

Virágozzék minden virág? A hazai magán egészségügyi szolgáltatók tipizálása és jövőképe

Dr. Rékassy Balázs

A jelen tisztázatlan egészségpolitikai környezetben számos egészségügyi vállalkozás vezetője számára nehezen értelmezhető a kormányzat egészségpolitikai szándéka a magán egészségügyi szolgáltatások tárgykörében. A jelen tanulmány magánszolgáltatókat osztályozza strukturális szempontból, megvizsgálva, hogy mely típusokban van fejlődési potenciál, mind befektetési, mind egészségpolitikai oldalról. Megvizsgáljuk azokat a fő karakterisztikai elemeket, amelyekre alapozva a közjót is szolgálhatja a magánegészségügy, illetve melyek okoznak kontrolálandó igazságtalanságot és hátráltatják a tiszta versenyt, a társadalmi fejlődést - egészségi állapot, és vállalkozási szempontból.

A tanulmány leszögezi, hogy a magánegészségügy szerves és fontos része a hazai és bármely európai egészségügyi rendszernek. Megfelelő szabályozással, hasznos és fontos egysége az egyre növekvő társadalmi igényeknek, és szolgálhatja a közfinanszírozás hatékony felhasználását. Nem drasztikus szélsőséges kijelentésekkel és elképzelésekkel, hanem megfelelő finom szabályozással el lehet érni, hogy a magán ellátás valóban a közjót is szolgálja, és hozzáadott értéket biztosítson együtt élve, összefonódva az állami egészségügyi ellátórendszerrel.

Bevezető

A magán egészségügyi szolgáltatók és szolgáltatások köre egyre bővül hazánkban, mégis átfogó képünk nincs e szolgáltatói körről. Mindamelllett, hogy az állami közfinanszírozott egészségügyi nehézségei, forráshiánya és változó színvonalú páciens elégedettség, illetve a rendszer alul finanszírozottsága (lásd 1. ábra) következtében nő a magánellátó által nyújtott ellátások szerepe, csakúgy, mint a magánfinanszírozás aránya, ez döntően közvetlen zsebből történő kifizetések formájában történik.

Állami szabályozás, a verseny-feltételek meghatározásának elégtelensége, illetve a magyar egészségügyben a definiált szolgáltatási csomag kereteinek hiánya, a szabályozatlan hozzáférési szintek és betegutak miatt problémás és nehézkes átlátható, többlet ellátást nyújtó, biztosítás alapú forrás bevonására a rendszerbe, amely nélkül viszont nem teremthető meg jelentős magánbiztosítói forrásbevonás. Ez a magán-egészségügyi szolgáltatások fejlődésének gátja hazánkban.

A magán és köztulajdonban lévő szolgáltatási formák együttélése, magas hozzáadott értékének biztosítása, társadalmi egészségnyereséget biztosító fejlődése szempontjából elengedhetetlen lenne egy erősebb szakmai kontroll, minőségbiztosítás, közös elszámolási, jelentési nyelv biztosítása. Mindezekhez hozzájárul még a széles bázisú fizetőképes kereslet hiánya. A magánszolgáltatók elterjedése szorosan összefügg az egészségbiztosítási háttér biztosításával. Lehet magán vagy állami, de biztos, kiszámítható háttér nélkül egy szolgáltató fejlődése sem garantálható. A magánbiztosítás alapja pedig a tiszta jogszabályi háttér és a gazdasági racionalitás: amit ma meg tudok venni készpénzért, azt a jövőben megérje nekem inkább egyenlő rendszerességgel biztosítás formájában, porlasztott teherviseléssel elfogadnom. (Már további kérdés, hogy zsebből számla nélkül tudok-e vásárolni, és kapok-e plusz szolgáltatást valóban a hálapénzért, vagy inkább számlás magánszolgáltatóhoz fordulok.)

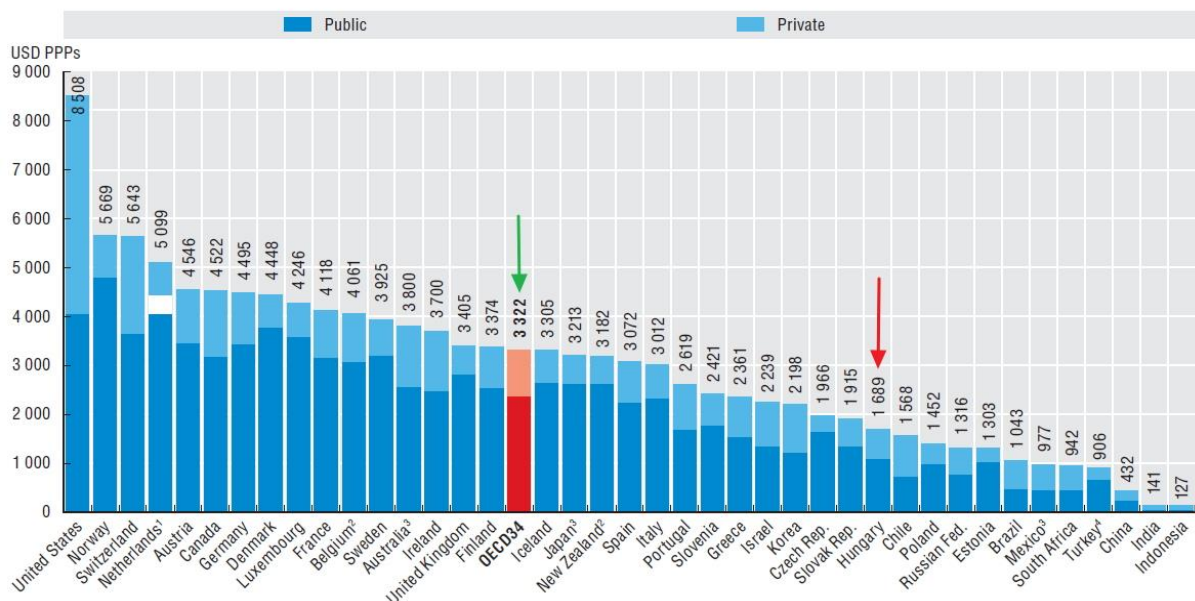
Miközben már nemzetközi mércével mérve is egyre jelentősebbek a lakosság közvetlen egészségügyi kiadásai, nincs megoldva a kiegészítő biztosítási rendszer kialakítása. Míg nemzetközi összehasonlításban is az egyik legkevesebbet költünk egészségügyre közkiadásokból, relatív sokat költünk magánkiadásokból. Jellemző, hogy ezek az egyéni egészségügyi kiadások, terhek on-the-spot, zsebből fizetődnek, és nagy terhet jelentenek egy viszonylag szűkebb, krónikusan beteg, amúgy is hátrányos helyzetű rétegre, mivel semminemű költségteher porlasztó megtakarítás hazánkban nem elterjedt. Ez a legrosszabb és legigazságtalanabb verziót eredményezi.

A politikai döntés, amely a 2 rendszert igyekszik kettéválasztani (lsd EB Tv. 9.B.§), a magánszolgáltatókat nem lehet a közfinanszírozás köré engedni, számos kérdést, és megoldhatatlan helyzetet teremt.

Mára a két rendszer összeforrt, és számos olyan magánszolgáltató van, amely közfinanszírozott szolgáltatást nyújt, és működése szervesen kapcsolódik a közfinanszírozott közellátás nyújtó szolgáltatások köréhez. Megítélésem szerint egy modern társadalomban nem is az átlátható tulajdon-viszonyok típusa a fontos, hanem a szolgáltatás minősége, ár-értékaránya, megbízhatósága, referenciái.

Evvel szemben áll és igaza van minden döntéshozónak, aki az ellen tiltakozik, hogy a közfinanszírozás saját zsebbe, saját előnyökre való felhasználása kerülendő, és nagyon helyes állami cél. Ilyen szempontból a 2 terület különválasztása, tiszta viszonyok teremtése a magán ellátás és az állami ellátás között igenis támogatandó cél.

A jelen zavaros helyzet, erősíti a magán ellátókat, miközben a lakosság, sokszor erején és lehetőségein felül, kétségbeesésében fordul magánszolgáltatóhoz. Így a 2 rendszer párhuzamosan, és legtöbbször legkevésbé sem egymás támogatva, él hazánkban.



1. ábra. Egészségügyi köz- és magánkiadások a GDP-ben PPP-ben számolva az OECD tagországokban, 2011. Forrás: OECD adatbázis

Társadalmi igénynek való megfelelés

A társadalom egyre növekvő részének illetve az orvos társadalomnak is szüksége és igénye van a színvonalasabb, betegközpontú, kulturált és valós értékén kezelt ellátásra, de valós, hosszú távú magán egészségügyi szolgáltatási rendszer kialakítása csak közösségi biztosítói finanszírozással teremthető meg. A tiszta, átlátható érdekeltségi viszonyok megteremtése, beengedése a közfinanszírozású rendszerbe, kiegészítő biztosítások megteremtése számos helyen emelheti az ellátás színvonalát, kifehéritő hatással van a rendszerre, és legfőképpen kiszolgálja a társadalmi igényeket mindamelllett, hogy a magánbiztosítás, átlátható tiszta forrást hoz a rendszerbe, amely hivatott lehet valamelyest kompenzálni az egyre csökkenő állami forrásokat.

Amennyiben úgy értelmezzük államtitkár úr szavait, hogy az ellátásokat tulajdonviszonyok alapján ketté kell választanunk, és magánszolgáltató nem nyújthat közfinanszírozott ellátást, úgy:

- várhatóan egyre nőni fog az olló a magánszolgáltatók és a közellátás között, és egy kétpólusú egészségügyi ellátórendszer irányába haladunk, amely növelni fogja a társadalomban más területeken is egyre jelentkező polarizációt, feszültséget,
- rövidtávon ellehetetlenít számos funkciót az állami egészségügyben,
- többlet adózott jövedelemtől vág el számos egészségügyi dolgozót.

Társadalmi igények polarizálódása

A hazai egészségügyi ellátásban egyre meghatározóbb szerepe van a magán egészségügyi szolgáltatóknak. Észre kell vennünk, hogy a társadalom polarizálódásával, a hálapénz nem igazán jelenhet megoldást a fizetőképes kereslettel rendelkező réteg igényeire. A jelen, széthúzott társadalomban egyre szélesebb az a réteg, akiknek a szakrendelőbe való eljutás, rendszeres kezelésre járás, vagy krónikus betegséghez tartozó étrend, kezelési protokoll betartása is komoly és vállalhatatlan terhet jelent, vagy bárminemű hálapénz megfizetése igen komoly anyagi kiadás a család számára. Ezen problémakör kezelése, a társadalmi esélyegyenlőség biztosítása is igen komoly társadalmi-politikai kérdés, de mondjuk ki, a magán egészségügyi szolgáltatók ügyfélköre nem ezen társadalmi rétegből tevődik össze.

Evvel szemben áll az a társadalmi réteg, amely nem elégszik meg a hálapénz által biztosított valós vagy vélt előny reményével. Ezt mutatja, hogy a társadalom egyre szűkülő egészségügyi közkiadásai (GDP 5%-a alatti összeg) mellett egyre nagyobb szerep jut a magánkiadásoknak, amely részen belül meghatározó a lakosság közvetlen teherviselése.

A nálunk fejlettebb társadalmakban a magánkiadások is porlasztva, kiegészítő vagy helyettesítő magánbiztosítások, hosszú távú megtakarítások formájában kerülnek felhalmozásra, és betegség, egészségügyi ellátás igénybevétele esetén nem terhelik egy-egy személy, család pénztárcáját, nem függenek egy család pillanatnyi anyagi statusától. A megtakarítások és szolidaritás elven működő magán kiegészítő egészségbiztosítási megtakarítások folytán lehetővé válik komolyabb méretű kifizetések teljesítése is, ez folyamatos fejlődési lehetőséget biztosít a magánegészségügy legalizálása, a magán szolgáltatások növekedése irányába.

Nézzük is hogy a magánellátások mely típusai ismertek, és miként, milyen jellemzőkkel tudjuk őket csoportosítani.

Szolgáltatási formák csoportosítása

A különböző ellátási formák, üzleti modellek csoportosításánál egy evolúciós fejlődést vehetünk figyelembe, amely az alapvető modellel indul, és halad az egyre inkább nagyvállalkozási jellegű működés felé.

Magán orvosi rendelő - Nagymama volt cselédszobája- lakás rendelő

Már a szocializmusban kialakult ellátási forma, amely lehetővé teszi, azon piaci igény teljesítését, hogy a közfinanszírozott ellátórendszerben dolgozó orvos, ismerőseit, személyes megkeresés útján magánidejében ellássa. Tipikusan egyszemélyes rendelő, viszonylag szerényebb felszereltséggel, konzultatív jelleggel, minimális költséggel működnek ezen a szinten. Amennyiben a betegnek bárminemű vizsgálatra, beavatkozásra van szüksége, úgy azt az orvos állami ellátórendszerbeli háttérével biztosítja mindezen szolgáltatások teljesítését.

A magánrendelés bevétele döntően direkt készpénzes, számlaadás nem jellemző, költsége nagyon alacsony. Árképzési politikája: piac alatt maradni. Költség-viselési politikája: lehetőleg 0, azaz minden egészségügyi ellátás a közfinanszírozás terhére történjen.

Filozófiája:

- közfinanszírozásban való munka mellett „jelentős-mellékes”
- fizetőképes betegeknek lerövidített munkaidőn túli konzultáció lehetőségének biztosítása, a bevétel „tiszta talált mellékes”, a vizsgálatokat, és azok költségét az állami rendszer viseli.

Jellemző szakmák: belgyógyászat, kardiológia, nőgyógyászat. Vállalkozásként jövőképe minimális, mivel az egészségügyben is a csoportmunka és az eszköz, vizsgálati igény nő. Ma már az orvosok közül is egyre kevesebben választják ezt a formát, inkább tradicionális esetekben figyelhető meg.

Ezen szolgáltatói csoport piaci szegmensének megítélése igen nehézkes, becsléseink szerint pár ezresre tehető ezen orvosi réteg, aki ilyen rendelővel rendelkezik. Csökkenő tendenciája miatt nem jelentős terület, de a zavarosban halászó, közellátást leföloző jellege következtében a szabályzók erősítésével tovább csökkentendő.

Valódi lefölozés – klasszikus hálapénzes forma

Tekinthetjük ezen ellátási forma egyik „spórolósabb” verziójának is, de külön ellátási formának is, amikor a közellátásban dolgozó orvosnak nincs is elkülönített magánrendelője, csak informális magánrendelést folytat a közfinanszírozott környezetben. (Dr. Kósa Istvánnal és Dr. Kincses Gyulával történt konzultáció alapján kiegészítés). Társadalmilag beágyazódott forma.

Ezen a szinten a közfinanszírozásban dolgozó orvos valós vagy vélt előnyöket biztosít páciensei számára. Ezen extra szolgáltatások ellentételezéseképpen a páciensek paraszolvenciát fizetnek, amelyet lehet, hogy az orvos csak passzívan elfogad, vagy ráutaló magatartást tanúsít, esetleg extra szolgáltatást, soronkívuiliséget és egyéb extra szolgáltatást ajánl, vagy intéz.

Bevétele 100%-ban készpénzes, számlaadás nincs, költsége nincs. Árképzési politikája: kórtermi pletyka szintű. Költség-viselési politikája: lehetőleg 0, azaz minden egészségügyi ellátás a közfinanszírozás terhére történjen, és mivel intézeten belül marad így könnyen meg is oldható.

Filozófiája: a megalázó fizetések mellett elfogadható

Kérdése:

- tud-e és akar-e valódi extra szolgáltatást nyújtani a betegek számára?
- meddig csinálható? elmozdul-e bármely más szint felé?

Jellemző szakmák: sebészeti jellegű szakmák.

Egyszemélyes orvosi rendelő – orvos-vállalkozás

Döntően nőgyógyászokra, bőrgyógyászokra, fogorvosokra jellemző forma, amelyben az orvos saját maga vállalkozásban pár milliós saját/családi tőkebefektetéssel saját, döntően 1 személyes rendelőt hoz létre. Legtöbb esetben munkáját asszisztens, kisegítő személyzet támogatja.

Alapvetően állami közfinanszírozott ellátás, a.) fizetett munkahely megtartása mellett alakult ki, de növekvő arányban előfordulnak olyan esetek, akik – különböző okok miatt - szakítva az állami háttérrel, csak ezt a b.) saját rendelőt tekintik bevételi és működési formájuknak.

Az orvosnak fontos a kórházi, referálási, ellátási háttér biztosítása, amely beutalás, referálás jelen pillanatban hivatalosan nem megoldott. Így betegeit, vagy

- növekvő számban jelentkező magán finanszírozású diagnosztikai szolgáltatóhoz irányítja
- közfinanszírozás keretében „lemedenzzseli” személyes kapcsolatai alapján
- vagy aluldiagnosztizálva kezeli.

Bevétele döntően direkt készpénzes, de már megjelenhet az egészségpénztári kártyával fizető ügyfél, így számlaadás nem volt a közelmúltig jellemző, de a vállalkozás kimutathatósága, fenntartása érdekében, és a növekvő APEH ellenőrzések miatt, a számlaadás aránya érezhetően nő.

Költsége egyéni, családi szinten mikrohitel méretben kezelhető (beruházás, műszerpark, asszisztencia).

Sok esetben az orvos jövőképében szerepel a fejlesztése, fiatal kolléga beemelése, illetve társszakmák bevonása. (pl. bőrgyógyász mellett kozmetikus, ortopéd-sportorvos mellett gyógytornász, kardiológus mellett életmód tanácsadás, stb.). Azonban szintén jellemző ezen kollégák körében a szabadság és a munka egészséges egyensúlya megtartásának igénye.

Eszközparkja egyéni személyes igényétől függően változó, de jelentős lehet, kihasználtsága legtöbbször elégtelen. Mivel önállóan, elszigetelten dolgozik, így fontos számára a továbbképzéseken való részvétel, amelyet saját forrásból fedez.

Hátránynak, személyes nehézségnek is érzi a szakmai protokollok ismeretét, frissítését, illetve jelentős hátránya a minőségbiztosítás hiánya. További szakmai hátránya aluldiagnosztizálás, társszakmák, konzultációk igénybe vételének hiánya, nehézsége. Szakmailag komplikáltabb esetek ellátását nem tudja felvállalni, hiányzik a szakmai ellenőrzés. Szakmai presztízsveszteségnek éli meg továbbküldeni a beteget, fél, hogy elveszíti a jól fizető ügyfelet.

Árpolitikája: piaci ár vagy enyhén alatta, valós mikrovállalkozás, bevétele döntően készpénzes. Bevétele, éves szinten pár 10 millió HUF. Marketing lehetőségei limitáltak, döntően páciensek egymásnak való ajánlásából valamint honlapból fakad. Üzleti modell szempontjából fontos lehet koncepció mentén egy hálózatba való összekapcsolásuk, illetve kiemelkedő szakmai tudás

esetén fejlesztésük. Idővel várható, hogy egy részük kikopik, megszűnik, másik részük továbbfejlődik jellemzően több orvos bevonásával, vagy egy jó referáló rendszer kialakulásával.

Az államnak magán biztosítónak, ellátásszervezőnek fel kellene ismernie, hogy ezen rendelők csökkentik a közfinanszírozott állami ellátás terheltségét, és mivel nem használják a TB kasszát, megtakarítást jelentenek. Amennyiben megteremthető lenne megfelelő minőségbiztosítás, a közös kommunikáció (beküldés, referálás, vizsgálatkérés, jelentési kötelezettség, stb.) bekapcsolhatóvá válnának a közfinanszírozott ellátó rendszerbe, és valós hozzáadott értéket jelentenének társadalmi szinten is. Nem elvetendő magasabb fokú szabályozásuk, amely minőségbiztosítási kritériumok vállalása esetén, részleges közfinanszírozásra vagy magánbiztosításra jelentkezhetnek. Ilyen szabályozás lehet például a méhnyakrák szűrés – magánőgyógyász jelentési kötelezettsége, vagy bármely magánorvosnak ugyanolyan egységes protokoll szakmai irányelv kötelezettsége, mint bármely közfinanszírozott szakorvosnak, vagy zárójelentés írási kötelezettsége. Evvel ezek bekapcsolhatóak, egyben számon is kérhetőek, ellenőrizhetőek lennének. Heterogenitása ellenére fontos és érdekes csoport, mert a hazai állami egészségügy problémái miatt egyre szélesebb körben terjedő forma. egységes kritériumok mentén hálózatba szervezéssel jelentős szolgáltatási erőt képviselhetnek. Folyamatos ellenőrzésük azonban költséges és nehézkes.

Individuális orvosok csoportpraxisban való közös működése

Dominánsan korábbi szakmai együttműködésből, kollegiális viszonyból összeálló csapat, ahol vagy több szakma közös munkája szolgálja a minél teljesebb körű beteg ellátást.

Az elmélet szerint az orvosok egymásnak adják tovább a beteget, és megosztva, nagyobb biztonsággal, több szakmai lehetőséggel együtt dolgoznak. Az orvosok közös tulajdonú vállalkozást hoznak létre, közös bérleményben, ahol egyenlő jogokkal és kötelezettségekkel indulnak. A tulajdonosok egyben a betegellátást végző kollégák. A vállalkozás növekedésével, elkerülhetetlen az eltérő mértékű felelősségvállalás, és vezetői feladatok felosztása.

Jellemző, hogy az egyes kollégák mindegyike meglévő állami háttérrel rendelkezett korábban, amely mára már megosztott. Van aki itt is, ott is dolgozik, sokfelé rendel, van aki a közfinanszírozott rendelése mellett ezt gyakorolja, és ide küldi a magánbetegeit. Tipikus átmeneti forma, amely jó szervezőkészséggel, kompromisszumkész megoldásokkal továbbfejlődhet, de ezek hiánya esetén a közös vállalkozás könnyen kudarcba is fulladhat. Tipikus problémája a közös értékesítés, marketing, arculat hiánya, részidős, amatőr menedzsment, tőkehiány.

Előnye, hogy az egymás felé való elszámolás kikényszeríti a teljesen „fehér” számlás bevételt, illetve a közös szakmai szint a szakmai fejlődést. További előnye, hogy megjelenik valamely belső saját minőségbiztosítási rendszer, (jelentés, referáló beszámoló, zárójelentés, vizsgálati protokollok, stb.).

Tipikusan átmeneti, hosszútávon nem életképes forma, amely specializációkra fog továbbfejlődni, vagy magán pénzügyi befektetővel és profi menedzsmenttel magánintézménnyé fejlődik. Árképzése megváltozik, és drágábban, de jobban szervezeten fogja ugyanazt a szolgáltatást nyújtani.

Specializált orvos-csoport magánszolgáltatása

Szintén korábbi szakmai együttműködésből, kollegiális viszonyból összeálló csapat, igazi team. Legtöbb esetben korábban együtt, egy osztályon dolgozó speciális tudással több éves tapasztalattal rendelkező orvosok közössége, ahol a közös érdeklődés, közös tudás és a piaci igény, észrevett piaci rés teremtette meg a vállalkozás alapját, mely esetében fontos feltétel, hogy a vállalkozás eladható legyen.

Példák: plasztikai sebészekből összeálló csapat közösen bérel rendelőt, és műtőt, „utazó” daganatspecialista nőgyógyászok különböző magán és közfinanszírozott intézményekben műtenek, megszűnt kórházi fül-orr-gégészeti osztály csapata együtt maradt, és specializált magánrendelőt teremtett.

Létezik egy jogilag zavarosabb alcsoportja, amely gyakorlatilag állami intézet keretein belül közfinanszírozott szolgáltatást végez, de betegválasztását részben magán (paraszolvenciás) alapon is. E forma megtisztítása természetesen fontos és célszerű.

Egy szakmából jövő speciális tudással rendelkező orvosok egymást továbbképzik, nagyobb biztonsággal, egyre mélyülő szakmai lehetőséggel egyre jobb minőségben együtt dolgoznak. Céljuk egyszerűen leírható. „Be the best!” Az egyik legnagyobb potenciállal bíró vállalkozási forma, amely megtalálta piaci elven működő szolgáltatását.

Döntően közös tulajdonú vállalkozás, közös költségviselés, ahol egyenlő jogokkal és egyenlő kötelezettségekkel indulnak, illetve a tapasztaltabb, vezető főorvos úr szava a döntő. A tulajdonosok egyben a betegellátást végző kollégák. A vállalkozás növekedésével elkerülhetetlen az eltérő mértékű felelősségvállalás, és vezetői feladatok felosztása.

Döntően nem igényel jelentős külső tőkét, pénzügyi befektetőt, de olyan esetek is ismertek, ahol pénzügyi befektető beszállt a csapat finanszírozásába, viszont az orvosok „túlereje” nem biztosít nagy osztaléklehetőséget a pénzügyi háttértulajdonos számára.

Alapelve, mely szerint a legjobbnak kell lenni, erős belső minőségbiztosítási kontrollt, és állandó továbbképzési hajlandóságot jelent. Állam és egészségpolitika részéről megoldandó lenne ezen szolgáltatási típus erősebb bekapcsolása, mivel jelentős hozzáadott értéket, minőségi szolgáltatást, jó ár-értékarányon biztosít.

Magán rendelőintézet, kórház

Vállalkozó szellemű orvos vagy kisebb orvos-csoport által működtetett közös professzionális kis- vagy közép vállalkozás, jellemzően egy helyen, egy brand alatt. Itt már külön háttérszemélyzet segíti az orvosok optimális szakmai kihasználását, leterhelését: külön menedzsment, külön marketing keret, megjelenik a betegirányítás, belső minőségbiztosítási rendszer működik, jelentős adminisztratív és dedikált értékesítési támogatás.

2 formáját különíthetjük el:

- **Szakmai alapon működő magánintézmény**

Szakmai befektető, – döntően egy húzó orvos, „orvos-celebritás”, - köré épül, aki általában a (rész)tulajdonosa is a vállalkozásnak. Jellemző az orvosok között külföldön szerzett szakmai tapasztalat, igényesség a betegellátásban, szolgáltatásokban. Beteg- és ügyfélközpontú szemlélet, kiépült szolgáltatási kör, bizonyos belső szabályok, minőségbiztosítási rendszer működtetése, kidolgozott árlista.

Tipikus hátrányai és veszélyei:

- Amennyiben a kiemelkedő hírnévvel rendelkező, húzó orvos elhagyja a magánintézményt, a vállalkozás forgalma jelentősen visszaeshet.
- A költséges vizsgálatok, tőke igényes felszereltség, fekvőbeteg ellátási és komoly diagnosztikai háttér (csak az állami egészségügyben megvalósítható) hiánya miatt nem tud teljes körű betegellátást nyújtani. Gyakran ma ez a legnagyobb problémája, hogy nem tudja, hogy hova milyen fekvőbeteg intézménybe utalja a betegét.
- komoly fenntartási költségei miatt a széleskörű, átfogó orvosi konzultációk, vizsgálatok igen költségesek lehetnek, amely a társadalom szűk rétege számára megfizethető csak, – on the spot (nincs biztosítás), - finanszírozási jellege miatt.

A szakmai csapatmunka, a hiányos diagnosztikai park, és a nem teljes körű szakmai protokollok hiányából fakadóan, (amely párosulhat a betegelvezítés félelmével, illetve a teljes körű szolgáltatás ígérvényével) a szakmai kompetencia lyukai szakmai hiányosságokat, és műhibákat szülhetnek. Ennél a formánál jellemző a szakmai specializációból kinőtt egyre szélesedő profil. (pl. plasztika sebészet majd ráépülő bőrgyógyászat, életmód tanácsadás, fitness kardiológia, stb. vagy szülészet nőgyógyászatra épülő gyermekgyógyászat, stb.) További jellemzője az egyre szélesedő gép- és műszerpark, piacérzékenység.

Egyre jellemzőbb ellátási forma, amelyet az is bizonyít, hogy egyre több orvos „be-be dolgozva” vállalja, hogy egy-egy ilyen magán intézményben rendel részmunkaidőben. Ez jó-nevű, kiterjedt betegkörrel rendelkező orvosok esetében növeli a klinikai presztízst, hírnevét,

fiatal orvosok esetében meg jó kiegészítő jövedelmet biztosít. Az alvállalkozó orvos és az intézmény között 2 jellemző megegyezési forma lehetséges:

- óradíj alapon bérlő a külsős orvos a rendelőt és a hozzátartozó teljes infrastruktúrát (fogyóeszköz, asszisztens, recepció, stb.) és betegforgalma utáni bevételből költségeli le az intézmény nyújtotta infrastruktúrát
- bevétel megosztás (alaptétel 50:50%-os forma, amelyről egyéni variációk megfigyelhetők)

Árképzése az előző formáknál magasabb, az első két formához képest, min. 2-3-szoros. Bevétele döntően adózott.

Problémák:

- a bérlő orvosok nem ellenőrizhetők, hiányzik az egységes szakmai színvonal, utazó részmunkaidős, pár órás orvosok nem integrálhatók.
- fenntartási költsége magas és a hosszú állandó szakmai jelenlétet biztosítani igen nehéz, ezáltal a profitabilitása kérdéses.
- beteg és ellátás oldaláról nehéz, hogy semminemű kapcsolata nincs a közfinanszírozott egészségügyi ellátással. Ha megfelelő minőségbiztosítás, szolgáltatási színvonal esetén szervesen kapcsolódhatna (lenne beutalási, konzultációs, vizsgálatkérő jogosultsága, stb.), ez növelné mind a magán, mind a közellátás hatékonyságát.

Jövőképe: tipikusan előbb-utóbb pénzügyi befektető megjelenik az intézmény körül, és a következő szintre „emeli át”. E helyütt érdemes megjegyezni, hogy pontosan ez akadályozza a köz és magán szétválasztására irányuló kormányzati elképzelés megvalósítását, mert

- a lakosságnak nincs annyi pénze, hogy mindent magánszolgáltatónál vegyen igénybe
- nincs elég átfogó és széles körű magánszolgáltató (ha lenne, mert pénzügyi befektetőt is lehet hozzá találni mindig), akkor sincs elég méretű fizetőképes kereslet
- ha lenne szeparált, csak a magánszolgáltatókra létrejövő magánbiztosítás, akkor annak a havidíja lenne sokak számára megfizethetetlenül magas, vagy a szolgáltatási köre lenne limitált.

- **Pénzügyi alapon működő magánintézmény**

Sok esetben szintén egy orvos-celebritás és vagyonos ember köré bizalmi kapcsolaton (orvos és nagy vállalkozó befektető barát, ismerős) kapcsolatával indult vállalkozás. Jelentős vagyonnal rendelkező, meghatározó személyek körében megfigyelhető tipikus vállalkozási forma, mivel „kell, hogy legyen” valamilyen magán-egészségügyi befektetésük, a vállalkozási portfóliók között egészségügyi szolgáltatás is. Valószínűsíthetően személyes egészségügyi ellátásuk biztosításuk megszervezéseiképpen, másrésztől presztízs-kérdésből divatos ez a felső top 100 körében.

A pénzügyi befektető orvostól való függősége, orvos-szakmai kitettsége hatalmas. Jellemzője a befektetői vállalkozó (kisebbségi) tulajdonos orvos(csoport) és az alkalmazotti orvosgárda, esetleg külsős vállalkozói konzulens orvos csoport érdekeinek, prioritásának eltérő volta.

További jellemzője, hogy a menedzsmentbe vagy a menedzsment feladatokra a pénzügyi befektető más pénzügyi területeken már bizonyított saját emberét ülteti, aki sok esetben nem tud szót érteni az egészségügyi dolgozókkal, szakmai vezetőkkel.

Sajnos a tisztán pénzügyi befektetős magánintézményi modell sikertörténetei még hiányoznak a hazai egészségügyből. Több ilyen vállalkozásról tudunk, amely jelentős veszteséggel működik, vagy a felek összeveszésénél tart, és most éppen vagy tulajdonost vált, vagy krízismenedzsmentet működtet, új irányt keres.

A modell fő gyenge pontja, a biztos állandó forgalom, jövedelem hiánya, amelyet Nyugat-Európában a biztosítók (lehet köz- vagy magán is) jelentenek. (pl. kardiológiai, szülészeti magánklinikák, stb.), a tulajdonos és a szakmai vezetés közötti eltérő szemlélet, megtérülési nehézségekből fakadó nézeteltérések (a Telki Kórház 10 év alatt 10 igazgatót „fogyasztott”).

Ennél sikeresebbek a vegyes tulajdonú (pénzügyi és meghatározó orvos vagy orvos-csoport) által tulajdonolt vállalkozások (Rózsakert, Kaali), ahol a szakmai lehetőségek piaci rések és fizetőképes kereslet összehozása jobban működik, kompromisszum tud kialakulni a fejlődés irányában, és a biztos pénzügyi háttér lehetőséget teremt a pénzügyi problémák áthidalásához.

Meglátásom szerint ezen vegyes, orvos- és pénzügyi befektető alapú magánklinikai működési forma jelentheti csakis a hazai egészségügy jövőjét. Azonban jelen helyzetben működése mégis igen kérdéses, hiszen relatív magas overhead-je az alacsonyabb evolúciós szinten levő szervezési formákat előnyösebb anyagi helyzetbe hozza. Továbbá a piac kicsi volta és kiszámíthatatlansága, illetve a fix állandó bevétele hiánya (ismét biztosítás alapú nagy tömegű betegforgalom) nem teremti meg a fejlődés lehetőségét.

Jövőképe éppen abban az esetben lehetséges csak, amennyiben állandó bevételre tud szert tenni, amely a fix működési költségeit fedezni tudja. Tömeges nagy forgalmú ellátásokat is tud nyújtani, amely megvalósításában a biztosításoknak jelentős szerepe lehetne.

Számára a megoldás a részleges vagy teljes OEP térítés, bizonyos tevékenységek közszolgáltatásként való végzése jelentené, illetve külföldi betegforgalomba, külföldi biztosítóval való részvétel. Természetesen abban az esetben, amennyiben a szolgáltatás utáni társadalombiztosítási térítés megfelelő fedezet alapot teremt. Ezért cserébe – megítélésem szerint – sok szolgáltató hajlandó lenne bizonyos minőségbiztosítási kapcsolódási pontok megteremtésére.

Hálózatot működtető egészségügyi szolgáltató vagy egészségügyi ellátást szervező

Éppen a fix állandó bevétel ügyes biztosítása teremti meg a hálózatszerűen működő, sokkal inkább menedzsment, értékesítő és marketing szervezet-, és másodsorban csak egészségügyi szolgáltató modell sikerét. A hazai magán egészségügyi palettán is megfigyelhetőek olyan vállalkozások, amelyek nagyobb munkáltatók részére biztosítják a törvényben előírt

foglalkozás egészségügyi vizsgálatokat, egyéb szolgáltatásokat külső szolgáltató formában. E mellé biztosítják a hozzá kapcsolódó menedzserszűréseket, egyéb egészségügyi tevékenységeket.

Itt elválik már egymástól a költségviselő és az igénybevevő, azaz a fizető személye (vállalat) a szolgáltatást igénybe vevő páciens (munkavállaló) és a szolgáltató. A jelen hazai viszonyok között ez az egyik legnagyobb, komoly szereplőket megmozgató piac, amely mára már a nagy munkáltatók és a nagyobb szolgáltatóknak köszönhetően a foglalkozás egészségügyi szűrővizsgálatok területén beállt, és mozgásteret és fejlődési lehetőséget csak kisebb szereplők esetén enged meg.

Árképzése a „nagyon sűrű fillér” típusú, bevétele 100%-ban átlátható. Jellemző piaci szereplő: Medcover, vagy Főnix–Med, akik több telephelyen, továbbá mozgó orvosi szolgálattal az adott munkáltatóhoz kitelepülve, biztosítják a dolgozók kötelező éves, egészségügyi szűrővizsgálatát, illetve igény esetén plusz vizsgálatokat, szolgáltatásokat nyújtanak (pl. orvosi ügyelet, felső vezetői további vizsgálatok).

Egyértelműen látszik, hogy a törvény diktálta szabályozás, amely szerint a munkáltató köteles a társadalombiztosítás által nem támogatott, tehát a munkáltató által megfizetendő egészségügyi szolgáltatás biztosítására, az itt kialakult piac egyértelműen működik. Nem túl bonyolult szolgáltatási forma, amely kiszámítható, tervezhető biztonságot nyújt a szolgáltatóknak, fejlődési lehetőséget és profi szolgáltatást tesz lehetővé, egy olyan területen, amely szakmai tartalmánál fogva igen kevés rizikót hordoz.

A nagyobb cégek nem engedhetik meg maguknak azt a rizikót, hogy ne teljesítsék ezt a jogszabályi kötelezettségüket, így komoly piacot teremtenek pár szakosodott vállalkozásnak. Ennélfogva jelentős verseny is mozgatja ezt a piacot.

A foglalkozás-egészségügy piaca méretét tekintve 8 Milliárd Forint körüli éves forgalmú, amely jellemzően és igen érdekesen 2 teljesen eltérő típusú, eltérő méretű, és karakterisztikájú szolgáltatót tart fent: az adott cég közelében dolgozó házi orvos egy személyes vállalkozása, illetve az nagyobb cég kiszolgálására, esetleg országos foglalkozás egészségügyi szolgáltatással rendelkező erre a feladatra specializálódott profi szervezettel és menedzsmenttel, alvállalkozó illetve alkalmazott orvosokkal rendelkező foglalkozás egészségügyi vállalkozások között.

OEP támogatással rendelkező, szerződött egészségügyi szolgáltató

Jelen dolgozatunknak a házi orvosi praxisok elemzése nem témája, hiszen ezek relatív egységesen, országos szinten működnek vállalkozás formájában, mint egységes rendszer szintű megoldás, a hazai alapellátás biztosítására létrejött, létező forma.

Ettől magasabb szervezési szintet jelentenek, az olyan típusú szakrendelők, esetleg fekvőbeteg intézet, amelyek magánbefektető (döntően az adott helyen dolgozó, helyzetben lévő orvos csoport) általában funkcionálisan privatizált, és évek óta TB finanszírozással működtek.

Itt legtöbb esetben maga az épület meglévő infrastruktúra állami, önkormányzati tulajdon maradt, és tartós bérlet keretében működik. Az adott szolgáltatás OEP finanszírozásától versus a tevékenység valós költségeitől függően, hol profitábilisan, hol kevésbé profitábilisan működik.

Példaként említhető az Országos Gerincgyógyászati Központ, amely OEP támogatott gerincműtéteinek veszteségét a magán finanszírozású műtétekből pótolja. Elmondásuk szerint létezik olyan OEP támogatott közellátást végző privát alapon működő járóbeteg szakrendelő, amely nyereségesen tud működni. A veszteséges működtetésnek a teljesítmény volumen korlát, illetve az egyéb nyereségesen működő szolgáltatások puffere biztosít kiszámítható háttérrel.

Profitábilis szolgáltatást járóbeteg szakrendelőknél, egynapos OEP támogatott beavatkozásoknál látunk. Ezen csoportba működő szolgáltatás menedzsment egy igen egyszerű, de jelenleg jól működő formája, ahol a privatizált szakrendelő, egynapos sebészet és az alvállalkozó orvosok megosztóznak az OEP bevételen, egy előre megállapított felosztás szerint.

Itt is a jól kiszámítható, tervezhető bevétel és szintén a tervezhető ellátási, szolgáltatási forma, mennyiség és minőség biztosítja ezen ellátási forma működőképességét.

Fontos bizonyíték nagy állami rendszerbe való tökéletes integráció, minőségbiztosítás, gazdaságos működés összefüggése.

Térítési díjas szolgáltatás állami közkórházakban

Társadalmi igényre való válasz, de egyben a '80-as évek GMK-zását idézi sok esetben a magán szolgáltatások megjelenése az állami egészségügy keretein belül. Ezen szolgáltatások plusz forrást és tiszta, átlátható adózott bevételt jelentenek az adott intézménynek és a dolgozóknak, ezen keresztül csökken a hálapénz. Aktív minőségbiztosítási rendszerrel rendelkező forma, hiszen szervesen kapcsolódik az adott nagy állami intézményhez. A jobb fedezetű, magán finanszírozott ellátások a volumenkorlátos helyzetben működő kórházak számára többlet fedezetet jelentenek, amellyel részben kereszt finanszírozzák a közfinanszírozott ellátásokat.

Megfizethető, igen versenyképes árat tud biztosítani, amely hatalmas előny, de egyben jelzi a rendszer problémáját. Jogi, etikai, és verseny szempontból valós problémát vet fel, hogy egy magánfinanszírozott, magántulajdonú egészségügyi szolgáltatónál a beruházást magántőkéből teremtik elő, és a fenntartási költség is nagyságrendileg magasabb a méretgazdaságossági

hátrányok miatt. A magánellátást nyújtó közintézménynél mindezek a költségek megosztva jelentkeznek, és a beruházás alapja is a közpénz, amelyhez persze csatlakozik egy adott kiváltságos helyzet (pl. jó infrastruktúra, nagy hűzőnevek, stb.) és egy jó menedzsment.

A rendszer legnagyobb előnye, hogy a várólistát -, és közpénz felhasználást -, és a paraszolvenciát is csökkenti. Hátrány viszont, - amely megfelelő szabályozással rendezhető, hogy erősíti a közfinanszírozott ellátás szolgáltatói oldalon való kiürülését, hiszen melyik személyzet akar majd a sima osztályon dolgozni, illetve nem rendezett, hogy mely szolgáltatásokért kérhető plusz pénz, illetve az esetleges komplikációk költségét ki állja.

Ennek a rendszernek is két formája működik a gyakorlatban:

- extra hotelszolgáltatást nyújtó kiegészítő térítési díjas szolgáltatás, illetve
- közfinanszírozott ellátásról lemondó teljes térítési díjat fizető ellátás.

Jogszabály szerint ezt csak elkülönülten, normális közfinanszírozott munkaidőtől elkülönítve, az állami infrastruktúra tiszta bérleti formájával oldható meg. Ezen ellátási formák a világon számos helyen egyre terjednek, és a beruházás hatékony kihasználást tesz lehetővé, jobb fedezetű többlet bevételt teremtve az ellátónak. Megfelelő szabályozás mellett csökkentik a hálapénzt, és valós társadalmi igényre jelentenek részleges választ.

Megoldandó és szabályozandó, a visszaélések elkerülése (túlzott és indokolatlan magán vegyes ellátási formába való terelés, közellátási színvonal csökkenése, stb.), de a szerző véleménye szerint nem elvetendő, és kizárandó ellátási forma.

A szolgáltatók elemzésével kapcsolatos következtetések

- Hazánkban ma még a költségeket porlasztó biztosítási forma hiánya miatt csak a megfizethető mértékű (döntően maximum pár százezer HUF) ellátásokra alakult magán egészségügyi szolgáltatásra van szélesebb fizetőképes kereslet.
- A szakmai fejlődési irányt a praxisközösségek alkothatnak, ahol (vagy több szakma, vagy) egy-egy szakma képviselői átfogóan, specializálódóan magas szintűen és megfelelő minőségbiztosítási háttérrel tudja az adott szakmai problémára való megoldást nyújtani a beteg számára.
- A praxisközösségek mellett, ahogy nyugat-európai országokban is, várhatóan megmaradnak az egy személyre, hűzőnévre épülő egyéni praxisok, de e praxisok kiszolgáló, ráépülő személyzete szolgáltatási spektruma is várhatóan nőni fog.
- Várhatóan probléma marad e szolgáltatások befektetéseinek a megtérülése, hiszen a fejlődés egyre gépesítettebb vizsgálatokat kíván meg. Ez jó szervezéssel, magasabb kihasználtság biztosításával (pl. közös felhasználás) oldható meg.
- A pár százezer forintos, megfizethető mértékű „bigyektómiára” specializálódott magán szolgáltatók jelentős mértékű továbbfejlődése nem várható az állami egészségügyi ellátórendszerbe, közös, vegyes finanszírozásba való beemelése nélkül.

A finanszírozással kapcsolatos következtetések

- Annak ellenére, hogy elvileg a jogszabályi háttere megvan a munkáltatók által kedvezményesen, adómentes egészségbiztosítás megfizetésének, nem alakult ki mégsem ennek a jelentős piaca.
- A magánbiztosítók belépésének egyik gátja a tiszta, világos „mi jár mi nem” kérdéskörre adott válasz hiánya. Amíg ez jogszabályilag nincs tisztázva, a hálapénzzel igen nehéz versenyeznie bármely biztosítónak
- Biztosításmatematikailag hazánkban kicsi a potenciális magánbiztosítást megfizetők köre, így kicsi a kockázatközösség, így a biztosítók számára nem vonzó a magyar piac
- korábbi magán-nyugdíjpénztári vagyon államosítását érintő történet még túl friss a biztosítók nemzetközi és hazai vezetésének emlékezetében is, így nem biztos, hogy a hazai piacon célszerűnek tartják a magán-egészségbiztosítási piacba való befektetést.
- A 2 szolgáltatási csoport (magán és köz) teljes különválasztása jelentősen emelni fogja az egészségügy költségeit, amely várhatóan magán forrásból kell, hogy érkezzon.
- Pénzügyi szempontból ma a legprofitábilisabb szolgáltatási csoport a foglalkozás-egészségügyi tömeges szerződésekre épülő szolgáltatás, vagy bármely más állandó bevételt jelentő szolgáltatás.
- Jelentős profitabilitási és stratégiai probléma a kiszámítható, állandó tervezhető bevétel hiánya.

Összefoglalásul elmondhatjuk, a hazai egészségügyben a magán egészségügyi szolgáltatások mára egyre fontosabb és sok esetben szerves szereplői a teljes magyar egészségügyi ellátásnak. A megoldás nem a két, tulajdoni viszonyokon alapuló csoport különválasztása, hanem megfelelő szabályozókkal, minőségbiztosítással a hatékony, és költség-hatékony és tiszta, beszámolás köteles együttélés megteremtése.

Ahogy egy étteremben sem azt nézzük, hogy ki a tulajdonos, hanem hogy finom-e a vacsora, és megfelelő szolgáltatást kapunk a pénzünkért. Nincs ez másképpen az egészségügyben sem! Az állam feladata, a világos játékszabályok megteremtése, a megfelelő ellenőrzés és minőségbiztosítási rendszer garantálása és nem a szolgáltatás nyújtásában rejlik. Ahhoz, hogy plusz tiszta átlátható pénz kerüljön a rendszerbe, egy kiegészítő, vagy megosztott járulékfizetés mentén kialakuló biztosítási forma jelentheti a megoldást.