

A párhuzamos valóság – a magán-egészségügyi rendszer kiépülése

Lantos Gabriella

10.61501/TRIP.2018.16

1. Bevezetés

Az állami egészségügy állapota és a szolgáltatás minősége a hétköznapi életben és a médiában is rendszeresen visszatérő beszédtema. Nem véletlenül, hisz rengeteg embert érint. Ennek ellenére a GDP 5 százalékánál alig valamivel többet költenek rá.

A magánegészségügyről azonban a legritkábban esik szó, csak csendben elkezdtek használni az emberek. A középosztály tagjai anélkül járnak magánrendelőkhöz, hogy sokat töprengenének azon, miért is kell az állami egészségügyre költött összegnek még a felét elkölteniük, ha gyorsan és jó körülmények közt akarnak gyógyulni. Ugyanis az a magánegészségügy, amelyik húsz évvel ezelőtt még a gazdagok luxusa volt, az elmúlt tíz évben a hétköznapi élet részévé vált. Az utóbbi időben pedig kezd rendszerre összeállni. Ez a tanulmány ennek a tízéves folyamatnak az eredményét mutatja be: az elemeiben ismerős, de struktúrájában ismeretlen magánegészségügy láttelepe.

Magánegészségügy már a 60-es években is létezett, a vezető elvtársnők Rotschild Klára Váci utcai szalonja után a szomszéd házában a nőgyógyászukat is felkeresték, ha látták, hogy a főorvos úr nyugati márkájú kocsija épp ott parkol. A szocializmus hiánygazdasága miatt később a lakásrendelők egyre szaporodtak. Budapesten és a nagyvárosokban sokaknak lett nőgyógyásza, fogásza, házhoz kijáró gyerekorvosa, később még plasztikai sebésze is. Ezekre azonban mind a praktizáló orvosok, mind a betegek az állami egészségügyet kiegészítő kisipari tevékenységként tekintettek. Az első komplex ellátást nyújtó intézmények csak a rendszerváltás után, az 1990-es években jöttek létre, a Kaáli Intézet után a Medicovert, a Telki Kórház, a Budai Egészségközpont, több laborszolgáltató és diagnosztikai központ.

Ezek azonban kezdeti elszigetelt próbálkozások voltak, egészen a 2008-as szociális népszavazásig. Akkor vált világossá, hogy bezárult az időkapu. Húsz évvel a rendszerváltás után a nagy elosztórendszerek strukturális átalakítását már nem fogadja el a magyar társadalom. Ez alatt a húsz év alatt nem akadt egyetlen

szereplő sem, aki segítene volna megértetni a közvéleménnyel egy közgazdasági egyszeregyet. Azt, hogy az egészségügyben gyors, olcsó és közelben lévő ellátást nem lehet egy időben nyújtani. Ezért dönteni kellett volna, mi igazán fontos, és miről hajlandók az emberek lemondani. Ez a szembenézés elmaradt.

A szociális népszavazással az is világossá vált, hogy kevés munkavállaló alacsony összegű befizetéséből ezeket a mozdulatlan nagy rendszereket nem lehet európai színvonalon fenntartani (a felnőtt lakosság alig negyede fizet a minimálbérnél magasabb összeget az egészségügyi ellátásért – *Lantos G.*, 2016b). Válság idején és azt követően pedig végképp nincs elég forrás. Mindez pedig azzal a következménnyel járt, hogy az egységesülő európai munkaerőpiac először az egészségügyi személyzetnek tudott visszautasíthatatlan ajánlatot tenni. Az állami egészségügyet ma három tagadás jellemzi: nem volt reform, nincs pénz, és nem lesz elég képzett munkaerő.

Mindeztől függetlenül a választás kényszere ma is megvan. Dönteni kell arról, hogy a három, egy időben teljesíthetetlen feltétel közül melyikről mondunk le: gyors, olcsó vagy közeli legyen-e az ellátás. A magyar társadalom ebben a döntésében (is) rendkívül megosztott. Az egyik csoportnak az a legfontosabb, hogy olcsó (ingyenes) legyen. Az is jó, ha közel van. Hát, legfeljebb nem elég gyors. Ők azok, akik az állami egészségügyet használják. Az ő szempontjaikra figyelnek a politikai szereplők, pártállástól függetlenül. Legyen több pénz, és akkor minden jó lesz. Ha majd lesz pénz, minden rendbe jön.

A másik csoport nem biztos, hogy ismeri a közgazdasági közhelyeket, de érzi, hogy nem kap gyorsan jó ellátást. Nekik pedig az idő pénz. Persze jó, ha a közelben van. Ok, legfeljebb nem olcsó. Akik így gondolkodnak, ők a magánegészségügyet választották. Mivel az ő érdekeiket nem képviseli senki, másodjára is belenyúlnak a pénztárcájukba, miután már befizették a tb-járulékukat – mások ellátására. Ahogy romlott az állami ellátás színvonala, úgy lettek egyre többen. Ha pedig bővül a kereslet, vele együtt bővül a kínálat is. Felnőtt és gyerek járóbeteg-ellátás, labor, diagnosztika, egynapos sebészet, szülészet, kórházi ellátás az életet nem veszélyeztető betegségekben, ápolás, rehabilitáció. Rövid idő alatt egész rendszerre állt össze a magánegészségügy.

Az ezt a folyamatot vizsgáló tanulmány három részből áll. Az elsőben az állami költségek szerkezetét és az így elért egészségnyereséget/veszteséget tekintem át. Majd a magánegészségügy iránti keresletet: tehát a betegek igényeit; végül pedig a kínálatot: a magánszolgáltatók típusait vizsgálom. Mivel ez a szektor eddig nem keltette fel az állami intézmények érdeklődését, ezért kevés publikált kutatási adat állt rendelkezésemre. A magánszektorban természetesen vannak a piaci trendeket figyelő szereplők, köszönet nekik a rendelkezésemre bocsátott adatokért.

2. Az állami egészségügyi ellátás taszító ereje

Magyarországon az egészségügyi kiadások egyharmadát magánforrások fedezik. Ez az arány a duplája az OECD-átlagnak, és szinte a legmagasabb az Európai Unióban, csak a válságból még mindig kilábalni nem tudó Görögországban és Portugáliában nagyobb ez a szám. Nem véletlen az, hogy ilyen kimagaslóan magas a magánköltések aránya: az állami költések szintje viszont rendkívül alacsony. 2016-ban a magyar kormány a GDP 5,2 százalékát költötte egészségügyi kiadásokra (1. táblázat), ami csak kétharmada a 7,8 százalékos OECD-átlagnak. Így, az állami és magánforrásokból együtt sem költ többet az ország, mint a GDP 7,6 százaléka, ami az OECD 9,9 százalékos átlagának a háromnegyede. Más szempontból vizsgálva azt is mondhatjuk, hogy Magyarországon az összes szereplő arányaiban éppen annyit költ egészségügyre, mint egy átlagos OECD-országban az állam egyedül.

1. táblázat. Magán- és állami szerepvállalás az egészségügyi finanszírozásában, 2016

	Egészségügyi				
	kiadások a GDP százalékában	állami kiadások	állami kiadások/fő dollár vásárlóerő- paritáson	magánkiadások a GDP százalékában	magánkiadások aránya az összes kiadás százalékában
Hollandia	10,5	8,5	4353	2,0	19
Ausztria	10,4	7,8	5395	2,5	24
Csehország	7,3	6,0	2097	1,3	19
Szlovákia	6,9	5,5	1592	1,4	20
Magyarország	7,6	5,2	1437	2,4	32

Forrás: Health Status–OECD.Stat, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879> alapján saját számítások, 2018. március.

De ez még nem minden! Ugyanis az alacsony mértékű állami finanszírozás és az alacsony GDP együttes következménye az, hogy Magyarországon az egy főre jutó egészségügyi közkiadás a jómódú országok kiadásainak harmadát sem éri el, az OECD-átlagnak a fele. Ennyiből nem lehet mindenki számára minden igényt kielégítő állami egészségügyet működtetni, így marad a nivelláltan rossz egészségügyi ellátás.

A nagyon alacsony állami kiadásokat és az alacsony színvonalat a betegek azzal kompenzálják, hogy aránytalanul sokat költenek még a saját jövedelmükből is egészségügyi ellátásra.

2. táblázat. Magánfinanszírozott kiadások és megoszlásuk a járó- és fekvőellátásban 2016-ban, (vásárlóerő-paritáson számolt dollár)

	Összes magán-kiadás	Összes magán-kiadás/fő	Járóbeteg-kiadás/fő	Kórházi kiadás/fő
Hollandia	17 519	1031	358	139
Ausztria	11 036	1270	410	191
Csehország	4 721	447	121	25
Szlovákia	2 358	434	62	70
Magyarország	6 555	667	241	60

Forrás: Health Status – OECD. Stat, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879> alapján saját számítások 2018.március

A számok magukért beszélnek. Évente a magyarok fejenként 200 000 forint körüli összeget költenek saját forrásból egészségügyi kiadásokra. Ez a fejlett országokban kiadott összeg fele, és a környező országok polgárainál egyharmaddal több. Különösen sokat költenek a betegek járóbeteg-ellátásra (erre a tényre később még visszatérünk).

Felmerül a kérdés, miért költenek ilyen sokat a magyar háztartások egészségügyre akkor, ha az aktív korú alkalmazottak tb-járulékot is fizetnek, a bruttó jövedelmük 7 százalékát? A kézenfekvő magyarázat az, hogy nem statisztikákat böngésznek, sokkal inkább a bőrükön érzik azt, amit egyébként a számok is mutatnak. Az alacsony színvonalú állami ellátás legsúlyosabb, sőt visszafordíthatatlan következménye az, hogy mi sokkal korábban halunk meg, mint európai sorstársaink. Az életünkkel fizetünk a rossz egészségi ellátásért. A 40 éves korban várható élettartamban a nők abszolút listazárók, a férfiak esetében csak Litvánia van rosszabb pozícióban (3. táblázat). A sokkal rövidebb élettartamnak két fő oka van és mindkettőben nagyon rossz a magyar egészségügy teljesítménye. Nézzük a 4. táblázat számait!

3. táblázat. A negyvenéves korban várható élettartam, 2015

Ország	várható éveinek száma	
	40 éves nő	40 éves férfi
Hollandia	43,9	40,8
Ausztria	44,0	40,0
Csehország	42,3	37,0
Szlovákia	41,2	34,8
Magyarország	39,8	33,7

Forrás: Health Status – OECD. Stat, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879> alapján saját számítások, 2018.március.

4. táblázat. A leggyakoribb halálokok 100 000 főre vetítve, 2014

Ország	Rákban el- hunytak száma/100 000 fő	Koszorúér betegség- ben elhunytak száma/100 000 fő	Koszorúér-betegség halálkozásban javulás az utóbbi 25 évben (százalék)
Hollandia	224	46	75
Ausztria	197	131	42
Csehország	220	237	46
Szlovákia	259	291	21
Magyarország	282	288	13

Forrás: Health Status – OECD. Stat, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879> alapján saját számítások 2018. március

A halálozás negyedéért a rák a felelős. A rákban elhunytak száma az egész OECD-ben Magyarországon a legmagasabb, ma is, és ez 25 éve is így volt. A javulás mértéke elhanyagolható. A másik vezető halálokok a szívbetegség, ez okozza az összes halálozás felét. Az ehhez vezető koszorúér-betegségek miatti halálozásban is sereghajtók vagyunk az OECD-ben, de ebben Szlovákia, Lettország és Litvánia még kedvezőtlenebb helyzetben van. A javulás azonban ennek a betegségnek a gyógyításában is elhanyagolható, a cseh és osztrák értékek harmada.

Összefoglalva tehát, a magyar állam nem fordít elegendő forrást a betegek gyógyítására, és az egészségügyi rendszer rossz működése miatt nem is tudja megóvni attól a polgárait, hogy az Európai Unióban szinte a legkorábban haljanak meg. Ezt az OECD a következőképpen adja tudtunkra: „A tanulmány becslése szerint Magyarország az egészségügyi rendszernek az egészségüghöz rendelt források és az elért eredmények közötti kapcsolattal mért hatékonysága tekintetében az EU-n belül az alsó negyedben teljesített. A hatékonyság hiánya strukturális tényezőkhez köthető. A szolgáltatásnyújtás továbbra is erősen kórházközpontú, amihez az alapellátás és a krónikus betegségben szenvedők ellátásának koordinálása terén jelentős hiányosságok társulnak (OECD/EOHSP, 2017).” (EB, 2018, 31. o.).

3. A magánegészségügyre szánt források és megoszlásuk

A fentiek fényében nem tűnik véletlennek tehát az, hogy a magyar egészségügyi kiadások harmada magánforrás. Ilyen állami egészségügy mellett működésbe lép az emberek természetes életösztöne. Nézzük meg, hogy ki mire és mennyit költ egészségügyben (5. táblázat)!

5. táblázat. Magán- és állami egészségügyi kiadások megoszlása Magyarországon, 2015 (milliárd forint)

Egészségügyi kiadás	Milliárd forint
Összes kiadás	2669
Összes járóbeteg-kiadás	546
Összes fekvőbeteg-kiadás	885
Állami kiadás összesen	1822
Állami járóbeteg-kiadás összesen	236
Állami fekvőbeteg-kiadás összesen	808
Magánkiadás összesen	847
Magán-járóbetegkiadás összesen	310
Magán-fekvőbetegkiadás összesen	77

Forrás: Health Status – OECD.Stat, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879> alapján saját számítások 2018.március.

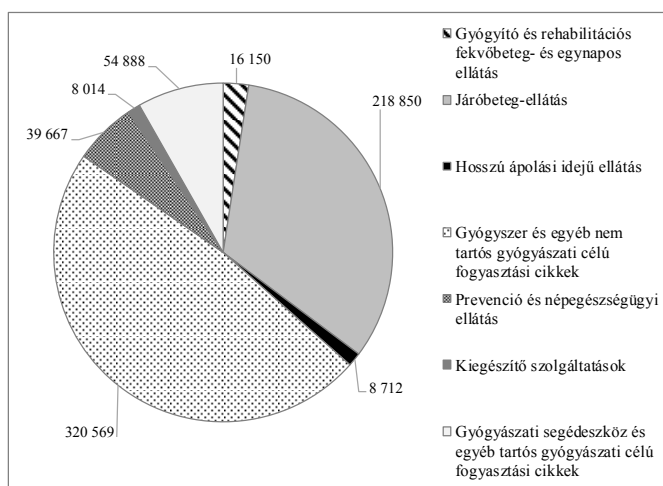
A legfontosabb trend az, hogy a magánszférában és az állami finanszírozásban pont ellentétes a szempont érvényesül. Míg az állami kiadások a kórházi ellátásra helyezik a hangsúlyt (miként erre a fenti OECD-tanulmány is rámutatott), addig a magánszférában a járóbeteg-rendelések finanszírozása a kimagasló, négyszerese a magánkórházi kiadásoknak. Ez egyáltalán nem véletlen, a fő ok a kettős finanszírozás tilalma. Emiatt egy ellátást Magyarországon ma vagy állami, vagy magánforrásból lehet finanszírozni, a közös finanszírozást büntetik. Emiatt a betegek jelentős része csak a relatíve olcsóbb járóbeteg-ellátás költségeit képes saját forrásból kifizetni, a legalább egy nagyságrenddel drágább, 200 000 forintnál kezdődő kórházi ellátást csak sokkal kevesebben engedhetik meg maguknak. Az állami szabályozási eszköz, a kettős finanszírozás tilalma így válik piacformáló erővé a tőle elvileg független magánszférában is.

A kettős finanszírozás tilalma magyarázza a másik, korábban már említett váratlan trendet is. 2016-ban a járóbeteg-ellátásban elköltött magánforrások már meghaladják az állami finanszírozást, tehát a lakosság többet költött a szakrendelésekre (25 százalékkal), mint az állami biztosító! Ez persze nem azt jelenti, hogy a magánellátásban több orvos–beteg találkozás történt volna (erre azonban sajnos nincsenek adatok), hanem azt, hogy mivel a piaci árhoz képest rendkívül alacsony az állami járóbeteg-ellátás finanszírozása, a magánkiadások még alacsonyabb volumen mellett is meghaladják az államit.

Ez a feltételezés azon a tényen alapszik, hogy a magánrendelőkben a szakorvosi konzultáció ára (12–25 ezer forint) 10–20-szorosa (!!!) az ugyanazért a tevékenységért kifizetett „német pontnak” az állami ellátásban.¹

Ha alaposabban vizsgálni akarjuk a magán-egészségügyi kiadásokat, akkor egy Lantos Csaba által ebben a témakörben készített – egy MABISZ-konferencián bemutatott – számítása a legrészletesebb (Lantos Cs., 2016). 2012-ben a teljes magánköltést 825 milliárd forintra becsülte, aminek a legnagyobb tétele a lakossági kiadások (631,149 milliárd forint) voltak. Ennek 51 százaléka gyógyszerköltség, 46 százaléka pedig egészségügyi szolgáltatás, tehát jórészt járó- és fekvőbeteg-ellátás volt (1. ábra). Az 5. táblázat adataihoz képest pedig azt láthatjuk, hogy a belső arányok azóta sem változtak, csak a piac bővült négy év alatt 25 százalékkal. 2016-ra a magán-egészségügyi háztartási kiadás a korábbi 631 milliárd Ft-ról 847 milliárd forintra nőtt az OECD szerint.

1. ábra. A 631 milliárd forint értékű háztartási egészségügyi kiadások részletei, 2012 (millió forint)



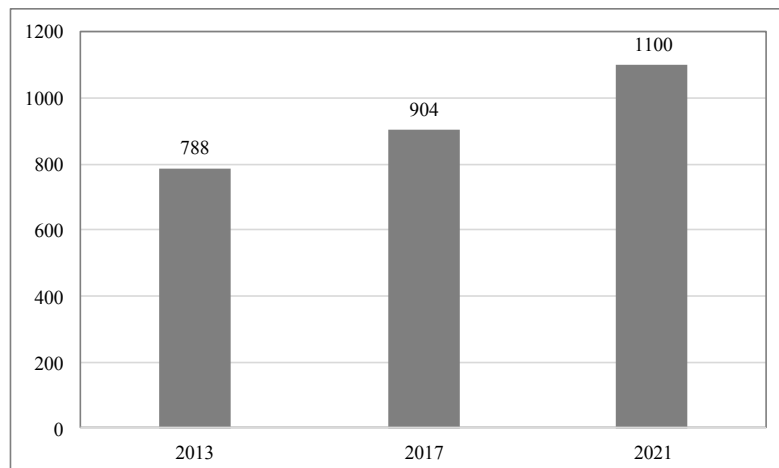
Forrás: Lantos Cs. (2016).

¹ A német pontrendszer a járóbeteg-szakellátás jellemző finanszírozási módja Magyarországon. A beavatkozások díjtételei (illetve az azok meghatározásához szükséges pontértékek) az 1990-es évek elején a német egészségbiztosítási ponttáblázat alapulvételével kerültek meghatározásra. Az ilyen típusú finanszírozási (illetve teljesítménymérési) technikát, amikor az egyes tevékenységek egy listába vannak rendezve és mindegyikhez egy térítési érték (pont vagy közvetlenül pénzben kifejezett érték) tartozik, a szakirodalom *fee for service* típusú finanszírozásnak (teljesítménymérésnek) nevezi.

Lantos Csaba számításai szerint 2012-ben a 825 milliárd forintos teljes magán-egészségügyi piac legnagyobb szereplője a lakosság volt, az 1. ábrán részletezett 631 milliárd forintos kiadási tétellel. 91 milliárd forinttal jelentős szereplők voltak a vállalatok és 59 milliárd forinttal az egészségpénztárak is. Ekkor még az azóta már mérhető egészségbiztosítások egyáltalán nem játszottak szerepet a magánellátások finanszírozásában. Az elmúlt hat év trendjeit figyelve, bátran kijelenthető, hogy ennek a 2012-ben még 825 milliárd forint forgalmú piacnak a terjedelme mára biztosan 1000 milliárd forint körül van.

Hasonló következtetésre jutott a Primus Egyesület is, amely a legnagyobb és legtisztábban működő magán-egészségügyi szolgáltatókat tömöríti. Konzervatív becslésük szerint legalább évi 4-5 százalékkal bővül ez a piac, és 2019-re eléri az 1100 milliárd forintot (2. ábra).

2. ábra. A magán-egészségügyi költségek növekedése, 2013–2021
(milliárd forint)



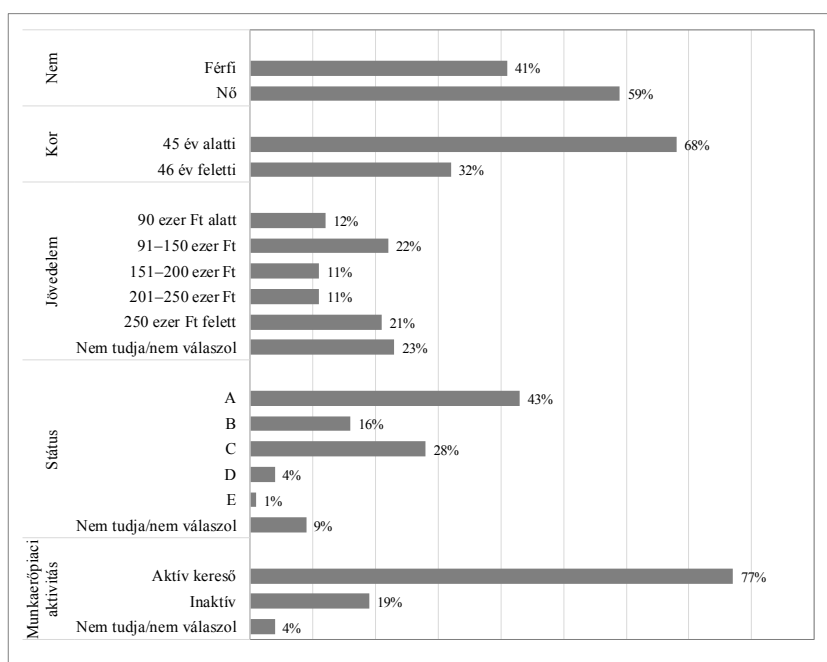
Forrás: Primus (2017).

Összefoglalóan, az elmúlt öt évben ugrásszerűen megnőtt a magán-egészségügyi szolgáltatások, kiemelkedően pedig a magán-járóbetegellátások iránti kereslet, párhuzamosan az állami ellátás fokozódó erodálásával. És itt a betegek már többet költenek, mint az állam. Ezt a keresleti igényt követi a kínálat folyamatos bővülése: a magánegészségügyben működik a piaci logika.

4. A keresleti oldal – kik, mit és miért vásárolnak a magánegészségügyben

A magán-egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos viselkedést a magánszektor szereplői kutatják. A Szinapszis Kft. szerint három éve a lakosság 53 százaléka, míg tavaly már 60 százaléka vett igénybe magán-egészségügyi szolgáltatást is.

3. ábra. A magán-egészségügybe járók társadalmi-gazdasági mutatói, 2016 (százalék)



Megjegyzés: reprezentatív minta: $N = 533$.

Forrás: Szinapszis (2018).

Ez nagyon magas aránynak mondható annak ismeretében, hogy két év alatt az embereknek csak 87 százaléka fordul egyáltalán orvoshoz. Tehát az összes orvoshoz forduló beteg 69 százaléka keresett fel két év alatt magánorvost.

Magánorvoshoz járni az elmúlt tíz év alatt a gazdagok luxusából a középosztályi élet részévé vált. Természetesen elsősorban az életet nem veszélyeztető kisebb betegségek esetén. A magánorvoshoz fordulók fele járóbeteg-szakrendelésen járt, egyharmada diagnosztikát vett igénybe, és csak 12 százalékuk fordult

műtét vagy szülés miatt a magánegészségüghöz. Ezek az adatok egybevágnak az OECD korábban ismertetett adataival.

A magánegészségügy tipikus páciense 45 évnél fiatalabb, *A–B* státusú,² a munkaerőpiacon aktív, tb-járulékfizető, gyermekes nő. A férfiak, az idősebbek és gyermektelenek lényegesen kisebb mértékben jelennek meg magánorvosnál.

Az egészségügyben vannak régóta piacodosott és egyáltalán nem piacodosott szakterületek. Ez utóbbiak közzé tartozik az onkológia, a szív- vagy idegsebészet, a traumatológia: tehát az életet veszélyeztető betegségeket ellátó és nagyon drága beavatkozásokat végző szakmák. A fogászat, szülészet-nőgyógyászat, plasztikai sebészet már régen piacodosott szakmák közé tartozik, és ide zárkóztak fel mára a képpalkotó diagnosztika, a laborvizsgálatok és a bőrgyógyászat is. Az újabban piacra lépő szakmák pedig a szemészet, kardiológia, fül-orr-gégészet, gasztroenterológia, gyermekgyógyászat, urológia, ortopédia, reumatológia. A 6. táblázat a szakmák iránti igényt mutatja be.

Más országoktól eltérően a magyar betegek 60 százaléka a tb-járulékfizetés mellett másodsor is benyúl a pénztárcájába, hogy orvosi ellátást vegyen igénybe egy magánosztályonál. Mi ennek az oka? Az eddigi vizsgálatok szerint elsősorban az állami ellátással kapcsolatos bizalomhiány, ami a korábbi személyes tapasztalatokon alapul. A betegek véleménye az állami ellátásban a kórházi ellátásról a legrosszabb, és a házi orvosi szolgálatról a legjobb, miként a 4. ábrán látszik.

A magánellátásokkal kapcsolatos elvárások három csoportba sorolhatók. A legfontosabb az időfaktor, a betegek több mint 80 százaléka említi ezt. Nem véletlenül, hisz a páciensek jelentős része a munkaerőpiacon aktív. Az itt kapott gyors ellátás hozzájárul a munkavégző képességük megőrzéséhez, ami pedig a jelenlegi *A–B* státusuk megtartásának a feltétele. A magánorvoshoz fordulás második szempontcsoportja a személyesség, amit a megkérdezettek 70–83 százaléka között említett. A harmadik tényező pedig az átlátható finanszírozás, amit a megkérdezettek 33–68 százaléka jelölt meg válaszában (5. ábra).

² *A–B* státus: Az ESOMAR kidolgozott az európai országok részére egy standard társadalmi-gazdasági osztályozási rendszert. Az ESOMAR társadalmi kategóriarendszer három változó alkalmazásával épül fel: a főkereső jelenlegi foglalkozása, a főkereső befejezett legmagasabb iskolai végzettsége és inaktív főkereső esetén a háztárs vagyoni helyzete. *A–B* kategóriát (amelybe a magasan képzetek és jól keresők tartoznak) sokszor összevonva használják *AB*-ként.)

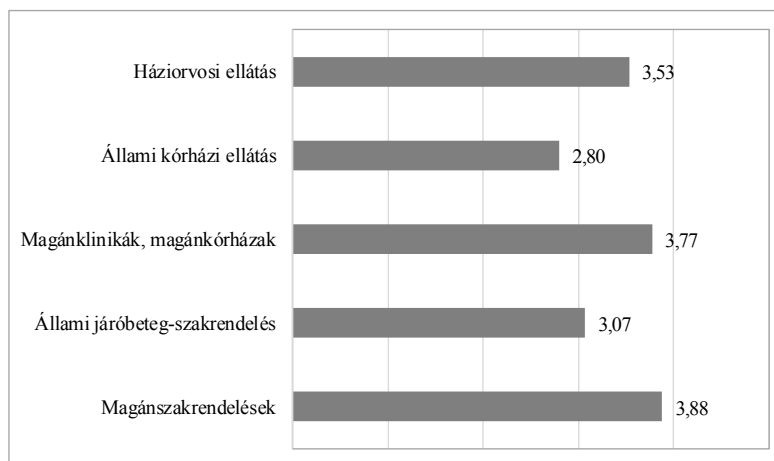
6. táblázat. Szolgáltatások éves és egy alkalomra jutó kiadásai, 2015

	Igénybevételi arány reprezentatív mintán (százalék)	Igénybevételi arány magánegészséget igénybe vevők körében (százalék)	N	Átlagigénybevétel száma az adott szolgáltatást igénybe vevők körében	Éves költség (forint)	Egy alkalomra jutó költség (forint)
Fogászat	38	71	379	5,1	84 810	16 662
Nőgyógyászat	21	39	207	3,4	37 457	10 951
Laborvizsgálatok	14	27	144	2,5	22 364	8 928
Képkötő diagnosztikai eljárások	10	20	104	2,2	25 644	11 744
Bőrgyógyászat	10	19	101	2,4	20 909	8 751
Szemészet	8	14	76	2	42 050	21 169
Kardiológia	5	10	52	1,5	24 200	16 229
Terhes-gondozás	5	9	49	6,5	90 493	13 907
Fül-orr-égészet	5	9	48	2,9	22 407	7 719
Gasztro-enterológia	5	9	46	2,1	43 050	20 170
Gyermek szakrendelés	3	6	33	2,5	24 457	9 755
Urológia-andrológia	3	6	31	2,2	27 589	12 399

Megjegyzés: teljes reprezentatív minta (N = 1005). Magánegészségügyi szolgáltatást igénybe vettek az elmúlt két évben maguk vagy családtagjuk részére (N = 533).

Forrás: Szinapszis (2018).

4. ábra. A betegek véleménye ötfokú skálán az ellátóhely típusokról, 2015

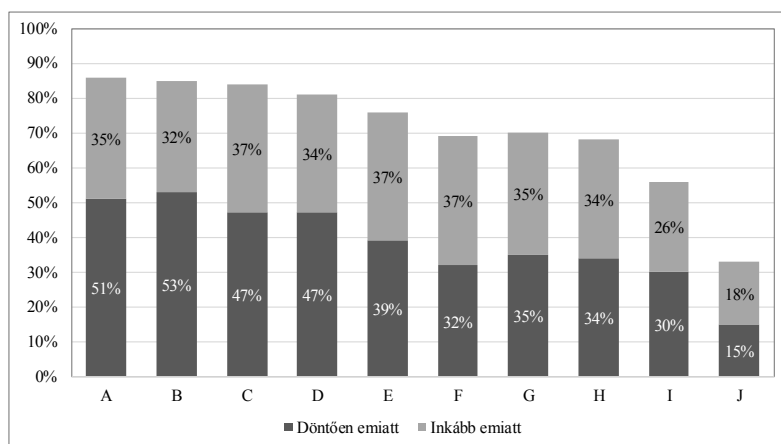


Megjegyzés: teljes reprezentatív minta (N = 1005).

Forrás: Szinapszis (2018).

A magánegészségügy finanszírozására sokféle modell létezik Európában, van, ahol ez kiegészítő biztosítás, van, ahol a magánbiztosítók a teljes egészségügyi ellátást finanszírozzák, és van olyan is, hogy mindez jövedelemfüggő (Cichon, 1999). 2015-ben a Szinapszis-kutatás azt is vizsgálta, hogy milyen finanszírozási modell lenne a legelfogadottabb a magánegészségügyet használók számára Magyarországon. A legtöbben a kettős finanszírozást választották (7. táblázat).

5. ábra. A magán-egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos elvárások, 2015



Jelmagyarázat: A: Többet és alaposabban foglalkozik velem az orvos; B: Kisebb a várakozási idő; C: Személyes, figyelmes, barátságos bánásmód; D: Nincs várólista; E: Megválaszolják a kérdéseimet, több információhoz jutok; F: Egészségügyi személyzet szakértelme; G: Megszervezik a további kezelésem menetét, nem veszek el a rendszerben; H: Előre ismerem a szolgáltatás árait; I: Nem kell hálapénzt fizetnem; J: Számlát kapok a szolgáltatásról

Megjegyzés: teljes reprezentatív minta (N = 1005).

Forrás: Szinapszis (2018).

A magánszolgáltatások igénybevétele előtt a páciensek vásárlóként viselkednek és éppúgy tájékozódnak, mintha egyéb más szolgáltatást választanának. Elsősorban a Google-ben keresnek és az egészségügyi portálokat olvasgatják, ezt a páciensek elsöprő többsége említi, miként azt a 6. ábra mutatja. Másodsorban a barátoktól, ismerősöktől szerzik az információt, ezt a betegek fele említi. Egyharmad azok aránya, akik orvostól kapnak útmutatást arról, hova menjenek egy bizonyos problémával és egynegyed azoké, akik internetes betegcsoportokban leírt vélemények alapján tájékozódnak.

7. táblázat. Preferenciák a magán-egészségügyi szolgáltatás finanszírozására, 2015 (százalék)

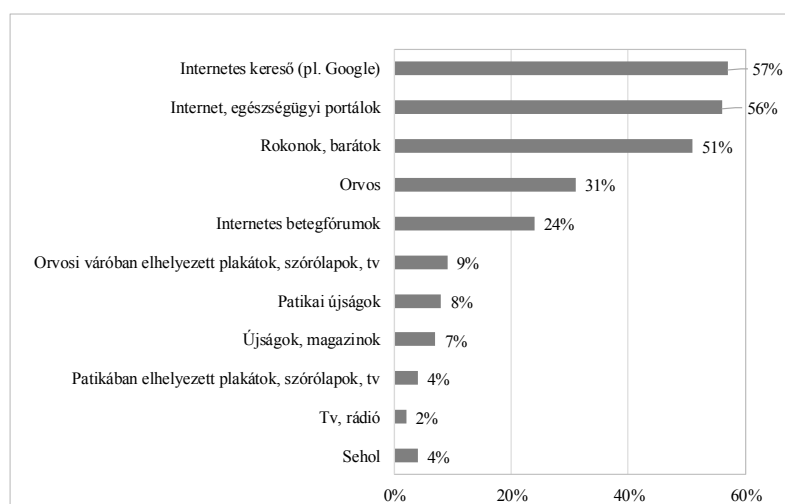
Finanszírozási modell	Magánegészségügyet igénybe vevők	
	alminta (N = 518)	ebből járulékfizetők (N = 471)
<i>Állandó összegű biztosítást fizetnék, melynek egy részét adójóváírás formájában visszaigényelhetem</i>	13	14
<i>Függetlenül attól, hogy állami vagy magánrendszerben veszek igénybe ellátást, az OEP által meghatározott térítést kapja meg az intézmény és a magánegészségügyben a magánbiztosításom, vagy az egészségpénztári számlám fedezi az ezen felüli részt.</i>	30	29
<i>Függetlenül attól, hogy állami vagy magánrendszerben veszek igénybe ellátást, az OEP által meghatározott térítést kapja meg az intézmény és a magánegészségügyben én állok az ezen felüli részt.</i>	16	15
<i>A magán orvosi szolgáltatások igénybevétele esetén kifizetett összegeket adójóváírásként visszaigényelhetem</i>	16	17
<i>A magán orvosi szolgáltatások igénybevétele esetén a kifizetett összegek egy részét az OEP-nek befizetett tb-járulékból visszaigényelhetem</i>	24	24

Megjegyzés: magán-egészségügyi szolgáltatást igénybe vettek az elmúlt két évben maguk vagy családtagjuk részére: N = 518. Egészségügyi járulékot fizetnek és magán-egészségügyi szolgáltatást igénybe vettek az elmúlt két évben maguk, vagy családtagjuk részére: N = 471

Forrás: Szinapszis (2018).

Ezek a források arról árulkodnak, hogy a magán-egészségügyi szektorral kapcsolatos vélekedéseket, választásokat az ügyfélélmény legalább annyira befolyásolja, mint az orvosszakmai munka. Emiatt a magán-egészségügyi piacon azok a szereplők tudnak hosszú távon talpon maradni, akik az orvosszakmai minőség mellett nagy hangsúlyt helyeznek az ügyfélkapcsolatra és a kommunikációra. Tehát a magánegészségügyben az eredményesség kritériumai nem különböznek lényegesen a szolgáltató szektor többi szereplője által követett sikerkritériumoktól. Emiatt a magán-egészségügyi szolgáltatás jelentősen különbözik az állami ellátástól. Ott ugyanis az eredményesség kritériumai a hierarchikus szervezőelvezéshez és pozíciókhoz kötődnek.

6. ábra. A magán-egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos információforrások megoszlása, 2015



Megjegyzés: magán-egészségügyi szolgáltatást igénybe vettek az elmúlt két évben maguk vagy családtagjuk részére ($N = 533$).

Forrás: Szinapszis (2018).

5. A kínálati oldal – az egészségügyi magánszolgáltatók

Lantos Csaba már idézett számításai szerint 2012-ben a magán-egészségügyi szolgáltatásban 300 milliárd forint bevétel keletkezett, aminek – becslései szerint – 71 százaléka volt a szürke- vagy a feketegazdaságban keletkezett jövedelem (Lantos Cs., 2016). Ez a 300 milliárd forint 2016-ra 387 milliárd forintra nőtt az OECD szerint. A piac ismeretében nincs semmi okunk feltételezni azt, hogy azóta lényegesen fehéredett volna az egészségipar, így joggal feltételezhető továbbra is, hogy ennek az összegnek csak kisebb része keletkezik a piactgazdaságban törvényesen működő szolgáltatóknál, nagyobb része a szürke- vagy a feketegazdaságban tevékenykedő szereplőknél köt ki.

Éppen ezért a magán-egészségügyi szolgáltatók számbavétele egyáltalán nem egyszerű. Kutatások hiányában még a törvényesen működő szereplők meghatározása sem könnyű, mivel sokkal gyakoribb a kevert modell, mint a tulajdon és finanszírozás szempontjából tiszta modell. A lehetséges törvényes opciók száma négy:

1. magántulajdonú ellátó magánfinanszírozással,
2. magántulajdonú ellátó állami finanszírozással,
3. állami tulajdonú ellátó magánfinanszírozott szolgáltatással,
4. állami tulajdonú ellátó állami finanszírozással.

Az első eset egyértelműen magánpiaci viszonyt jelez, a legutolsó pedig egyértelműen állami modellt. De hova soroljuk a magántulajdonú ellátót, ha állami finanszírozással működik? A korábbi OEP a 2000-es évek elejéig szektorsemlegesen fogadta be a magán-egészségügyi szolgáltatókat is a közfinanszírozású ellátók közé. Ez az oka annak, hogy így szervezik az állami ellátásban a teljes vesedialízis-ellátást, a meddőségi kezelések jelentős részét, a diagnosztikai és laborszolgáltatások meghatározó részét is. Az állami ellátás számtalan pontján bukkannak fel a magánszolgáltatók, leggyakrabban úgy, hogy a betegek nem is tudnak erről. Ennek azonban a fordítottja is lehetséges. Minek számít az állami kórházban folyó magánszolgáltatás akkor, ha számla ellenében történik, mint az úgynevezett Uzsoki-modell vagy a Semmelweis Kft. tevékenysége esetén? Ők akkor magánpiaci szereplők?

Ezek sem könnyű kérdések, de az átmeneti zóna még ennél is bonyolultabb viszonyokat rejt. Magánszereplő-e az az orvos, aki a munkahelyén, az állami kórházban délután és éjszaka vállalkozóként ad ügyeleti ellátást? Ő nem? És ha nem a saját munkahelyén, hanem a szomszéd kórházban teszi mindezt? Vagy ha őt egy orvosi munkaerő-kölcsönző cég közvetíti ki az egyik nap ide, a másik nap meg oda? Hol húzódik az állami és hol a magánegészségügy határa?

Vannak persze evidens dolgok. A Patika Pénztár kutatásai alapján 2009-ben 73 milliárd forint hálapénzt adtak az emberek az állami ellátásban (Patika, 2009). Azóta ilyen átfogó kutatás nem született, de ezek alapján nyugodtan kijelenthetjük, hogy néhány éve az állami ellátásba szervülő feketegazdaságban keletkezett a magán-egészségügyi piac bevételeinek 20-25 százaléka. Ez a helyzet a hálapénz-stratégia változatlansága miatt máig semmit sem változott. A hálapénz legnagyobb részét az állami kórházban az az orvos kapja, aki kórházi alkalmazottként a magánrendeléséről a beteget diagnosztikára és műtétre beviszi a munkahelyére, az állami kórházba, majd az utókezelést ismét a magánrendelőjében folytatja. Ez a leggyakoribb formája az állami és magánellátás „összemixelésének”. A költségeket az állami ellátás állja, a bevétel hálapénz vagy inkább tarifa formájában az ellátó orvos zsebébe kerül. Egy korábbi cikkben úgy becsültem (Lantos G., 2016a), hogy ebből 55 milliárd forint a körülbelül 5000 fős orvosbarói kar (tehát az intézetvezető, osztályvezető vagy speciális szaktudású szakorvosok) zsebében köt ki. Ez voltaképpen piaci jövedelem, sőt a kórházigazgatók döntése szerint legitim is, még ha nem is legális. Legitim, hisz minden magyar kórházigazgató hozzájárult ahhoz, hogy az ő intézményében az orvosok utólag

hálájuk jeléül pénzt fogadjanak el a betegektől. De nem legális, hisz a magyar törvények más szektorokban ezt a jogosulatlan előnyhöz juttatást büntetik. A Rezidensek Szövetsége néhány éve kampányt indított azért, hogy ez a törvényi szabályozás az egészségügyre is terjedjen ki, de nem jártak sikerrel.

Hasonlóan a feketegazdasághoz tartozik az önkéntes munkás orvosok helyzete. Az ő modelljük kevésbé ismert, pedig néhány hálapénzes szakmában szép számmal tevékenykednek. Ők nem alkalmazottként vagy vállalkozóként, hanem önkéntes segítő szerződéssel, ingyen tevékenykednek egy kórházban azért, hogy ott a magánbetegeiket ellássák. Ennek fejében azonban ügyeleti ellátást is adnak a kórház betegeit kezelve. Sok beteg nem is tudja a saját orvosáról vagy az őt ellátó orvosról, hogy az kizárólag a tőle kapott jövedelemből él, amit így el is vár (*Szentkirályi*, 2016).

A magyar állami egészségügy az azt elhagyó orvosok elmondása szerint tele van ilyen és ehhez hasonló konstrukciókkal. A szerző éppen ezért az állami tulajdonosi háttérrel kizárja a magánegészségügyből, és azt tekinti magánszolgáltatásnak, ha az ellátó magántulajdonban van. Azt feltételezem, hogy emiatt a piaci logika szerint dolgozik és az eredménytermelés érdekében működik.

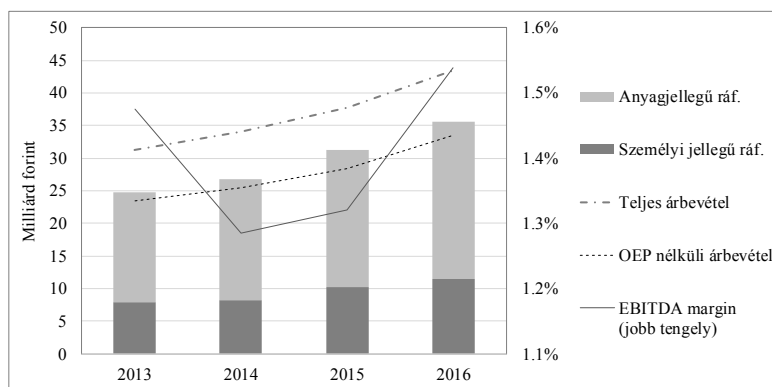
Az *OECD* által 387 milliárd forint nagyságúnak mért szolgáltatási piac szereplőinek csak elhanyagolhatóan kis részét, csak a legnagyobb szereplőket lehet pontosan beazonosítani, a piaci szereplők 90 százaléka a láthatatlan és mérhetetlen kategóriában működik. Ráadásul nincs semmilyen országos adatbázis a működő magán-egészségügyi rendelők, klinikák számáról, az általuk nyújtott szolgáltatásokról és az azok minőségét garantáló személyi és tárgyi feltételekről. Ezért az intézményválasztásban ezek az orvosszakmai kritériumok nem is tudnak szerepet játszani, marad a már említett kommunikáció és a személyes ajánlás.

Pedig ezekben a kisebb-nagyobb magánrendelőkben Lantos Csaba korábban idézett számításai szerint már 2012-ben is legalább 150 milliárd forint bevétel keletkezett (a hálapénz duplája!), leggyakrabban számla nélkül (*Lantos Cs.*, 2016). Ez a szám ma közel 200 milliárd forint lehet. Ide tartoznak a nagymama lakásában működő egyszemélyes lakásrendelők éppúgy, mint a néhány szakmás praxisközösségek.

A magánegészségügy legnagyobb szereplői két (a pécsi Da Vinci Magánklinika és a tatai Béres Klinika) kivételével Budapesten működnek. Emiatt a legnagyobb magánszereplőket vizsgáló egyetlen tanulmány készítői is a budapesti szereplőkre koncentráltak. A Planslab piacelemző és üzleti tanácsadó kft. a kutatásokat az elérhető pénzügyi beszámolók, valamint a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által közzétett folyósítási adatok elemzésével készítette (*Panslab*, 2017). Megállapításaik szerint a 28 legnagyobb (legalább évi 300

millió forint árbevétel elérő) szereplő által lefedett piac 43 milliárd forint nagyságú (tehát a 387 milliárd forintos szolgáltatási piac 15 százaléka). Az árbevételük az utóbbi időben évi 11,6 százalékkal, költségeik 13 százalékkal nőttek. Az EBITDA (a cégek fenntarthatóságát jelző mérőszám: az eredmény és az amortizáció együttes összege) pedig 14,05 százalék volt, ami jó üzleti eredménynek számít (a 28 legnagyobb szereplő részletes pénzügyi mutatóit a *Függelék F1. táblázata* tartalmazza).

7. ábra. A 28 legnagyobb magán-egészségügyi cég pénzügyi mutatói, 2013–2016 (milliárd forint)



Megjegyzés: EBITDA margin: az EBITDA a bevételek százalékban kifejezett aránya.
 Forrás: Panslab (2017).

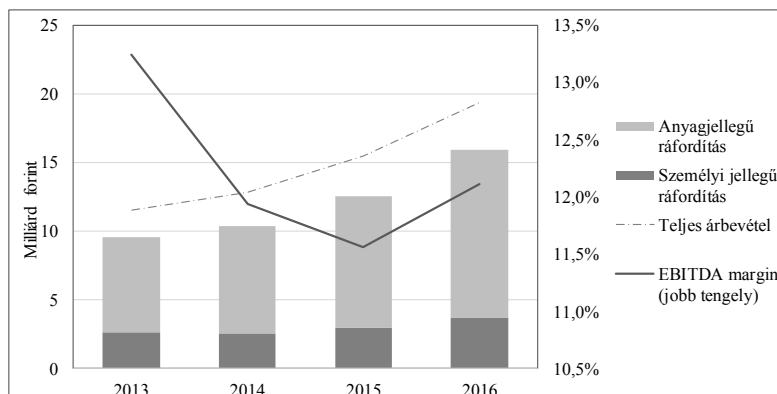
E cégek kevés kivételtől eltekintve tiszta piaci körülmények közt működnek, tehát az összes igénybe vett szolgáltatásról számlát kap a páciens, és a munkavállalókat, orvosokat törvényesen foglalkoztatják és fizetik. Két nagy csoportba lehet őket sorolni. A csak magánforrásból működő intézmények közé 13 szereplő tartozik (8. táblázat), a tavalyi árbevételük 20 milliárd forint volt. Bevételeik és költségeik is évi 18 százalékkal nőttek az elmúlt években (8. ábra), körülbelül 2000 főt foglalkoztattak, az EBITDA 12,2 százalék volt (a cégek árbevételét és EBITDA-ját *Függelék F2. táblázata* tartalmazza).

8. táblázat. A kizárólag magánforrásból működő nagy szolgáltatók piaci részesedése 2013–2016 (százalék)

Cégcsoport	Piaci részesedés (százalék)	
	2016	2013
Medicover	28,62	21,51
Dr. Rose	12,71	12,55
Főnix Med	12,35	16,93
Róbert Károly Magánkórház	9,85	7,88
Swiss Clinic	7,98	6,05
Doktor24 – WorCare	6,93	1,34
Rózsakert Medical Center	5,95	6,14
Firstmed/Hüvösvölgyi klinika	5,00	6,98
Maternity Magánklinika	3,95	3,46
Istenhegyi Klinika	1,81	1,01
Belvárosi Orvosi Centrum	1,79	0,00
Szent Gellért Magánklinika	1,58	1,81
Ezüstfény Magánklinika	1,49	0,04

Forrás: Panslab (2017).

8. ábra. A kizárólag magánfinanszírozásból működő magán-egészségügyi intézmények pénzügyi eredményei, 2013–2016 (milliárd forint)



Megjegyzés: EBITDA margin: az EBITDA a bevételek százalékban kifejezett aránya.

Forrás: Panslab (2017).

Ezek a nagy intézmények már nem csak járóbeteg-ellátással foglalkoznak, mint a kisebb szereplők. Többen magánklinikát vagy magánkórházat működtetnek, ezekben az intézményekben a járóbeteg-ellátás és diagnosztika mellett bonyolult műtétek, ezért költséges ellátások is elérhetők. Magánkórházi ellátás ma a szü-

lészetben, nőgyógyászatban, sebészetben, szemészetben, ortopédiában, urológiában, gastroenterológiában, belgyógyászatban és fül-orr-gégégészeti ellátáskor vehető igénybe. Ezek az intézmények a legtöbb beavatkozást egynapos sebészet keretében végzik, gyakran endoszkópos eljárással. De vannak bonyolultabb, hosszabb bent fekvést igénylő műtétek is, nyilván kisebb számban, mert ezek ára félmillió forintnál kezdődik. Ez a korlátozás nem vonatkozik a hasonló árú magánkórházi szülésekre. Tavaly körülbelül 2000 magánkórházi szülés történt, szinte kizárólag Budapesten, ezzel a budapesti újszülöttek közül minden nyolcadik magánkórházban jött a világra.

A Panslab megvizsgálta az elsősorban állam által finanszírozott nagy magán-szereplőket is, számuk 10, árbevételük 23 milliárd forint volt (magánfinanszírozásuk részleteit a 3. melléklet tartalmazza). Az OEP-től érkező árbevételük az utóbbi időben 8,5 százalékkal, az EBITDA 18 százalékra nőtt (9. táblázat). Adódik a következtetés, hogy az állami finanszírozás teremtette kiszámíthatóság magasabb árbevételt, alacsonyabb költségeket, így nagyobb EBITDA-t eredményez a magánintézményekben. (Vajon mi az oka annak, hogy ez az állami kórházakban nincs így?) Az OEP által is finanszírozott nagy szereplők között is több magánkórház van, illetve nagy értékű eszközöket birtokló, diagnosztikát végző cégek, akár a laborszolgáltatásban, akár a képalkotó diagnosztikában működve.

9. táblázat. Az állami finanszírozás aránya a nagy magán-egészségügyi intézményekben, 2016

Cégcsoport	Teljes árbevétel, 2016 (ezer forint)	OEP-arány (százalék)
Affidea**	8 020 263	18,69
Budai Egészségközpont	5 482 329	58,08
Mediworld Plus**	2 884 205	23,18
Kaáli Intézet**	2 372 286	35,57
Gálfi Béla Gyógyító Központ	1 786 488	75,97
International Medical Services	959 733	65,57
AMS Mentőszolgálat	766 742	51,47
Kastélypark Klinika	750 340	73,66
HT Medical Center	503 854	87,44
Pannon Reprodukciós Intézet*	429 333	43,33

*Az elmúlt három évben 50 százalék felett volt az arány, 2016-ra csökkent ez alá.

**Közvetve jóval nagyobb, akár több mint 90 százalékos OEP-arány (saját becslés).

Forrás: Panslab (2017).

Tehát a magyar magánegészségügyben vannak már komoly szakmai munkát végző, igazi szakmai karriert ígérő és eredményes közép vállalatok. Igazi nagy szereplő(k) mind ez idáig még nem nőttek fel. De várhatóan fognak, mert a magas üzleti eredményesség egyre több tőkeerős befektető érdeklődését keltette fel.

A gyors növekedés gátja ma úgy tűnik, nem a kereslet hiánya, hanem a kínálat bősége. A jelenleg még szegmentált piacon szakmai szempontból zsákutcát jelentő kis lakásrendelők tömkelege próbál megélni. A túlélésük záloga a szabályozatlanság és a hatóságok bűnös nemtörődömsége, mivel meg sem próbálják a saját munkaügyi vagy adójogszabályaikat és az orvosszakmai minimumfeltételeket betartatni. Várhatóan azonban a magán-egészségügyi piac is koncentrálni fog, mivel a magánegészségügy keretei közt egyre teljesebb ellátást nyújtani tudó komplex intézményekkel a lakásrendelők nehezen fognak tudni lépést tartani akár a drága és korszerű eszközök magas ára, akár a betegút-menedzsment kidolgozatlansága miatt. A túlélést a nagy cégekbe olvadás jelentheti számukra. Ehhez az első lépés a cégek működésének kifehérítése, amit azonban sok szereplő nem tud vagy akar elvégezni. Ezért a folyamat gyorsaságát az állami szervek ellenőrzésének puhasága vagy keménysége fogja befolyásolni.

6. Összegzés

A magánegészségügy iránti kereslet növekedése évek óta folyamatos. Ezt sokan sokféleképpen értékelik. A szerző piaci tapasztalatai szerint az állami egészségügy vezetői ezt fenyegetésként élik meg. Két okból is. Egyrészt a magánegészségügy elszívja a jó általános állapotú középosztályi, fiatal vagy középkorú betegeket, akik egyben a legfizetőképesebbek is. Ez mind szakmai, mind egzisztenciális szempontból gondot okoz az állami ellátásban dolgozóknak. Másrészt, éppen emiatt elszívó hatása van a nem vezető pozíciót betöltő szakemberekre is. Kevesebb hálapénz, nehezebb beteganyag marad a távozók után. Így sok orvos és nővér is követi a betegeket a magánellátásba.

Egyelőre a nagy többség még nem adja fel a főállását az állami ellátásban, de szabadnapján, délután egy magánrendelőben dolgozik. „Ez a jövő” – mondják. A magánellátásban szerzett ügyfélközpontú tapasztalatokat azonban nem tudják visszavinni és meghonosítani az állami intézményekbe, azok merev és hierarchikus rendszerei miatt. Ezért nő a feszültség a „kétlakiak” és az állami alkalmazottak között. Ezt egyre többen végül úgy oldják fel, hogy teljesen kivonulnak az állami ellátásból. Eddig ezt elsősorban a nem műtétes szakmákban dolgozó szakemberek tudták megtenni. De az első magánkórházak léte és sikerei bebizonyították, hogy a magánellátás nem szakmai parkolópálya, hanem teljes értékű orvosi munkára is alkalmas a kisebb beavatkozásokat végzők vagy korszerű technikát használók számára.

Ez felgyorsítja majd azt az eróziót, amit jó néhány éve a külföldi munkavállalás már elindított az állami egészségügyi rendszerben. Csak most nem a külföldi, hanem a belföldi kivonulás időszak a következik. A nagy és korszerű intézmények léte és az ott elérhető karrierút miatt ugyanis lelassult az orvosok és

nővérek külföldre vándorlása. De nem azért, mert jobb lett az állami intézményekben dolgozni. Hanem azért, mert van már hazai alternatíva!

Ez a magyar betegek számára (és a magyar egészségügyi személyzet számára is) jó hír. A külföldre távozott orvosok ugyanis már soha nem fognak magyar betegeket gyógyítani. De a nagy intézmények által itthon tartott és jó körülmények közt dolgozó egészségügyi személyzet igenis fog. Így ennek az alternatív valóságnak, a magánegészségügynek a kiépülése nem a probléma, hanem a megoldás.

Az elmúlt tíz évben végre nem hajtott egészségügyi reformok miatt az állami ellátás már sohasem lesz olyan, ami ki tudná szolgálni az egyre öntudatosabb fogyasztókat. Ezért más alternatívát kell keresni. Az egészségügy szektorsemleges szabályozása és finanszírozása a megoldás. Nincs másik szektor, amelyikben világosabban mutatkozna meg az állami monopólium kártékony hatása.

IRODALOM

- Cichon, M.–Newbrander, W.–Yamabana, H.–Weber, A.–Normand C.–Dror, D.–Preker, A. (1999): Modelling in health care finance. A compendium of quantitative techniques for health care financing. International Labour Office, Genf, http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---soc_sec/documents/publication/wcms_209903.pdf.
- EB (2018): Európai Bizottság, Brüsszel, március 7. SWD (2018) 215 final. <https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/2018-european-semester-country-report-hungary-hu.pdf>
- Lantos Csaba (2016): Állami és magánfinanszírozás az egészségügyben. Budapest, http://mabisz-konferencia.hu/downloads/2015/06_Allami_es_maganfin_az_euben_prezi_150922_mabisz_final_v4.pdf
- Lantos Gabriella (2016a): Az orvosbárókra megy el a pénz. Mi a baj a magyar egészségüggyel? 1. rész. Index, április 18. https://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/04/18/korhaz_orvos_egeszseguy_betegseg_lantos_gabriella_elso_resz/
- Lantos Gabriella (2016b): A balekok tartják el a potyautasokat. Mi a baj a magyar egészségüggyel? 2. rész. május 2. https://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/05/02/korhaz_orvos_egeszseguy_betegseg_lantos_gabriella_masodik_resz.
- OECD/EOHSP (2017): Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Panslab (2017): Budapesti magán-egészségügyi intézmények pénzügyi teljesítménye, 2013–2016. <https://www.planslab.com/maganeue2016>.
- Patika (2009): Hálapénz. A Patika Egészségpénztár reprezentatív kutatása a betegek hálapénz-adási szokásairól. Euro Design Pont Kft., Budapest http://www.patikapenztar.hu/dok/halapenz_egyben.pdf.
- Primus (2017): A szürke százmilliárd árnyalata. PRIMUS Magán Egészségügyi Szolgáltatók Egyesülete, <http://primusegyesulet.hu/hu/hirek#a-szurke-szazmilliard-arnyalata>.
- Szentkirályi Balázs (2016): Nincs már fizetés sem, csak a hálapénz számít? Index, március 23. https://index.hu/gazdasag/2016/03/23/korhazi_onkentesek
- Szinapszis (2018): Szinapszis Kutatások a Magánegészségügyről 2014–2016. Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft., https://www.slideshare.net/kerteszb/szinapszis-kutatok-a-magnegdszgyrl-2017?qid=b1dd4676-0dad-47ee-a059-574e7d860691&v=&b=&from_search=1

FÜGGELÉK

F1. táblázat. A 28 legnagyobb magán-egészségügyi cég pénzügyi mutatói, 2016

	2013	2014	2015	2016	CAGR
	(ezer forint)				(százalék)
Teljes árbevétel (millió forint)	31 246 072	34 041 906	37 702 080	43 425 779	11,60
OEP nélküli árbevétel (millió forint)	23 394 807	25 399 834	28 422 517	33 458 379	12,67
EBITDA margin (százalék)	14,75	12,86	13,21	15,38	
Személyi jellegű ráfordítás (millió forint)	7 885 034	8 213 554	10 279 816	11 533 217	13,51
Anyagjellegű ráfordítás (millió forint)	16 968 025	18 644 245	21 061 623	24 124 755	12,45
EBITDA	4 607 792	4 377 220	4 979 903	6 680 282	13,18

CAGR = átlagos éves növekedési ütem (*Compound Annual Growth Rate*).

EBITDA margin: az EBITDA a bevételek százalékban kifejezett aránya.

Forrás: Panslab (2017).

F2. táblázat. A kizárólag magánbevételekből működő legnagyobb szereplők éves árbevétel-növekedési ütemének mediánja és az EBITDA margin (százalék)

Cégcsoport	Árbevétel CAGR	EBITDA margin (2016)
Ezüstfény Magánklinika*	297,7	27,87
Doktor24 – WorCare**	104,4	9,83
Istenhegyi Klinika	50,1	3,25
Medicover	30,8	15,84
Swiss Clinic	30,4	8,06
Róbert Károly Magánkórház**	28,1	7,99
Maternity Magánklinika	24,3	19,18
Dr. Rose	19,4	11,37
Rózsakert Medical Center	17,8	-1,24
Szent Gellért Magánklinika	13,7	14,91
Főnix Med	8,3	16,41
Firstmed/Húvösvölgyi klinika	6,4	11,89
Belvárosi Orvosi Centrum	0,0	10,67

*2013-ban alakult intézmény.

**2013 és 2016 között cégfelvásárlás történt

CAGR = átlagos éves növekedési ütem (*Compound Annual Growth Rate*).

EBITDA margin: az EBITDA a bevételek százalékban kifejezett aránya.

Forrás: Panslab (2017).

F3. táblázat. Az állami finanszírozásban is részesülő nagy magánszereplők magánforrásból származó bevételei és a növekedés mediánja, 2013–2016

Cégcsoport	Magánkiadások (ezer forint)				CAGR (százalék)
	2013	2014	2015	2016	
Affidea	6 060 424	6 345 708	6 306 874	6 521 154	2,47
Budai Egészségközpont	1 577 546	1 763 255	2 037 386	2 298 068	13,36
Mediworld Plus	1 940 631	2 055 277	2 090 473	2 215 677	4,52
Kaáli Intézet	1 025 697	1 082 567	1 125 555	1 528 455	14,22
Gálfy Béla Gyógyító Központ	526 440	563 276	536 215	429 333	-6,57
International Medical Services	288 382	313 348	300 084	330 412	4,64
AMS Mentőszolgálat	332 232	321 378	332 270	372 088	3,85
Kastélypark Klinika	118 146	148 686	194 552	197 641	18,71
HT Medical Center	20 584	16 841	34 399	72 352	52,04
Pannon Reprodukciós Intézet	136 396	107 893	126 306	243 309	21,28

Forrás: Panslab (2017).