

AZ EGÉSZSÉGTURIZMUS JELENE ÉS JÖVŐJE

INTERJÚ AUGUST ÖSTERLE PROFESSZORRAL

August Österle (1963) a Budapesti Corvinus Egyetem Közgazdaságtudományi Karának címzetes egyetemi tanára, a Bécsi Közgazdasági Egyetem Szociálpolitikai Tanszékének egyetemi docense, az Egészségügyi Menedzsment és Egészség-gazdaságtani Kutatóintézet társvezetője, valamint az Idősödés Közgazdaságtana Kutatóintézet megbízott igazgatója. Az elmúlt másfél évtizedben tudományos munkatársként dolgozott olyan neves európai egyetemeken és kutatóintézetekben, mint a London School of Economics and Political Science, University of Bath, European University Institute Florence, Sciences Po Grenoble (korábban Institut d'Études Politiques) és a Bratislava University of Economics. A 2006/2007-es tanévben 6 hónapig vendégprofesszorként kutattott a Corvinus Egyetem Közzolgálati Tanszékéhez tartozó Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpontban. Legfontosabb kutatási témái az egészségügyi ellátás és a hosszú távú betegápolás közgazdasági és szociálpolitikai hatásainak vizsgálata, az EU szociálpolitikája, az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége, az idősek ellátásának fejlesztési lehetőségei valamint az egészség-gazdaságtan olyan határterületei, mint az egészségturizmus. 2012. október 15-én, az Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpont és az Egészség-gazdaságtani Diákkör (HEC) közös szervezésében August Österle professzort láthattuk vendégül. Előadása „Az egészség- és szépségipar közgazdaságtana” című kurzus részeként hangzott el. Az előadást követően August Österlével beszélgettünk.

Az elmúlt években az egészségturizmus minden eddiginél nagyobb szerephez jutott Magyarországon. Az egészségügyi szolgáltatások exportját tekintve az OECD országok sorában Csehországot követve a második helyet foglaljuk el, a teljes egészségügyre fordított kiadásaink 2,08 százalékát az egészségügyi szolgáltatások exportjára költjük [OECD Indicators: Health at a Glance 2011]. Mely területek exportja jelentős leginkább a magyarországi egészségturizmus szempontjából és mely országokból érkezik hozzánk a legtöbb külföldi beteg?

Magyarország főként a fogászati turizmus és kisebb mértékben – elsősorban kiváló gyógyvizei miatt – a wellness iparág szempontjából számít kiemelt úti célnak. Az országot egészségügyi szolgáltatások igénybevétele céljából felkereső külföldi állampolgárok főbb motiváló tényezői a minőség, az árak, a szolgáltatások elérhetősége és az ország közelsége (1. táblázat). A legtöbb beteg a szomszédos Ausztriából érkezik, de jelentős számban jönnek páciensek Svájc, Németország és nem utolsósorban az Egyesült Királyság területéről.

Melyek az előnyei és a hátrányai a Magyarország és Ausztria közti egészségturizmusnak az egyik, illetve a másik ország szemszögéből?

Magyarország egészségügyi szolgáltatásexportjának nagy részét a fogászati ellátás teszi ki, ezért ennek példáján keresztül szeretném megválaszolni a kérdést. Ausztria szemszögéből elmondhatjuk, hogy mikroszinten az osztrák fogorvosok a fogászati turizmus miatt elveszítik a betegkörük egy részét, makroszinten pedig mindez bevételkiesést jelent az országnak. Az utóbbi időben számos fórumon, például a médiában és a fogyasztóvédelmi hatóságon keresztül arról próbálták meggyőzni a közvéleményt, hogy a magyarországi ellátás minősége és megbízhatósága nagy kívánni valót maga után. Az emberek racionális fogyasztók, alacsony áron magas minőséget szeretnének. Egy osztrák fogorvossal készített interjúban elhangzott az az állítás, hogy ha közelebbről megnézzük a minőséggel kapcsolatosan felmerülő problémákat, akkor a határ mindkét oldalán igaz, hogy eddig, ha valahol kerestek problémát, ott találtak is. Úgy gondolom azonban, hogy Ausztriának előnye is származik a határokon átvívelő turizmusból adódó versenyhelyzetből, mert ösztönzi az osztrák fogorvosokat, hogy folyamatosan javítsanak szolgáltatásuk minőségén.

1. táblázat: A fogászati turizmust meghatározó tényezők

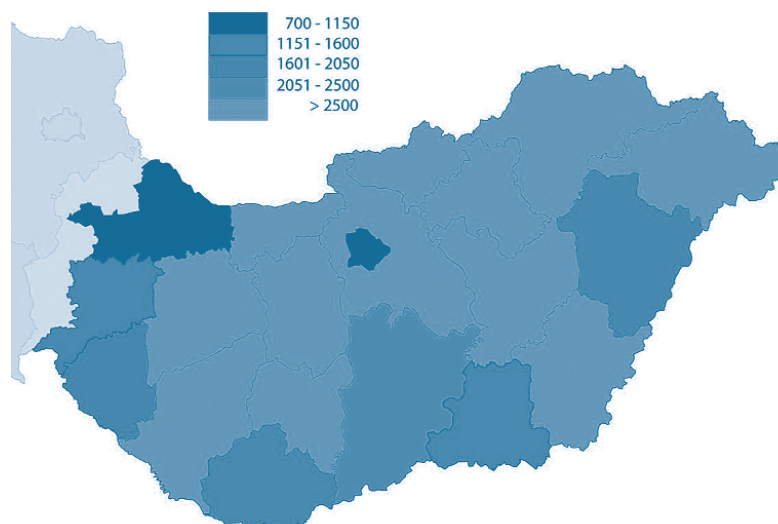
	Budapest (N=381, százalék)	Nyugat-Magyarország (N=162, százalék)
Alacsony árak	89,5	95,1
Jobb szolgáltatás	53,5	51,9
Barátságos környezet	29,7	45,7
Földrajzi közelség	18,9	24,1
Jobb minőség	18,6	17,3

Forrás: Österle, Balazs és Delgado [2009].

Magyarország szempontjából az egészségturizmus remek bevételi forrás a fogorvosok számára. Ha megnézzük az egy fogorvosra jutó lakosok számát a magyar megyékben, akkor azt tapasztalhatjuk, hogy Budapesten és az ország nyugati részén kiugróan sok praxis található (1. ábra). További felmerülő probléma, hogy egyes fogorvosok kifejezetten a nemzetközi páciensekre szakosodnak, mások pedig két-szintű ellátási rendszert alakítanak ki praxisukban: van egy árkategória a külföldi betegeknek, egy pedig a hazaiaknak, ráadásul ez a két forma minőségbeli eltérést is takar.

Milyen változásokat hozott az internet és a közösségi oldalak használatának elterjedése az egészségturizmus területén?

Az internet jelentős információáradatot zúdított az egészségturizmus területére: egyfelől tájékozási forrás a nemzetközi betegek részére, másfelől kiaknázható és jól hasznosítható marketinglehetőség a szolgáltatást kínálóknak. Az internetes forrásokból informálódás legfőbb veszélye, hogy a szolgáltatást keresők egy-egy honlap felkeresésével általában az olyan igazán lényeges információkhoz nem juthatnak hozzá, mint a szolgáltatás minősége. Úgy gondolom, az egészségturizmus egy olyan terület, ahol az internet szerepe habár egyértelműen erősödik, de összességében még gyerekcipőben jár. Rengeteg fejlődésre számíthatunk még a területen.



Forrás: August Österle előadása a Budapesti Corvinus Egyetemen [2012]

1. ábra: Fogorvosi praxisok eloszlása Magyarországon, 1 fogorvosra jutó lakosok száma

Az EU27 országaiban az egészségügyi rendszerek között hatalmas különbségeket találunk, mind intézményi, mind finanszírozási szempontból. Az újonnan belépők és a régi országok nemzeti jövedelme és egészségügyre fordított kiadásai szintén jelentősen eltérnek. Hogyan lehet ezt a 27 különböző rendszert harmonizálni, egyáltalán szükséges-e az egészségügyi rendszerek integrációja vagy elegendő megmaradni az irányelvekkel történő szabályozásnál és ezek nemzetenkénti adaptációjának elérésénél?

Úgy gondolom, hosszú út vezet egy összehangolt európai egészségügyi rendszer megszületéséhez, elsősorban azért, mert egyelőre az egészségügy az EU-n belül tagállami feladatkör és a nemzetek részéről rendkívül alacsony a hajlandóság az együttműködésre ezen a téren. Ha az én egyik szakterületemet, az egészségturizmust nézzük, amelyről most is előadást tartottam itt a Corvinuson, elmondhatjuk, hogy a határokon átvélt turizmus valamennyire rákényszeríti a szomszédos államokat, hogy megismerjék a másik ország egészségügyi rendszerének felépítését és működését. Az Európai Parlament 2011 januárjában jóváhagyta a határokon átvélt egészségügyi szolgáltatásokról szóló irányelv módosítását, amelyet a tagállamoknak 2013. október 25-ig át kell ültetniük saját jogrendszereikbe. Ebben az irányelvben (az Európai Parlament és a Tanács 2011/24/EU irányelve) pontosan meghatározták az Európai Unió területén igénybevett egészségügyi szolgáltatáshoz való hozzáférés és a tagállamok közötti fizetés szabályait. Az irányelvekkel való szabályozás közelebb hozza egymáshoz az egyes országok berendezkedéseit, egyszerűbbé teszi az átjárhatóságot a rendszerek között, de véleményem szerint a közeljövőben semmiképp nem várható, hogy egy közös európai egészségügy jöjjön létre. Egyes területeken azonban (például ilyen a kórházi ellátás DRG finanszírozási formája: Magyaror-

szágon HBCs), már most is közös alapelvekre épül a rendszer. Az európai nemzetállamok még csupán tapogatóznak és tanulnak, sok a gazdasági vita és feszültség az egészségügyben. A jövőben talán az egyes tagállamok nemzeti egészségbiztosítói közti együttműködésektől és szerződésektől várható, hogy közelíthetik az országokat egymáshoz.

Említette, hogy az EU országai jelenleg is tanulási folyamaton mennek keresztül. Mit tanulhat Magyarország Ausztriától az egészségügyi rendszerek működtetése terén?

Egyik ország egészségügyi rendszerét sem lehet egy az egyben átültetni egy másik országba, mert az biztosan működésképtelen lesz, hiszen az egyes tagállamok eltérő történelmi örökséggel, intézményi és finanszírozási rendszerrel rendelkeznek, amelyeket nem lehet eltörölni egyik napról a másikra. Azonban úgy gondolom, hogy ha a magyar egészségügyben kiválasztunk egy megoldásra váró problémát, elemzést végzünk, és amennyiben úgy találjuk, hogy az osztrák modell erre a konkrétan körülhatárolt területre alkalmazható lesz, akkor érdemes tanulni Ausztriától és megvalósítani az ottani példát, mert így hatékonyabbá tehetjük a rendszer működését.

Az utóbbi évtizedben, a kelet-közép-európai országokban, így Magyarországon is felerősödött a trend, hogy az egészségügyi dolgozók – elsősorban az orvosok és a nővérek – az EU nyugati országaiban vállalnak munkát a magasabb bérek és jobb életkörülmények reményében. 2012-ben Magyarországon életbe lépett egy új törvényi szabályozás, amely kimondja, hogy azok az állampolgárok, akik a felsőoktatásban államilag finanszírozott képzésben szereznek diplomát, a végzésüket követő 20 évben képzésük éveinek kétszeresét – ez az orvosok esetében minimum 12 évet jelent – kötelesek Magyarországon dolgozni, ellenkező esetben kamatostul vissza kell fizetniük képzésük költségeit. Hogyan vélekedik erről a döntésről szociálpolitikai szempontból?

Mivel az Európai Unió négy szabadságelve közül az egyik a munkaerő szabad áramlása, ezért úgy gondolom ez a kérdés nemcsak Magyarországot érinti, hanem az uniót is, tehát az Uniónak foglalkoznia kell ezzel a törvénnyel. Érdekes, hogy van egy ehhez hasonló probléma Ausztriában: az orvosi egyetemeinken a német nemzetiségű hallgatók száma jelentősen megnőtt, egyes helyeken eléri az 50 százalékot. Ausztriát ez hátrányosan érinti, mert a német hallgatók végzésük után hazamennek munkát vállalni. A magyar ügyhöz hasonlóan felmerül a kérdés, Ausztria miért finanszírozza a német hallgatók orvoscépzését, akik utána nem az osztrák egészségügyben helyezkednek el? Egyes politikusaink ezért azzal érveltek, hogy szerződést kellene bevezetni vagy 20–25 százalékon maximalizálni az orvosi egyetemekre felvehető német nemzetiségű hallgatók arányát. Azt gondolom, Magyarországon súlyosabb a probléma, mert az ország költségvetéséhez képest sokat fordítanak az orvoscépzésre és a magyar orvosi diploma teljes mértékben elfogadott az EU-ban, így az orvosok könnyedén tudnak munkát vállalni más országban. Én személy szerint igazságtalannak tartom, hogy az ország befektet a képzésbe és nem kap vissza semmit, de

a másik oldalon ott van az EU-n belül a személyek szabad áramlását biztosító alapelv, amelynek meg kellene felelni, mert Magyarország tagja az európai közösségnek. Valamilyen korlátozásra szükség van, és talán amikor több tagállamban is felmerülnek hasonló szabályozások, az nyomást gyakorolhat az EU felsőbb szintjeire, hogy központilag keressünk megoldást a problémára.

2006–2007-ben a Corvinus Egyetem címzetes egyetemi tanáráként fél évet töltött Budapesten, azóta is rendszeresen visszatér hozzánk előadásokat tartani, illetve közös kutatásokban vesz részt az Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpontban. Hogyan került kapcsolatba a Corvinusszal, milyen közös kutatásokban vett részt egyetemünkkel?

2006 nyarán Budapesten rendezték a 6. Európai Egészség-gazdaságtani Konferenciát, amelyen részt vettem a tudományos bíráló bizottság munkájában. Ekkor ismerkedtem meg a bizottság elnökével, *Gulácsi Lászlóval*, a Corvinus Egyetem Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi Technológiaelemzési Kutatóközpontjának vezetőjével. A konferencia előkészületi munkái során olyan kiváló egészség-gazdaságtani szakértőkkel dolgozhattam együtt, mint *Werner Brouwer*, *Livio Garratini* és persze *Gulácsi László*.

Később, amikor fél évig itt dolgoztam a Corvinuson, a hosszú távú betegápolás (long term care) és az idősellátás rendszerének fejlesztési lehetőségeit vizsgáltuk a kelet-közép-európai országokban. Közös kutatásunk eredményeiből egy könyv is született [Érsek et al. 2011]. A kutatóközpont munkatársai más, long term care területen végzett, Európai Parlament által finanszírozott kutatásokban is részt vettek, amelyek eredményeit szintén egy könyvben publikálták [Genet et al. 2012, Garms-Homolova et al. 2012]. A kutatóközpont más kutatási eredményeit is ismerem, ezeket nagyon fontosnak tartom [Gulácsi et al. 2007, Gulácsi et al. 2009, Gulácsi et al. 2012, Minier et al. 2010, Péntek et al. 2007, Péntek et al. 2008]. Remélem, hogy a jövőben még további közös munkákon dolgozhatunk együtt, ezzel is csökkentve a Bécs és Budapest közti távolságot.

Milyen élmények kötik ide, Budapesten kívül esetleg más magyar városokba is ellátogatott már?

Mindig öröm számomra Budapestre visszatérni, szeretek itt lenni. Budapesten kívül jártam már Pécsen és a Balatonnál, de egyszer szeretnék eljutni az ország keleti részébe is, talán Debrecenbe. Pécsen személyesen *Gulácsi tanár úr* volt az idegenvezetőm, együtt látogattunk el a világörökség részét képező, negyedik századi ókeresztény sírkamrákhoz. Valójában neki köszönhetem, hogy egyáltalán láthattam a sírkamrákat, mert pont azon a napon, amikor leutaztunk Pécsre, a régészeti tárlat épp zárva volt, de *László* addig-addig kérlelte őket, hogy végül csak a mi részünkre kinyitották a múzeumot. Örülök, hogy nem maradtunk le róla, mert nagyon tetszett, óriási élmény volt.

Köszönöm a beszélgetést!

RENCZ FANNI

IRODALOM

- Garms-Homolova, V., Naiditch, M., Fagerstrom, C., Melchiorre M. G., Gulácsi L., Hutchinson, A. (2012): Chapter 3 „Clients in focus”. In: Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman R. (szerk.): *Home Care in Europe*, World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Genet, N., Kroneman, M., Chiatti, C., Gulácsi L., Boerma, W. (2012): Chapter 2 „The policy perspective”. In: Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A., Saltman R. (szerk.): *Home Care in Europe*. World Health Organization 2012, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gulácsi L. (2007): „The time for cost-effectiveness in the new European Union member states, The development and role of health economics and technology assessment in the mirror of the Hungarian experience” *European Journal of Health Economics* 8(2): 83–88.
- Gulácsi L., Brodszky V., Péntek M., Varga S., Vas G., Boncz I. (2009): „History of health technology assessment in Hungary” *International Journal Technology Assessment Health Care* 1: 120–126.
- Gulácsi L., Orlewska, E., Péntek M. (2012): „Health economics and health technology assessment in Central and Eastern Europe: a dose of reality” *European Journal of Health Economics* 13: 525–531.
- Érsek K., Mészáros K., Gulácsi L. (2011): „Long term care in Hungary: Between health and social care” In: Österle, A. (szerk.): *Long-term care in Central and Eastern Europe*. Peter Lang, Frankfurt am Main.
- Minier, T., Péntek M., Brodszky, V., Ecseki A., Kárpáti K., Polgár A., Czirják L., Gulácsi L. (2010): „Cost-of-illness of patients with systemic sclerosis” *Rheumatology* (Oxford), 49(10): 1920–1928.
- OECD Indicators: *Health at a Glance 2011* <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf> Lekérdezve: 2012. 10. 23.
- Österle, A., Balázs P., Delgado, J. (2009): „Travelling for teeth: characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary” *British Dental Journal* 206: 425–428.
- Österle, A. (szerk.) (2011): *Long-term care in Central and Eastern Europe* Frankfurt am Main, Peter Lang.
- Péntek M., Kobelt M. Czirják L., Szekanecz Z., Poór Gy., Rojkovich B., Polgár A., Genti Gy., György Kiss Cs., Brodszky V., Májer I., Gulácsi L. (2007): „Costs of rheumatoid arthritis in Hungary” *Journal of Rheumatology* 34: 1437–1439.
- Péntek M., Horváth C., Boncz I., Falusi Z., Tóth E., Sebestyén A., Majer I., Brodszky V., Gulácsi L. (2008): „Epidemiology of osteoporosis related fractures in Hungary from the nationwide health insurance database 1999–2003” *Osteoporosis International* 19: 243–249.