

# AZ EGÉSZSÉGTURIZMUS MINT PLUSZ FORRÁSBEVONÁSI ALTERNATÍVA AZ EGÉSZSÉGÜGY-FINANSZÍROZÁSBA

## HEALTH TOURISM AS A ADDITIONAL SOURCE OF HEALTH FINANCING

TAPOLCZAI TÍMEA PhD-hallgató

BODROGAI LÁSZLÓ Közép-Dunántúli RMI igazgató

DR. PARÁDI-DOLGOS ANETT egyetemi docens, mb. dékán, tanszékvezető

### Abstract

Nowadays public health financing is an actual debate. The current financing system is not acceptable for either market participant. Health tourism can be a source of additional health care system. The wellness tourism because of the cost of prevention is far lower than the healing of pre-existing diseases. The medical tourism industry is because private and foreign funds benefit the healthcare system. Our research forms part of both the wellness and medical tourism. Current publications in medical tourism focussed.

A mai jóléti társadalmak számára jelentős kihívást jelent az egészségügy forráshiánnyal küzdő rendszerének fenntartása. A jelenlegi rendszer hosszú távon fenntarthatatlan, fontos új csatornák megnyitása, ugyanis a közfinanszírozás mellett egy más külső forrásbevonás a jelenlegi rendszerre nehezedő nyomást enyhíthetné. Az egyik ilyen plusz csatorna a gyógyturizmus lehet, mivel Magyarország gyógyvizek tekintetében egyedülálló készletekkel rendelkezik, emellett az orvosi szolgáltatások ára is jelentősen alul marad a nyugat-európai szolgáltatások áraitól. Jelen publikációnkban megvizsgáljuk, hogy a gyógyturizmus miként lehet plusz forrása az egészségügy finanszírozási rendszerének, illetve megvizsgáljuk, hogy mely ország lehet további potenciális egészségülturisztikai célcsoportunk.

### 1. Bevezetés és célkitűzés

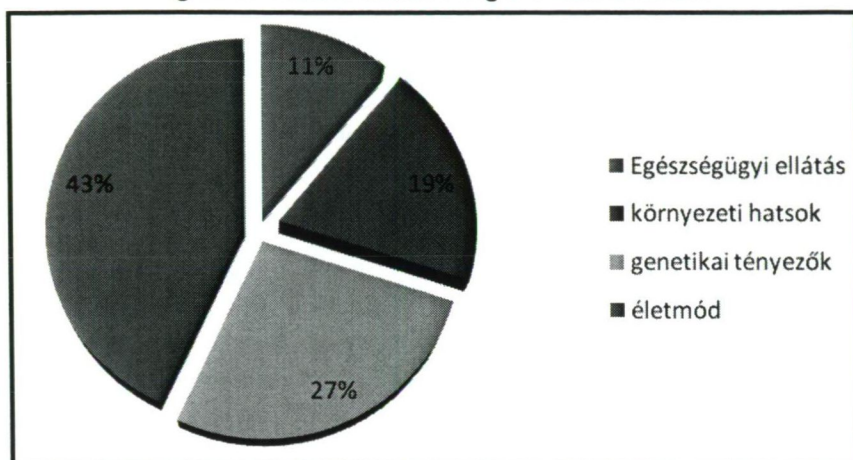
Egészség jelentését sokféle aspektusból vizsgálhatjuk. A WHO definíciója szerint „az egészség nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya, hanem a teljes testi, érzelmi-értelmi és szociális jólét állapota.” (WHO). Közgazdasági értelemben véve az egészség egy igen különleges jószág, mivel mással nem helyettesíthető „árucikk”, hiánya lerombolja az egyén jövedelemszerző képességét, keresletét nem a fizetőképesség határozza meg, helyreállítása iránti igény időpontja, minősége, időtartama nem tervezhető előre, (Gidai, 1998). Gazdasági szempontból talán leginkább David Byrne, európai uniós egészségügyi és fogyasztóvédelmi biztos idézetét jegyezném meg, melyet az államok vezetői felé intézett: „Az egészségügyi kiadásokat túl gyakran csak rövid távú költségnek tekintik, nem pedig hosszú távú beruházásnak. Még csak elkezdődött annak felismerése, hogy az egészségügyi ráfordítások a gazdasági növekedés alapvető hajtóerejét jelentik”. Munkája során igyekszik ismertetni azt a tényt, hogy a beteg társadalom a gazdasági konjunktúra akadályát jelenti, vagyis a születéskor várható élettartam és a GDP közötti korrelációt vizsgálta. Véleményem szerint fontos, hogy az egészségügyet GDP termelő tényezőként említsük.

Mindenekelőtt szemléltetnék, hogy mely tényezők, mekkora mértékben határozzák meg egy társadalom tagjainak egészségi állapotát.

Alapvetően az egészségügyi ellátásnak van a legkevesebb befolyása az egyén egészségi állapotára, mégis a megoldást e területtől várjuk. A legnagyobb mértékben az életmód befolyásolja az egészségi állapotunkat (43%), melyre hatással van a táplálkozási szokásunk, fizikai aktivitásunk, a dohányzás, alkoholfogyasztás stb.

1. ábra. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők.

Figure 1.. Factors determining the state of health



Forrás: Varga-Hatos Katalin, Karner Cecília, Egészségügyi gazdasági szemle 2008/2

Összegezve tehát a megelőzés, az egészségre való odafigyelés jóval nagyobb mértékben hat az egészségi állapotra, mint az ellátó rendszer. A megelőzésben, a tudatos táplálkozásban, valamint a testi, lelki harmónia megteremtésébe jelentős szerepe van a gyógyturizmusnak, főként a wellnessnek és a medical wellnessnek, hisz e területek célja az optimális egészségi állapot elérése, megőrzése. A prevenciónak a pozitív társadalmi hatásain túl, jelentős gazdasági hozadéka is vannak, hiszen a prevenció költségvonatát tekintve jóval alacsonyabb összegeket emészt fel, mint a konkrét betegség gyógyítása, kezelése.

A egészség turizmusnak két nagy ága van a Wellness turizmus és az egészségturizmus. Az előbbi inkább a testi lelki egyensúly, az optimális egészségi állapot elérését célozza meg, ezáltal jelentős prevenció szerepet is betölt, míg az utóbbi a már meglévő betegségek kezelésére szolgál. Az egészségügyi ellátó rendszert segítheti az egészségturizmus mindkét ága. A wellness turizmus prevencióban tölt be jelentős szerepet. Segít az életmód formálásban, mely a leginkább felelős az egészségi állapotunkért (43%), míg a gyógyturizmus, az orvosi szolgáltatásokra épülő turizmus pedig a plusz forrásbevonás csatornája lehet. Mindkét irány, ha más okból is, de végső soron enyhíti az egészségügyi rendszer túlterheltségét.

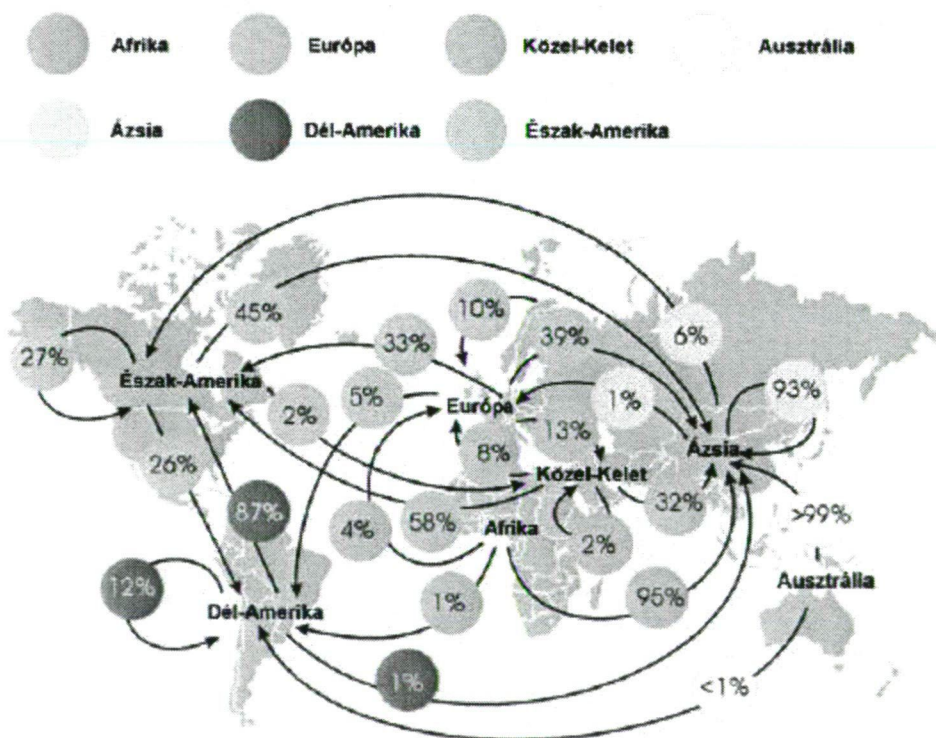
Kutatásunk részét képezi mind a gyógyvizekre épülő, mind az orvosi turizmusra épülő egészségturisztikai motiváció vizsgálata, jelen publikációnkban viszont kimondottan az orvosi turizmusra fókuszálunk. Megvizsgáljuk, hogy jelenleg mekkora forrást hoz az országba, az orvosi szolgáltatásokra épülő gyógyturizmus. Legtöbb esetben a hagyományos gyógyvizekre épülő turizmust említjük, az egyedülálló gyógyvíz készleteinket, melyben még mindig jelentős potenciál rejlik, ugyanakkor nem szabad megfeledkezni az orvosi szolgáltatásokra épülő turizmusról sem, hisz meglepő módon a fő húzó ága a fogturizmus

közel fele forgalmát teszi ki a teljes egészségügyi turisztikai forgalomnak. (éves szinten közel 40 milliárd Ft.) Európában piacvezetőnek számítunk és világ viszonylatban is előkelő helyet foglalunk el.

## 2. Nemzetközi kitekintés, miért aktuális a téma, mi a betegmobilitás motivációja?

A 20. század második felétől egyre nagyobb mértékben nőtt a gyógyulási szándékkal utazó betegek száma, sőt a beteg által megtett utak távolsága a gyógyulás reményében egyre nő. Az USA-ból egyre több beteg indul távoli országokba, hogy szív, csípő és térd protézis műtéteket, vagy érsebészeti beavatkozásokat vegyenek igénybe. Értelemszerűen mindez az amerikai egészségügyi rendszer sajátosságaiból is fakad, hisz a rendszer inkább a szabad piaci modellre épül, és jelentősebb a magánfinanszírozás aránya, illetve a fogyasztók is ár érzékenyek. Nyilván az elsődleges szempontok egyike, hogy a kezelési költség megtérüljön, vagyis az ár. A kedvezőbb utazási költségek, az utazási idő csökkenése, a kezelési költségek növekedése, lehetővé teszi, hogy távolabbi országokban igénybe vett kezelések is megtérüljenek. Az orvosi turizmusnak szintén kedvez az a tény, hogy a biztosítások nem minden esetben terjednek ki az ortopéd sebészeti beavatkozásokra, illetve csak részben a sebészeti vagy fogpótló beavatkozásokra.

2. ábra. Betegutak a gyógyturizmusban  
Figure 2. Map of medical travel



Forrás: ESKI, 2009

USA mellett a legnagyobb gyógy turisztikai küldő országok, Egyesült Királyság, Németország, Egyesült Arab Emírátsok, Kuvait. Az utóbbi két fő küldő piac jelenti a legfizetőképesebb betegek körét, akiknek a fő úti céljuk Thaiföld és India. Magyarország számára jelentős potenciált rejt, hogy a világ szinten legnagyobb gyógyturisztikai küldő országok között szerepel, a fő küldő piacunk Németország, illetve a szintén jelentős betegforgalmat adó Egyesültkirályság is.

Érdeemes részletesebb említést tenni Németországról, mely fogturisztikai céllal főképp hazánkat keresi fel, ugyanis közel 70%-kal alacsonyabbak az itteni kezelési költségek. Ezzel a beteg is és a pénztár is nyerhet hisz fix összeg szerint fizet a német biztosító, a fix összeg feletti részt pedig a betegnek kell állni. Amennyiben más országban a fix összeg alatt tud szolgáltatást igénybe venni a beteg, mindkét fél jól jár. A Magyar piacon ez megvalósulhat.

Nemrégiben az International Medical Tourism Journal készítettek egy felmérést az orvosi turizmus témakörében, ahol több mint 400 klinikát, kórházat, orvosi turisztikai céget vizsgáltak, több mint 77 országban. A megkérdezettek a piac jelenlegi helyzetéről, a várható jövőbeli eseményekről nyilatkoztak. A leglátogatottabb úti célként Indiát, Thaiföldet és az USA-t említették. Vélemények szerint Thaiföld és Szingapúr nyújtotta a legminőségibb szolgáltatásokat. Továbbá a klinikák, kórházak 60%-a jelentős növekedésről a külföldi vendégforgalmat illetően a felmérést megelőző 12 hónapban, 23% nem tapasztalt növekedés, és 17% csökkenést érzékelt. A megkérdezett országok 80%-a a következő egy évben a külföldi vendégforgalom további növekedésére számít. Az elkövetkezendő 5 évben az orvosi turizmus leggyorsabban növekvő területeként a megkérdezettek 56%-a a kozmetikai sebészetet említette, 43–43%-ban a fogászati beavatkozásokat, illetve a daganatos megbetegedések gyógyítását, valamint 40%-ban a meddőségi problémák kezelését említették (forrás: Magyar Turizmus Zrt).

*Várólista* kérdése sem elhanyagolható motivációs tényező. Példaként említeném Angliát. Az angol Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) egy olyan egészségügyi rendszer, mely bevételeit adó biztosítja, és a legtöbb szolgáltatásért a felhasználóknak nem kell fizetniük. Viszont a rendszert a kezdetek óta a várólista és várakozási idő folyamatos jelenléte jellemzi. 2002-2003-ban 12 hónapban, majd progresszív csökkentéssel 2006-ban 18 hétben határozták meg a várakozási idő maximumát. Majd ezt 2010-ben az NHS Alkotmányába is belefoglalták. Amennyiben a kórház ezt nem tudja teljesíteni, a bevételéből akár öt százalékot is elvonhatnak. A várakozási idő mindenek hatására, ha kis mértékben is, de csökkent. (GYEMSI, 2013). Mindezen tényezőket figyelembe véve, angol kórházaknak érdeke, hogy bizonyos hosszú várólistás eseteket más ország lásson el, hisz bevételvonásra is számíthat, amennyiben nem tudja teljesíteni a várakozási idő maximumot. Természetesen ez a gyógyturizmusnak kedvez.

Anglia esetében az NHS ellátók várólistái főleg az ortopédiai, szív és szemészeti műtétek esetében jelentősek (2007-ben 144 és 168 nap között volt a csípő és ízületi protézisműtétek várakozási ideje). A várólisták csökkentése érdekében, lehetőség van arra, hogy a beteg külföldi szolgáltatónál igénybe vegye az ellátást. A beteget először egy speciális klinikán vizsgálják, ahol a külföldi ellátásra való alkalmasságáról döntenek, amennyiben megfelel, a beteg egy kijelölt európai ellátónál veheti igénybe a szolgáltatást, amiért nem kell térítenie, hiszen a kezelést az NHS téríti (Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet).

**3. ábra. Átlagos várakozási idő angliai ellátás esetén**  
**Figure 3. Average waiting times for treatment in England**

átlagos várakozási idő napokban (2008/9)	
csípőprotézis	83
Térdprotézis	89
szürkehályog miatti szemlencse-eltávolítás	78
visszéműtét	75
méheltávolítás	60
prostataműtét	40
epehólyagműtét	65
lágycsér	55
Gerincstabilizáció	96
Szemlencse-beültetés	61

*Forrás: ESKI, 2010*

Kanadában a várakozási idő egy csípő protézis esetén 26 hét, míg a szürkehályog-műtétnél pedig 16 hét átlagosan.

Magyarország esetében a szem műtét jelenthet piaci rést, mivel itt a várakozási idő tekintetében is kedvezőbbek vagyunk (65 nap, Dél, közép Magyarország 35 nap) (forrás: OEP várólista), illetve nálunk rendelkezésre állnak azok a technológiák, melyek más országokban közfinanszírozás útján nem érhetőek el. Várakozási időt tekintve (a rendelkezésre álló adatok alapján) kedvezőbb helyzetben vagyunk prosztataműtét (20 nap), epehólyag műtét (21 nap), gerincstabilizáció (28 nap); lágycsér (32 nap) terén.

Érdemes megemlíteni, hogy a különböző országokba *különböző kezeléseket* érhetőek el, melyek szintén gyógyturisztikai keresletet jelentenek, és a beteg mobilitást ösztönzi pl. a holisztikus szemléletű gyógyítás, mely csak bizonyos országokban elterjedt, vagy az eutanázia, mely Luxemburgban engedélyezett.

A *jogszabályok eltérése* is lehet beteg mobilitás ösztönző, pl. sejterápia, mely csak bizonyos országokban engedélyezett (forrás: Orvosi szolgáltatásokon alapuló önkéntes betegmobilitás lehetőségei Magyarország számára).

### **3. Amitől az egészségturizmus jelentős fellendülést vár**

2011 elején az Európai Unió a határon átnyúló betegjogokra vonatkozó Irányelvet fogalmazott meg (2011/24/EU), mely kimondja, hogy az EU tagállamaiban, az EU-s állampolgárok úgy vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, mintha azt saját országukban tették volna meg. A költségeket pedig a biztosítás helye szerinti tagállam biztosítója téríti meg, abban az esetben, ha az adott kezelés a küldő országban is támogatott lenne. Fontos, hogy a küldő ország kötelező biztosítója csak akkora összeget térít a kezelésre, melyet saját területén is nyújtott volna. Az irányelv az állami mellett a magán egészségügyi szolgáltatókra is vonatkozik. A tagországok a külföldi kezelés igénybevételét előzetes engedélyezéshez köthetik pl. költséges ellátások esetében. Az irányelv nem tejed ki a szervátültetés céljából történő szervhez jutásra. Amennyiben a kezelés adott tagállamban nem érhető el, nem tagadható meg a betegről, hogy egy másik tagállamban vegye igénybe az ellátást. A betegnek előre ki kell fizetnie a költségeket, melyet utófinanszírozásban a nemzeti hatóságok térítenek. Az uniós országok egyre gyakrabban írnak elő várakozási idő garanciát, melynek célja a megnövekedett várakozási idő csökkentése, mindez összhangban van a határon átnyúló ellátásra vonatkozó uniós szabályozással. Ugyan is, ha a

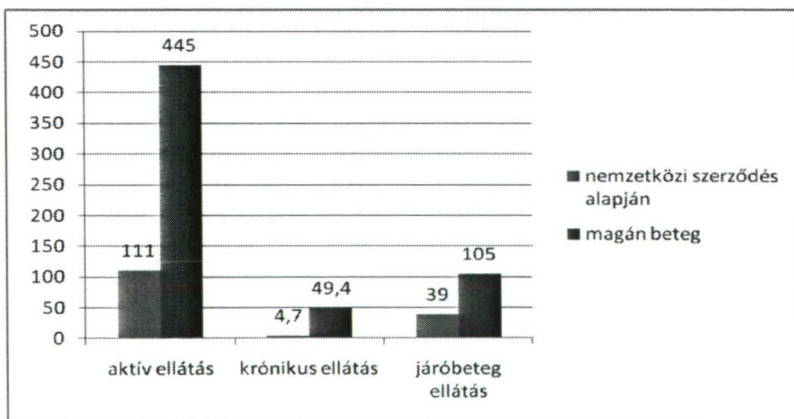
beteg az országos várakozási idő garanciákon belül nem jut ellátáshoz, lehetősége van más országban igénybe venni az ellátást. Az uniós országoknak 2013. október 25-ig kell átültetni az irányelvben foglalt szabályokat (GYEMSZI, 2013).

#### 4. Egészségturisztikai motivációval érkező külföldi betegek ellátása:

A külföldi állampolgárok egészségturisztikai motivációval, a közfinanszírozott egészségügyi ellátó rendszerbe az alábbi módon részesülhetnek ellátásban: beteg kötelező egészségbiztosítója térít közösségi egyezmény alapján (ekkor az OEP előfinanszíroz az ellátónak, majd a külföldi biztosító az OEP felé térít), vagy a beteg, illetve magánfinanszírozója térít. Az első esetben szükség van előzetes engedélyre és az ellátó az OEP-finanszírozás szerinti összegre jogosult, míg a második esetben nincs előzetes engedély és a szolgáltató az általa megszabott díjat kérheti. Természetesen az egészségturisztikai motivációval érkező betegforgalom esetén nem vizsgáljuk a sürgősségi eseteket. Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet felmérése szerint a közfinanszírozott intézményekbe érkező külföldi betegek az aktív ellátás számára hozták a legnagyobb külföldi forrást. (Magánbetegként, magán biztosító általi finanszírozás 445 millió Ft-ot, míg a nemzetközi szerződés alapján, a küldő ország kötelező biztosítója általi finanszírozás 111 millió Ft.) Eset számot tekintve a járóbeteg-ellátást vette igénybe a legtöbb külföldi beteg (nemzetközi szerződés alapján 66 488 fő, magánbetegként 163 021 fő). Ennek ellenére arányaiban kevesebb forgalmat generált (nemzetközi szerződés alapján történt finanszírozás 39 millió Ft, magánbetegként 105 millió Ft.) Mindez nem meglepő eredmény, hisz a fekvőbeteg ellátás jóval nagyobb költségekkel jár, mint a járó beteg ellátásban végezhető egy napos beavatkozások. E ponton találkozhat az orvosi és a wellnes turizmus. Ha a közintézmények nagyobb szerepet fordítanak a gyógyturizmusra, az igénybe vett orvosi kezelésekhöz komplex a gyógyturizmus más ágaival kiegészült kezeléseket nyújtanának, azzal növelhető lenne az itt tartózkodási idő, mely többlet forrást jelenthet.

4. ábra: A külföldi betegek által hozott forrás a közfinanszírozott intézményekben (bevétel HBCS súlyok alapján számolva millió Ft-ban)

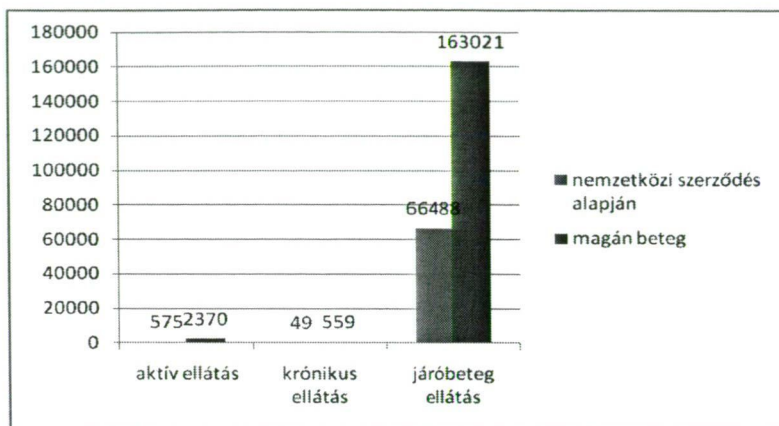
Figure 4. The foreign sources of public funded institutions



Forrás: Saját szerkesztés, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet kutatása alapján

Összesen az orvosi kezelésekre épülő turizmus a közfinanszírozott intézményekben körülbelül 754,1 millió Ft. forrást hozott. Ezen forrás közel 80%-át a térítésköteles, magánbetegek adták, mely mutatja, hogy van kereslet a külföldiek részéről a közfinanszírozott intézmények szolgáltatására, abban az esetben is ha a saját kötelező biztosítója nem térít. Természetesen cél lenne minél több külföldi forrás bevonása, hisz ez a hazai egészségügy számára plusz forrást jelent.

**5. ábra. Magyarországi közfinanszírozott intézmények betegforgalma (fő)**  
**Figure 5. foreign patients in publicly funded institutions**



*Forrás:* Saját szerkesztés, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet kutatása alapján

Az aktív ellátásba érkező betegek esetében, (akiknek költségeit a kötelező biztosító térítette) kimondott kezelés típus nem állapított meg a kutatás, míg a térítés köteles magánbetegek esetében a szem és nőgyógyászati beavatkozások voltak a legjellemzőbbek. A betegek nemzetiségét tekintve főként német és román állampolgárok voltak.

A közfinanszírozott intézmények által hozott forrás elenyésző a magánszolgáltatók által realizált eredményekhez képest, ugyanis becslések szerint 35 és 55 milliárd Ft között mozog a magán egészségügyi szolgáltatásokat célzó turizmus. Ebből becslések szerint egyedül a fogturizmus 80%-os részarányt képvisel! Emellett plasztikai sebészet, szemészet, nőgyógyászat adja a fennmaradó részarányt.

A magánszférában működő intézmények kis és közepes rendelőkben végzik a tevékenységüket. A messze kiemelkedő fogturizmus mellett az esztétikai célú plasztikai sebészet terület mondható még sikeresnek, mivel ezek a szakmák tudnak kisebb befektetéssel, az egészségügy rendszerétől függetlenebbül orvosi tevékenységet folytatni. Emellett ezen szakmák orvosai világhírűnek mondhatók. A betegek megnyeréséhez fontos a tevékenységre vonatkozó országimázs (melyet Magyarországnak erősítenie kell), illetve a szakmai eredmények és a minőségbiztosítás (ezen a téren is fejlesztésre szorulunk). A legtöbb beteg a küldő országokban működő tour-operatorokon keresztül vesz igénybe orvosi szolgáltatást. (A világ egészségügyi turizmusa)

## 5. Konklúzió

Látható, hogy az orvosi turizmus piacképes, húzó ágai (főként fogturizmus, plasztikai sebészet, szemészet stb.) magánszolgáltatók kezében összpontosul. Cél a közszolgáltatók

piaci helyzetének javítása lenne, ugyanis az üzemméretből fakadó előnyök, a komoly infrastrukturális háttér, a technika mind jó alapot szolgáltat egy kedvezőbb pozíció kialakítására. Emellett a határokon átnyúló egészségszolgáltatásra vonatkozó irányelvek is kedvezhetnek az orvosi turizmus piacának. Az EU-s országokban a maximális várakozási időre hozott rendelkezésekből adódóan lehetőségünk van a hiánypótló minőségi ellátások felé nyitni, hisz jelenleg Magyarország versenypozíciója a kedvező áraknak köszönhető. A távolabbi cél viszont az lenne, hogy a minőségi, hiánypótló kezelések irányába is elmozduljunk. Annál is inkább mivel a chicagói világkonferencián, (melyet egészséguturizmus témakörében tartottak) is elhangzott, hogy nem az ár az elsődleges szempont!

Fontos, hogy a külföldi kötelező biztosítók térítési szabályait ismerjük, tisztában legyünk a közfinanszírozott, illetve a nem támogatott kezelésekkal és kihasználjuk az adódó piaci rést. Ehhez természetesen versenyképes kórházi infrastruktúrára és megfelelő nyelvismeretre is szükség van.

Az Egészségügy Stratégiai Kutatóintézet egyik tanulmánya érdekes, ugyanakkor megfontolandó felvetést tesz egy új szervezeti forma kiépítésére, mely a közszolgáltatók piac-képességét javíthatná. Vagyis egy „közkórházra” épüljön egy „társ kórház”, a hazai és külföldi fizetős betegek részére. Ez a betegek szeparáltságát segítené, emellett a közintézmény szélesebb infrastrukturális háttérét is biztosítja (hotel szolgáltatás a fizetős betegeknek elszeparáltan, ugyanakkor közös használatú műtő, diagnosztika stb.) (ESKI, 2010). Tovább folytatva a gondolatmenetet ezzel lehetővé válna az egészségügyben a szolgáltatás differenciálás vagyis a magasabb szolgáltatás magasabb ár mellett. Fontos pozitív hatása lehet egy „társ kórháznak” az is, hogy a piacképes orvosi szakmákat a közszolgáltatók felé integrálja. A piacképes magán rendeléseken megjelent betegek műtéti, illetve egyéb komplexebb beavatkozást igénylő ellátása inkább a közintézményekben történik, míg a magánrendeléseken a konzultációs, tanácsadási tevékenység történik, vagyis a tényleges ellátás közpénzből valósul meg. Az orvost magán úton, magán betegként keresik fel, így a beteg részben magán betegnek érezheti magát annak ellenére, hogy az ellátása közintézményben történik. A beavatkozás utáni hálapénz pedig az ilyen irányú beteg utak esetében még inkább valószínűsíthető.

Fontos megjegyezni, hogy az állami szerepvállalásnak is nagy jelentősége van abban, hogy a világ viszonylatban is dinamikusan növekvő gyógyturizmus piaci igényeit ki tudjuk elégíteni, és fel tudjuk venni a versenyt a konkurens országokkal. Néhány országban megfigyelhető e fajta állami támogatás. India pl. alacsonyabb adókkal sújtja az egészségügyi szolgáltatásokat, India és Malajzia pedig könnyített vízum kiadással támogatja az ágazatot. (ESKI 2010). Magyarország esetében az Új Széchenyi terv kiemelten támogatja az egészséguturizmus egy szegmensét a fogturizmust, illetve az egészségipar is kiemelt támogatást élvez. Viszont azt tisztán kell látnunk, hogy a finanszírozási gondokkal küzdő egészségügyi rendszerünket helyre kell állítani, valamint az ebből fakadó egészségügyi dolgozók elvándorlását meg kell akadályozni, ami jelentős költségekkel jár. A jelenlegi rendszer fenntarthatatlan, a kedvezőtlen demográfiai hatások is nehezítik a finanszírozást, viszont látunk kell, hogy az egészségügy egy olyan terület mely jelentős ösztönző haszonnal bír, amibe érdemes sőt szükségszerű beruházni. Egy sikeres egészséguturisztikai pozíció, egy megfelelő ország imázs kiépítéséhez mindez nélkülözhetetlen.

Világtrend azt mutatja, hogy a legnagyobb presztízsű magán klinikák SPA részlegeket is kialakítanak. Európában pedig megfigyelhető az a jelenség, hogy a nagy gyógyturisztikai központok, melyek orvosi turizmuson alapuló tevékenységeket végeznek, hírnevüket először fürdővárosként szerezték. Néhány példa: német Baden Baden, Csehország és Szlovákia (Marienbad, Pöstyén), Olaszország (pl. Abano), Magyarország (Hévíz). Szá-



munkra azért is fontos ez a tény, mivel az egészségturisztikai kutatásunk jelentős része Hévízre irányul. A jelenlegi publikációnk célja, hogy egyrészt megvizsgáljuk az orvosi turizmus hazai gazdasági hatásait, másrészt hogy megalapozzuk a további hévízi kutatásunkat, ugyanis országos adatokkal szeretnénk összevetni a Hévízben rejlő orvosi turisztikai potenciált. Így a következő kutatási célunk, hogy megvizsgáljuk a hévízi kórház betegforgalmát, külföldi betegek arányát, a köz és magán finanszírozott kezeléseket, az orvosi turizmus forrásteremtő képességét. Illetve megvizsgáljuk, hogy a hévízi tóra épülő egyéb gyógyturisztikai szolgáltatások mekkora mértékben segítik az orvosi turizmus növekedését, és fordítva az orvosi turizmus mekkora mértékben növeli a gyógyvizekre épülő turizmus forgalmát.

Véleményem szerint igen szűkös adatbázis, kutatás áll rendelkezésre az orvosi turizmus gazdasági hatásainak vizsgálatára. Nehézséget okoz a magán szolgáltatók, magán betegforgalmának felmérése, sőt a kórházak részéről sem teljes az adatszolgáltatás, ami az orvosi turizmus forgalmára irányul. Csupán becslésekre hagyatkozunk, holott tisztán kellene látnunk a világ egyik legdinamikusabban fejlődő piacának tényleges hazai forgalmát. Kiváló kutatási témát ad egy megfelelő adatszolgáltatási rendszer kidolgozása, ami lehetővé teszi, hogy éves szinten pontosabb kimutatások készülhessenek, hisz csak így lehetünk potenciális versenytársak a piacon.

### Felhasznált irodalom

- A világ egészségügyi turizmusa, 2012. [http://www.turizmusonline.hu/tt\\_egeszsegturizmus/cikk/a\\_vilag\\_egeszseguji\\_turizmusa](http://www.turizmusonline.hu/tt_egeszsegturizmus/cikk/a_vilag_egeszseguji_turizmusa)
- Dr. Gidai Erzsébet (1998): A piac szerepe az egészségügyben – nemzetközi összehasonlítás. Egészségügy és piacgazdaság, Magyar tudományos Akadémia, Budapest.
- Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) (2009): Orvosi Szolgáltatásokra alapuló egészségturizmus tendenciái.
- Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (ESKI) (2010): Az egészségügyi turizmus jövőképe, szükséges fejlesztési irányai, Budapest.
- GYEMSZI (20103): A várólisták csökkentésére vonatkozó stratégiák nemzetközi áttekintése, Budapest.
- Magyar Turizmus Zrt. (2013): Az orvosi turizmus helyzete Ázsiában: Összefoglaló a mintel „Medical Tourism in Asia” című kiadványából. Budapest, 2013. október 4.
- Nemoda Mónika, Szántó Ákos, Barkai László (2012): Orvosi szolgáltatásokon alapuló önkéntes betegmobilitás lehetőségei Magyarország számára. Bibliogr.: p. 88. – Abstr. hun. In: Egészségtudományi Közlemények. – ISSN 2063-2142. – 2012. 2. évf. 1. sz., p. 83–88.
- Új Széchenyi terv
- Varga-Hatos Katalin, Karner Cecília (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők: Egészségügyi gazdasági szemle, 2008/2.