBCs besorolást kapta az ellátási esemény.

A 5 leggyakoribb állampolgárságú ellátottak 5 leggyakoribb HBCs-inek esetszáma, térítéses ('4'), krónikus fekvőbeteg ellátás, nők



Esettanulmány: Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (DEOEC) térítéses ellátásai

A DEOEC külföldi betegek ellátására vonatkozó információi az intézményben készített interjúkból⁶⁸ és tájékoztatókból származnak.

2007 második felétől működik térítéses (a beteg, vagy magánbiztosítója által finanszírozott) ellátási rendszer a debreceni klinikákon, 2008 eleje óta teljes kapacitással (teljes szolgáltatási spektrummal). A betegek 90%-a **Oroszországból, Romániából illetve Ukrajnából** érkezik, a fennmaradó 10% zömmel nyugat-európai. Az előbbi országokból látogatók az **ellátás magasabb színvonala miatt keresik fel a Debreceni Egyetemet**.

A forgalmat itt is közvetítők segítségével indították be, de a tapasztalatok azt mutatják, hogy a növekedés elsősorban a referenciák (betegek ajánlása) hatásának eredménye.

A szolgáltatások között szerepelnek a legtöbb országban közfinanszírozott ellátási formák, ugyanakkor elérhetőek egyéb beavatkozások is, amelyeket tipikusan a beteg fizet meg (pl. fogászat, plasztikai sebészet, elhízás kezelése).

Az árak jóval a nyugat-európai megfelelőik alatt vannak, igaz a szolgáltatás színvonala is a hazai közfinanszírozott ellátási standardhoz áll közelebb. Lehetőség van felárért emelt szintű szolgáltatást igényelni (pl. külön kórterem), de a betegek zöme klinikán kívüli elhelyezést választ (panziók, szállodák) amennyiben a beavatkozás jellege lehetővé teszi. Ez az esetek túlnyomó részében jellemző, mivel **a szolgáltatások 88%-a járóbeteg ellátás**.

A legkeresettebb szolgáltatások a szemészeti műtétek, belgyógyászati diagnosztika és kezelés, illetve a gyermekgyógyászat. A diagnosztikai eljárások közül a PET-CT emelhető ki.

2008-ban a teljes térítéses betegforgalom a Debreceni Egyetem klinikáin 3803 fő volt (járó- és fekvőbeteg ellátás együtt); a forgalom folyamatos növekedése tapasztalható. (Részletek az esetszámokat tartalmazó alábbi táblázatban találhatók.)

⁶⁸ Köszönjük Dr. Bíró Klára, a DEOEC stratégiai igazgatója és Prof. Dr. Nagy Endre értékes segítségét.

		2008-ban összesen		
		járó	fekvő	összesen
Aneszteziológia		5	0	5
Belgyógyászati Intézet	I Belklinika	412	9	421
	II Belklinika	212	10	222
	III Belklinika	227	11	238
Bőrclinika		115	10	125
Fogászat		1	0	1
Fül-Orr-Gége		129	14	143
Gyermecklinika	Gyermecklinika	331	53	384
	Neonatólógia	19	0	19
Gyermekeimmunológia		9	0	9
Idegsebészet		49	22	71
Kardiológiai Intézet	Kardiológiai Klinika	133	20	153
	Szívsebészeti Központ	6	12	18
Neurológia		136	10	146
Nőgyógyászat		212	43	255
Onkológia		88	4	92
Ortopédia		117	41	158
Pszichiátria		16	1	17
Rehabilitáció		4	0	4
Reumatológia		22	0	22
Sebészeti Intézet	I. Sebészet	81	38	119
	Érsebészet	37	6	43
	Mellkasebészet	6	2	8
	Onkológiai sebészet	10	6	16
Sugárterápia		108	11	119
Szájsebészet		33	5	38
Szemklinika		444	85	529
TBE		213	0	213
Tüdőclinika		71	4	75
Urológia		112	28	140
Összesen:		3358	445	3803

A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának klinikáin 2006-ban kezdődött meg a térítéses betegellátó rendszer alapjainak kidolgozása. A feladat ellátását a centrum elkülönült gazdasági egységen keresztül valósítja meg (REOF Kft.)

A szolgáltatás kidolgozását sürgette, hogy a DEOEC felismerte azt, hogy az ország egészségügyi kiadásainak megszorításával a kapacitás egy része kihasználatlanná válik, ugyanakkor a magas szakmai színvonalú orvosi ellátás a környező országokban élő betegek számára jelentős vonzerőt képviselne.

A betegek áramlását aktív marketinggel segítik, amely a tervek szerint kiegészülhet külföldön lebonyolított konzultációkkal, vizsgálatokkal, árajánlat készítésével. Ez utóbbi tevékenység

megfigyelhető a már bejáratott csatornák esetén (pl. fogászati rendelők delegálják orvosukat konzultáció céljából a küldő országokba), és hatékony eszköznek bizonyul a betegek bizalmának elnyerésében. Ugyancsak jelentős tényező az esetleges aggályok eloszlításában az elégedett betegek referenciája.

Magyar, angol és orosz nyelvű kiadványok készültek a klinika bemutatására.

Jóllehet jelenleg az ellátás a meglévő pavilonrendszerben valósul meg (szakmánként külön épületek), a térítéses betegek számára egykapus belépés és távozás biztosított, azaz az adminisztratív teendők kezdettől fogva központosított formában valósulnak meg.

A középtávú tervek része egy elkülönített központ, ahol a térítéses ellátás izoláltan történhetne. Ezáltal a szolgáltatás minősége, amely jelenleg a társadalombiztosítás által finanszírozott ellátás szintjéhez áll közel, javulhatna, illetve differenciálódhatna (különböző szintű csomagok). Az önálló központ egyben elősegítené a személyzet szelekcióját és motivációját is (a jelen rendszerben az egészségügyi személyzet a térítéses ellátást sok esetben többletteleherként élheti meg, bár a motiváció érdekében érdekeltégi rendszer került kialakításra).

Az önálló ellátó központ, és az általa képviselt színvonal a nyugat-európai, esetleg tengerentúli betegek számára alternatívát jelenthetne a jóval távolabbi célpontokkal szemben (Szingapúr, India stb.).

Jelenleg a tárgyalt szolgáltatás a debreceni klinikákon elsősorban a betegek által finanszírozott formában zajlik, tekintve, hogy az E112 rendszeren keresztül megvalósítható finanszírozás nehézkes és nem rentábilis. Az önálló központ révén lehetőség nyílhatna egy co-payment rendszer által az utóbbi formát is kifizetővé tenni, amennyiben a közfinanszírozott ellátáshoz képest magasabb színvonal fejében a beteg a biztosítója által fizetett összeg felül hozzájárulna a költségek fedezetéhez.

A klinika környezetében elhelyezkedő gyógyszállók és fürdő többlet vonzerő lehet elsősorban mozgásszervi betegek számára.