

„Ki fizeti a masszázst?” Fürdőgyógyászati szolgáltatások közfinanszírozása Európa egyes országaiban és Magyarországon¹

Szerzők: Hinek Mátýás² – Dózsa Csaba³ – Mató-Juhász Annamária⁴ – Juhász Szabolcs⁵

Jelen tanulmány a fürdőgyógyászati szolgáltatások közfinanszírozásának rendszerét vizsgálja Európa öt országában és Magyarországon. Ismertetjük és összehasonlítjuk a fürdőgyógyászati kezelések igénybevételenek főbb szabályait az egyes országokban, illetve áttekintjük, hogy a biztosítók milyen jellegű ellátásokat, milyen szabályok alapján, milyen mértékben finanszíroznak. A nyugat-európai rendszerekkel összevetve részleteiben tekintjük át a magyar finanszírozási szabályokat. Legfontosabb konklúzióink, hogy jól működő közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer nélkül nincs versenyképes egészségturisztikai kínálat.

Kulcsszavak: egészségturizmus, orvosi turizmus, fürdőgyógyászati ellátások, egészségügyi finanszírozás.

1. Bevezetés

Az egészségügyi (orvosi vagy medical) turizmus az egészségturizmusnak az az ága, ahol az emberek helyváltoztatása, utazása kifejezetten gyógykezelési, rehabilitációs célból történik. Ehhez valamilyen mértékben turisztikai szolgáltatások igénybevétele is társul (SMITH-PUCZKÓ 2009).

Az orvosi turizmus *niche* jellegű turizmus, amelyet az elérhető minőségi szolgáltatások mellett az árak (költségek) különbözősége generál. Az elmúlt két évtizedben az egészségügyben bekövetkező költségrobbanás a pácienseket (és nem egyszer a biztosítókat is) az olcsóbb igénybevételek felé tereli, különösen, ha a beteg otthoni egészségbiztosítása nem finanszíroz bizonyos kezeléseket (például fogászat, plasztikai sebészet), ha túl hosszúak a várólisták (lásd például Nagy-Britanniában egyes sebészeti beavatkozásokat), vagy ha külföldön jobb minőségű szolgáltatásokat lehet igénybe venni. Az orvosi turizmus egyik legnagyobb desztinációja Ázsia (CONNELL 2006).

Számos ország, köztük Kína, Kuba, Magyarország, India, Thaiföld, Malajzia és Szingapúr támogatja az orvosi turizmust, és versenyez az orvosi turizmusban realizálható jövedelemért, míg több fejlett országban kínálnak olyan részipari egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek az orvosi turizmus számára is vonzóak (HALL 2012).

Magyarország termál- és gyógyvízkészlete kiemelkedő, az erre épülő infrastruktúra és szolgáltatások fejlesztése az ezredforduló óta a gazdaság- és turizmusfejlesztés egyik kitüntetett területe. A gyógy- és termálturizmus fejlesztésével párhuzamosan az egészségturisztikai kutatások körében is felfutás volt megfigyelhető. SMITH és PUCZKÓ (2009) összefoglaló jellegű kézikönyvükben globális áttekintést adtak az egészségturizmus fejlődéstörténetéről, keresleti és kínálati trendjeiről, valamint a gyógy- és wellnessturizmusban alkalmazható menedzsment- és marketingmódszerekről. Más szerzők az egészségturizmus és a fejlesztéspolitika kapcsolatát vizsgálták (JANDALA et al. 2010), illetve számos kutatás elemezte az egészségturizmus különféle területi vonatkozásait (lásd például NAGY-SZÉP 2011). MICHALKÓ és RÁTZ (2011) a területi összefüggéseken túl az egészségturizmus életminőségre gyakorolt hatását és egyes speciális vonatkozásait is áttekintette.

Ezeknek a vizsgálatoknak jellemzően nem volt tárgya sem a kereslet – ezen belül a gyógyfürdőkezelések iránti kereslet elemzése –, sem az ellátások közfinanszírozásának kérdései. Részben azért, mert egy ilyen jellegű vizsgálat nem kifejezetten a turizmus oldaláról közelíti meg az egészségturizmust, hanem az egészségügy finanszírozása

¹ A tanulmány a „Fürdőgyógyászati szolgáltatások finanszírozási kérdéseinek vizsgálata a hazai gyógyfürdőkben” című, a Magyar Turisztikai Ügynökség megbízásából készült elemzés és javaslattevő tanulmány alapján készült.

² főiskolai tanár, Budapesti Metropolitan Egyetem, mhinek@metropolitan.hu

³ egyetemi docens, Miskolci Egyetem, efkdozsa@uni-miskolc.hu

⁴ egyetemi tanársegéd, Miskolci Egyetem, efkgtur@uni-miskolc.hu

⁵ igazgató, Magyar Turisztikai Ügynökség, Turizmus Szakmai Igazgatóság, Szabolcs.Juhasz@mtu.gov.hu

irányából, mivel a kezelések nagyobb részét állami egészségbiztosítási támogatással vehetik igénybe a betegek, akikre a turizmuskutatók nem tekint turistaként, különösen akkor, ha az igénybevevők belföldiek. Amikor egy beutalóval rendelkező beteg egyénileg vagy csoportban Hajdúszoboszlóra vagy Hévízre érkezik azért, hogy természetes gyógytényezőkre épülő balneoterápiás kezeléseket vegyen igénybe egészségi állapotának javítására, valószínűleg maga sem turistaként tekint magára. Azonban, ha utazik, tartózkodik, és ezzel összefüggésben kapcsolódó szolgáltatásokat vesz igénybe, gyakorlatilag belföldi egészségügyi (orvosi/medical) turistává válik.

A magyar gyógyfürdők és egyéb fürdőgyógyászati szolgáltatók a balneoterápiás és fizioterápiás gyógyszolgáltatásaik többségét nem piaci alapon kínálják, hanem a beutalóval, azaz az Egészségbiztosítási Alap támogatásával érkező betegeknek nyújtják. Emiatt a közfinanszírozás kritikus fontosságú a fürdőgyógyászatok fenntarthatósága szempontjából. Ezzel párhuzamosan egy speciális egészségturisztikai szegmensről is beszélhetünk, azokról az emberekről akiket sok tekintetben *beutalóturistáknak* nevezhetünk.

A gyógyfürdők fürdőgyógyászati kínálata az egészségturisztikai kínálat gerincét jelenti, amelyre az elmúlt évtizedekben részben kihasználatlan potenciálként tekintettek mind a turisztikai, mind az egészségügyi szakemberek. Sajnos ez a potenciál azóta sem megfelelően kihasznált, sőt az igénybevételek – beleértve a közfinanszírozott és a piaci alapon történő igénybevételeket – stagnálnak.

KINCSES (2010) az évtized elején körvonalazta, hogy a fürdőgyógyászati szolgáltatások és az egészségturizmus egyéb ágazatai milyen kihívásokkal küzdenek Magyarországon. Ugyanebben az évben jelent meg a Magyar Fürdőszövetség helyzetértékelése és javaslatai a magyar egészségturizmus versenyképességének javítására. A finanszírozás elégtelensége mellett a helyzetértékelés rámutatott a szabályozási környezet elavultságára és a gyógyszerellátások tudományos háttérének hiányára. Az azóta eltelt 7-8 évben sajnos sem a finanszírozás, sem a szabályozási háttér nem változott érdemben.

Jelen tanulmány áttekintést nyújt arról, hogy Európa egyes országában és Magyarországon hogyan alakul a fürdőgyógyászati szolgáltatások közfinanszírozása, illetve ismerteti az igénybevételek fontosabb szabályait. A rendszerek sajátosságainak és különbségeinek elemzésével rámutatunk azokra a lehetőségekre, amelyeket érdemes figyelembe venni a magyar közfinanszírozási rendszer fejlesztése során.

Az európai finanszírozási modelleket, valamint a hazai egészségügyi finanszírozás sajátosságait interneten elérhető szekunder források alapján tanulmányoztuk. Elemzésünkhöz elsősorban a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) fürdőgyógyászati szolgáltatásokkal kapcsolatos információit használtuk fel. A másodlagos adatok kiegészítéseként a vezető vidéki gyógyfürdők körében interjúorozatot, illetve workshopokat folytattunk le.

2. A fürdőgyógyászati szolgáltatások közfinanszírozásának rendszere Európa egyes országaiban

Az elemzésbe öt országot, Ausztriát, Csehországot, Franciaországot, Németországot és Romániát vontuk be. Minden országban kezeléssorozatként (kúraként) értelmezik a gyógyfürdőkben igénybe vehető ellátásokat, ahol a kúracsomag természetes gyógytényezőkre épülő és ezekhez kapcsolódó, főképp fizioterápiás kezeléseket tartalmaz. A konkrét kezeléstípusok a magyarhoz hasonlóak, de előfordul néhány, a magyar orvosi gyakorlatban nem alkalmazott kezelés is (például gyógyvizes ivókúra, inhaláció).

2.1. NÉMETORSZÁG

Németországban a kezelőorvos javasolja az ellátás módját és formáját (megelőzés vagy rehabilitáció, járó- vagy fekvőbeteg ellátás). Az orvos a kórtörténet ismeretében ítéli meg, hogy várhatóan mely kezelések, mely gyógyfürdőben biztosítják a legjobb eredményt.

A fürdőkúra igénybeviteléhez a beteg és orvosa az egészség- vagy nyugdíjbiztosítóhoz fordul támogatási kérelemmel. A biztosító döntése az orvosi dokumentumokon alapul, ha szükséges, további orvosi vizsgálat is elrendelhető. Ha kivizsgálás nélkül utasítják el a kérelmet, a döntés megfellebbezhető.

A kúra lehet *ambuláns* (járóbeteg) jellegű, amely hasonlít a magyar rendszerben receptre felírt fürdőgyógyászati kezelésekre. Az ambuláns kúra igénybevitelére jogosító vény kiváltásának díja 10 euró. A kúra során az egészségbiztosítás az orvosi vizsgálatok 100%-át, míg a kezeléseket költségének 90%-át fedezi. Az így finanszírozott preventív vagy rehabilitációs fürdőkúrák költségeihez a biztosító maximum 16 euró/kúranap úgynevezett *flat rate* hozzájárulást is fizet. A három-, illetve négyévente egyszer igényelhető támogatott kúra maximumális hossza 3 hét.

Az úgynevezett *kompakt kúra* a járóbeteg-ellátás speciális formája. A kúra *bentlakásos*. A beteg az

állapotától függően választhat a különböző gyógyfürdők (szolgáltatók) között, és azt is eldöntheti, hogy panzióban, szállodában vagy klinikán kívánja-e igénybe venni a kúrát. Ha magasabb minőségű szolgáltatást igényel annál, mint amit a biztosító ajánl, a többletköltséget viselnie kell. A kezelés csoportosan, egyidejűleg legfeljebb 15 beteggel történik, holisztikus megközelítéssel, amely során több módszert alkalmaznak, egészségnevelést, megelőző intézkedéseket, fizioterápiát (például víz alatti torna, kardioedzések), balneo- és hidroterápiákat (például iszap- és sófürdők, masszázs, ivókúrák), valamint táplálkozási terápiákat. A kúrák jellemzően 21 naposak, a kezelések és az orvos költségeit az egészség- vagy nyugdíjbiztosítás teljesen fedezi, a beteg napi 10 euró önrészt fizet. Kompakt kúrát négyévente egyszer támogat az egészség- vagy nyugdíjbiztosító.

Az egészségbiztosítási pénztár klinikán, szanatóriumban vagy rehabilitációs létesítményben szállással és étkezéssel *fekvőbeteg-ellátást* is biztosíthat. Ez hasonló a magyar fürdőkorházi ellátásokhoz.

Végül, de nem utolsó sorban, speciális kúrákat jelentenek az *anya/apa-gyermek ellátások*. Ennek során a szülők (főként az anya) gyógykezelését az Elly-Heuss-Knapp Alapítvány támogatja. Az ellátás lehet prevenciós vagy rehabilitációs jellegű, például a szülői fáradtság csökkentése, vagy kialakult betegségek esetében a tünetek enyhítése.⁶

2.2. FRANCIAORSZÁG

A francia rendszerben 12 terápiás irányhoz (például légzőszervi, mozgásszervi, neurológiai, bőrgyógyászati megbetegedések) különböző tartalmú, előírt kúracsomagok tartoznak. A francia gyógyfürdők ezekre a terápiás orientációkra szakosodnak. Gyógyfürdőkúra igénybevétele Franciaországban a következőképpen történik:

- A kezeléseket orvosnak kell felírnia, aki javaslatot tehet arra is, hogy melyik gyógyfürdőben történjen a kezelés. A támogatási kérelemben az orvos jelöli meg a terápiás orientációt.
- Az egészségbiztosítási pénztár két- vagy háromkomponensű támogatást nyújt. Az első komponens az orvosi vizsgálatok támogatása a gyógyfürdőben, a második az igénybe vett kezelések támogatása, míg a harmadik az utazás és a tartózkodás költségeinek megtérítése a beteg jövedelmi viszonyai alapján. Ha a pénztár a kérelmet elutasítja, fellebbezés nyújtható be.
- Egy naptári évben egy gyógyfürdő-kezelés-

re jogosult a beteg, további kúra csak alapos és megfelelően indokolt orvosi szakvélemény után írható fel.

- A gyógykezelés időtartama 18 nap, 6 napos ciklusokban, egy-egy nap szünettel, összesen tehát 21 nap.

Az általános rendszer szerint az egészségbiztosítási alapok az ellátás díjának egy részét térítik, a fennmaradó részt a beteg vagy a magánbiztosítója fizeti (1. táblázat).

1. táblázat

A francia biztosítók által nyújtott támogatások mértéke a fürdőgyógyászati ellátásokban (részlet)

Termálkúrák finanszírozási mértéke	Általános eset	Elzász-Moselle-régió(1)	Az FSV vagy ASPA kedvezményezett(2)
Orvosi díjak (orvosi felügyeleti csomag, kiegészítő orvosi ellátás)	70%	90%	80%
Hidroterápiás díjak	65%	90%	80%
Szállás és utazási költségek	65%	65%	80%
SPA kezelés (kórházi kezelésként)	80%	100%	100%

⁽¹⁾ Az Elzász-Moselle régió helyi rendszerébe tartozó biztosítottak esetében.

⁽²⁾ A különleges öregségi nyugdíjalap (FSV) vagy az időskorú szolidaritási támogatás (ASPA) kiegészítő juttatására jogosult biztosítottak esetében.

Forrás: La Médecine Thermale, efficace, pour longtemps. Les stations thermales françaises, Edition 2017.

2.3. CSEHORSZÁG

Csehországban a fürdőgyógyászatra vonatkozó szabályozás 11 nagy betegcsoport (onkológiai megbetegedések, keringési rendszer betegségei, az emésztőrendszer betegségei, anyagcsere-rendellenességek, mozgásszervi megbetegedések stb.) alapján határozza meg a terápiákat, illetve azt, hogy a gyógyfürdők mely betegcsoportok ellátására nyújtanak kezeléseket.

A gyógyfürdőellátásokat az egészségügyi ellátórendszer finanszírozza. A beteg és orvosa által kitöltött támogatási kérelmet a biztosító hagyja jóvá, egyben jelzi a gyógyfürdő számára, hogy betegét kívánja küldeni. A beteggel a gyógyfürdő veszi fel a kapcsolatot. Az egészségbiztosító az alábbi ellátásokat finanszírozhatja:

⁶ Deutscher Heilbäderverband: *Ihr Weg zur Kur*. <https://www.deutscher-heilbaederverband.de/die-kur/kurantrag/>, Letöltve: 2018. augusztus 12.

- **Komplex fürdőellátás (KLP).** Akkor vehető igénybe, ha a beteg munkaképtelen, az ellátást az engedélyezéstől számított 3 hónapon belül meg kell kezdeni. Az ellátás a kezeléseket, az étkezést, valamint a szállást (2 ágyas szobában) fedezi, és hozzájárul a beteget kísérő személy költségeihez. Az ellátásért 70 évnél fiatalabb páciensek 15 cseh korona/fő/éjszaka *gyógyvízdíjat* kötelesek fizetni. A teljes kúra 14 vagy 21 napos, ami indokolt esetben meghosszabbítható.
- **Hozzájárulás a fürdőellátáshoz (PLP).** A biztosító csak a kezeléseket támogatja, a szállás és az étkezés a beteget terheli. A teljes kúra hossza megegyezik a KLP ellátással. A kezelés időszakában az ellátott nem munkaképtelen.
- **Ambuláns, járóbeteg fizioterápiás rehabilitáció (FT).** Az ellátásra az orvostól kap beutalót a beteg, melyben a kezelések jellege, száma és időtartama is szerepel (például csoportos víz alatti gyógytorna, elektroterápia). A fürdők a beutalt betegeket ütemezetten fogadják.
- **Posztoperatív rehabilitáció.** Az ellátás célja a műtét utáni regenerálódás, amelyre 7-10 nappal a műtét után kerül sor, így a beteg a kórházból kerül a gyógyfürdőbe. A tartózkodás időtartama 29 nap/28 éjszaka.⁷

2.4. AUSZTRIA

Ausztriában a fürdőgyógyászati szolgáltatások szintén kétféle formában vehetők igénybe. A *járóbeteg-ellátásban* szakorvos, esetleg háziorvos rendel el a kezeléseket, amelyeket a (fürdő)szolgáltatók szakszemélyzete végez el, a biztosító finanszírozásával.

A *tartózkodással járó fürdőkúrák* rehabilitációs vagy prevenciók céllal vehetők igénybe, hasonlóan a német rendszerhez. A kúrák igénybevételéhez kérelmet kell benyújtani az illetékes társadalombiztosítási intézménynek (egészségbiztosítónak, nyugdíjbiztosítónak, balesetbiztosítónak). A kérelemhez csatolni kell az orvosi véleményt, a terápiás szükséglet igazolását. A kórházi tartózkodást is követheti gyógyfürdőkúra, ebben az esetben a kórház a kezdeményező, amely a rehabilitációt előírja. Kétféle finanszírozási kérelem adható be:

- *bentlakásos tartózkodás gyógyászati létesítményekben*, a társadalombiztosítás saját intézményeiben vagy szerződött intézményekben, amikor a biztosító közvetlenül a szolgáltatást nyújtó intézményt finanszírozza;

⁷ A Cseh Köztársaság 48/1997 törvénye a népegészségbiztosításról. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>, Letöltve: 2018. augusztus 12.

- *a gyógyfürdőkúra és a tartózkodás költségeihez történő hozzájárulás*, ebben az esetben a kérelmező maga fizet az ellátásért, a biztosító utólag téríti meg a költségeit.

A biztosítók nem kötelesek finanszírozni a kúrát, a beteg kérelme elutasítható vagy részlegesen támogatható. Ha a kérelmet pozitívan bírálják el, akkor a költségek nagyobb részét fedezi a biztosító, ám jövedelmi helyzetétől függően a beteg önrész fizetésére kötelezhető.

Egy fürdőkúra általában 22 napos, ami orvosi javaslatra meghosszabbítható. A biztosított nem jogosult a gyógyfürdő kiválasztására, de a biztosító igyekszik figyelembe venni a beteg kérését. Ha a betegség Ausztriában nem kezelhető megfelelő hatékonysággal, a társadalombiztosítás külföldön is finanszírozhat gyógykúrát.

Fürdőkúra ötévente kétszer vehető igénybe. Kivételt jelent, ha a beteg bizonyos kórképekről speciális orvosi igazolást kap, ilyen esetben gyakrabban is igényelhető. Ha orvosilag indokolt, a biztosító a kísérőszemély költségeit is megtérítheti.⁸

2.5. ROMÁNIA

A román finanszírozási rendszer hasonlít a magyarra, de vannak az osztrák, a német és a cseh rendszerhez hasonló elemei is. A kezeléseket járóbeteg-ellátásban vagy tartózkodással járó gyógykúrák formájában lehet igénybe venni.

A *járóbeteg-ellátásban* a biztosítottak évente legfeljebb két kúrára jogosultak (lásd a magyar rendszert), a biztosító a kúra során igénybe vett kezeléseket teljes egészében téríti. Egy gyógykúra átlagosan 10 napos, 4 kezelés/nap intenzitással. A balneoterápiás kezeléseket is nyújtó gyógyfürdőkben a négy kezelésből kettő természetes gyógytényezővel történik.⁹

Az ellátás másik formája a *klinikai/szanatóriumi ellátás*. A szanatóriumokban 14-21 napos orvosi rehabilitációs kezelést nyújtanak. Az ellátás a házi-orvosok, a szak- és a kórházi orvosok által kiállított beutaló alapján történik, amely tartalmazza a kúra hosszát és a kezelés formáit.

Az ellátást egyetlen összefüggő kúráként lehet alkalmazni, mely során legfeljebb 4 kezelés/nap vehető igénybe. A kúra 14 nappal lehet rövidebb,

⁸ Öffentliches Gesundheitsportal Österreich: *Rehabilitations- und Kuraufenthalt*. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/leistungen/krankenhausaufenthalt/kuraufenthalt>, Letöltve: 2018. augusztus 12.

⁹ Casa de Asigurari de Sanatate a Municipiului Bucuresti: *Serviciile medicale de recuperare, medicina fizica si balneologie*. https://casmb.ro/asigurati_servicii_medicale_de_recuperare_medicina_fizica_si_balneologie.php, Letöltve: 2018. augusztus 12.

de a 21 napot meghaladó kúra költségeit a biztosítottaknak kell viselni.¹⁰

3. A fürdőgyógyászat közfinanszírozásának magyar rendszere

A szolgáltatók által nyújtható támogatott fürdőgyógyászati ellátásokat az 5/2004. (XI.19.) EüM rendelet határozza meg. A rendelet jelenleg kilenc fürdőgyógyászati ellátást, egy egyéb rehabilitációs célú gyógyászati ellátást, valamint egy egyéb természetes gyógytényezőn alapuló gyógyászati ellátást tartalmaz (2. táblázat). A kezeléseket a kezelőorvos (jellemzően reumatológus szakorvos) írja fel. Egy kúra keretén belül:

- a 01-08 kóddal jelzett fürdőgyógyászati ellátások közül legfeljebb négy különböző rendelhető egy kúra során, kezelésenként 15-15 alkalomra (azaz a kúra összesen 15, 30, 45 vagy 60 kezelésből állhat);
- a 09 Komplex fürdőgyógyászati ellátás – amely alkalmanként szintén négy különféle kezelést tartalmazhat – legfeljebb 15 alkalomra, baleseti vagy műtéti utókezelés esetén legfeljebb 20 alkalomra, rendelhető (azaz a kezelések együttes száma 60 vagy 80 lehet). A komplex fürdőgyógyászati ellátás a rendelet 4. mellékletében nevesített további, a balneoterápiás kezeléseket kiegészítő 13 fizioterápiás kezelésfajtát is tartalmazhat (egyéni gyógytorna, csoportos gyógytorna, ultrahang kezelés, magnetoterápia, fototerápia, kryoterápia stb.).

2. táblázat

Országos minősítésű gyógyfürdők támogatási összegei kezelésenként

Kezelés megnevezése	Közfinanszírozás alapját képező ár (ÁFA nélkül, Ft)	TB támogatás mértéke (%)	TB támogatás ÁFA nélküli összege (Ft)
01 Gyógyvízes gyógymedence (ideértve a hévízi tófürdőt is)	548	50	274
02 Gyógyvízes kádfürdő	649	85	552

¹⁰ Casa Națională de Asigurări de Sănătate: Pachetul de servicii medicale de bază în asistența medicală de Recuperare medicală, în sanatorii, inclusiv sanatorii balneare și Preventorii. <http://www.cnas.ro/page/pachetul-de-servicii-medicala-de-baza-in-asistenta-medicala-de-reabilitare-medicala-in-sanatorii-balneare-si-recuperare-medicala-in-alte-sanatorii-i-preventorii.html>, Letöltve: 2018. augusztus 12.

03 Iszappakolás	1233	fix	948
04 Súlyfürdő	748	fix	561
05 Szénsavas fürdő	1059	fix	786
06 Orvosi gyögmasszázs	932	fix	580
07 Víz alatti vízsugármasszázs	1018	fix	765
08 Víz alatti csoportos gyógytorna	714	85	607
09 Komplex fürdőgyógyászati ellátás	2622	85	2229
10 18 éves kor alatti csoportos gyógyítás (egyéb gyógyászati ellátásként nevesítve)	744	100	744
11 Szén-dioxid gyógygázfürdő (egyéb természetes gyógytényezőn alapuló gyógyászati ellátásként nevesítve)	1200	85	1020

Forrás: Az 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet 8. számú melléklete

Az ellátást elrendelő orvos indokolt esetben a kúrát alkotó kezeléseket számát az előzőtől eltérően is meghatározhatja, de az egyes ellátásfajták tekintetében hatnál kevesebb vagy húsznál több alkalomra nem írható elő kezelés (NEAK TÁJÉKOZTATÓ A GYÓGYFÜRDŐ ELLÁTÁSRÓL).

Az 5/2004. (XI.19.) EüM rendelet szerinti ellátásokra vonatkozóan az Egészségbiztosítási Alapban önálló költségvetési sor szerepel „Gyógyfürdő és egyéb gyógyászati ellátás támogatása” címmel. Ez a gyógyfürdőkassza, amely keret 2013-tól évi 4,2-4,3 milliárd forint között alakult.

Az 5/2004. (XI.19.) EüM rendelet a beutalóval igénybe vehető gyógyfürdőellátások támogatását százalékos mértékben és fix összegben állapítja meg. A támogatás alapja a NEAK által elfogadott ár, ami a közfinanszírozás alapját képező ár (2. táblázat).

Az egyes elvégzett kezeléseket után a rendelet hatálya alá tartozó szolgáltatók kiegészítő térítési díjat kérhetnek a beutalóval érkező betegektől. Kezelésenként általában néhány száz forintról van szó (szolgáltatótól függően 300-800 Ft/kezelés), kivéve a 09 Komplex fürdőgyógyászati ellátást, amely több önálló kezelést tartalmaz, így a betegek által fizetendő kiegészítő térítési díj is magasabb.

A közfinanszírozás alapjául szolgáló ár és a támogatás mértéke időről időre felülvizsgálatra kerül. A legutolsó ártárgyalásra 2011-ben került sor. Az azóta eltelt időszakban az egészségügyben a bérek közel 90%-kal nőttek, miközben a támogatók valorizálása nem történt meg, így a fürdőgyógyászatok jövedelmezősége jelentősen romlott.

3.1. FÜRDŐGYÓGYÁSZATI ELLÁTÁSOK FINANSZÍROZÁSA JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁSBAN

A fürdőgyógyászati ellátások a járóbeteg szakellátásban is finanszírozhatók. A finanszírozás alapja a 9/2012. (II.28.) NEFMI rendeletben¹¹ rögzített, az egyes járóbeteg szakellátásokhoz tartozó teljesítménypontszám. Ez a pontszám a járóbeteg szakellátás teljesítményegységének forintértékével kerül átszámításra (2018-ban 1,98 Ft/pont), majd folyósításra az egészségügyi intézményeknek (3. táblázat). (Járóbeteg szakellátásban a finanszírozható balneoterápiás és fizioterápiás kezelések köre szélesebb, az 5/2004. (XI.19.) EüM rendeletben felsoroltaknál többféle ellátástípus támogatható.)

3. táblázat

OENO¹² kódok táblázata, egyes kezelések pontszáma és finanszírozása a járóbeteg szakellátásban (Törzslista részlete a 15/2018. (VI.28.) EMMI rendelet¹³ alapján)

OENO kód	Kezelés	Pontérték	Finanszírozás (1,98 Ft/pont)
94880	Medencefürdő	145	287,1 Ft
94881	Kádfürdő	366	724,7 Ft
9488H	Iszappakolás az egész testre	595	1178,1 Ft
94883	Súlyfürdő nyaki függesztéssel	353	698,9 Ft
94882	Szénsavfürdő	574	1136,5 Ft
94712	Masszázs (kézzel)	153	302,9 Ft
9488G	Víz alatti vízszugár-masszázs	347	687,1 Ft
55513	Víz alatti torna (csoporthoz)	115	227,7 Ft

Forrás: Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalok/gyogyito_megeleozo_ellatas/szabalykonyvek/jaro.html, Letöltve: 2018 augusztus 12.

¹¹ https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/1406/fajlok/20130101_tol_hatalyos_9_2012_NEFMIr.pdf

¹² Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása

¹³ https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2738/fajlok/15_2018_EMMI_rendelet_honlapra.pdf

A járóbeteg szakellátásban a kezelések finanszírozása az 5/2004. (XI.19.) EüM rendeletben meghatározottakhoz hasonló, egyes kezelések esetében valamivel kedvezőbb (például kádfürdő, iszappakolás, súlyfürdő), más kezelések esetében kedvezőtlenebb (például masszázis, víz alatti torna). Érdemes megjegyezni, hogy a járóbeteg szakellátás finanszírozása kissé javult az elmúlt években. A teljesítményegység forintértéke 2016-ban 1,80 Ft, 2017-ben 1,85 Ft, 2018-ban 1,98 Ft volt. Járóbeteg szakellátásban azonban a biztosítottaktól nem szedhető kiegészítő térítési díj.

3.2. FÜRDŐGYÓGYÁSZATI ELLÁTÁSOK FINANSZÍROZÁSA A FEKVŐBETEG SZAKELLÁTÁSBAN

Az egészségügyi ellátórendszerben a fekvőbeteg szakellátás keretében finanszírozott rehabilitációs ellátások során számos olyan kezelést nyújtanak, amelyek a fürdőgyógyászat körébe tartoznak. Ebben az esetben a szolgáltatók (főként kórházak) a rehabilitációra biztosított napidíjas finanszírozásból gazdálkodják ki a balneo- és fizioterápiás kezelések költségeit. A napidíj összege: krónikus alapdíj¹⁴ rehabilitációs szorzóval növelve.

A rehabilitáció keretében lehetőség van úgynevezett nappali kórházi ellátásra is, amikor a beteg az éjszakát nem az intézményben tölti. Nappali kórházi ellátás során az egészségügyi szolgáltatók a hatályos szabályozás szerint az alapdíj 70%-ára jogosultak, ha napi legalább 6 órában nyújtanak ellátást. Rehabilitációs kapacitásokkal (ágyakkal) elsősorban a fürdőkórházak rendelkeznek (például a harkányi vagy a hévízi fürdőkórház), amelyek fürdőgyógyászati ellátások nyújtására specializálódtak egészségügyi intézmények. A gyógyfürdőknek azonban nincsenek rehabilitációs kapacitásai, mivel nem nyújtanak fekvőbeteg szakellátást. Egy-egy kivétellel (lásd például a Lukács Gyógyfürdő Szent Lukács Nappali Kórházát) nem rendelkeznek nappali kórházzal sem.

A tárgyalt országok fürdőgyógyászati finanszírozási rendszerének főbb jegyeit az 1. ábrában foglaltuk össze.

¹⁴ 2018-ban a krónikus/rehabilitációs napidíj 6.600 Ft volt.

Fürdőgyógyászati szolgáltatások közfinanszírozása Európa öt országában és Magyarországon (összefoglalás)

Ellátásformák	Ausztria	Németország	Franciaország	Csehország	Románia	Magyarország
Járóbeteg ellátás						
Gyógyfürdőkúra, preventív, vagy rehabilitációs jelleggel	Finanszírozott, 5 évente legfeljebb kettő	10 EUR/vény és a kúra költségének 10%-a terheli a beteget, 16 EUR általánny jellegű támogatás, 3 évente 1, 3 hét	Az ellátás értékének 65-70%-a finanszírozott (magánbiztosítással lehet magasabb), évente 1	Fizioterápiás járóbeteg rehabilitáció (30 CZK/rendelvény)	Finanszírozott, évente 2 kúracsomag	Kiegészítő hozzájárulás fizetésével, évente max. 2 kúracsomag, vagy járóbeteg ellátásban ingyenesen
Gyógyfürdőkúra támogatása tartózkodással	Kérelem alapján teljes, vagy részleges finanszírozással, 5 évente kétszer, 22 nap		Kérelem alapján, az ellátás értékének 65-70%-a (magánbiztosítással lehet magasabb), 21 naptári nap, évente 1	Kérelem alapján, 14-21 nap, a kezelés teljes finanszírozása, a tartózkodás finanszírozása a beteget terheli		
Szociális fürdőkúra					Évente egy alkalommal, országosan 60 ezer fő	
„Kompakt” kúrák, ambuláns és fekvő rehabilitációs célú kúrák, „apa/anya – gyerek kúrák”, járó- vagy fekvőbeteg ellátásban		4 évente egyszer 3 hét, max. 28 nap „bentlakással”, 10 EUR/nap önrész		Kérelem alapján, 14-21 nap, kezeléseket és a teljes ellátás finanszírozott		
Fekvőbeteg ellátás						
Rehabilitációs intézményben történő igénybe vétel (szanatóriumok, szerződött rehabilitációs szolgáltatók, kórházak), akár megelőző jelleggel is	Kérelem alapján teljes, vagy részleges finanszírozással, 5 évente legfeljebb kétszer 22 nap	4 évente egyszer 3 hét, max. 28 nap 10 EUR/nap önrésszel, vagy kórházi tartózkodást követő műtéti rehabilitáció	Beutalóval, 80% (a magánbiztosító az ellátás önrészét támogathatja), 21 nap	Finanszírozott műtét utáni rehabilitáció, kórházi tartózkodást követően, 21-28 nap	Finanszírozott, rehabilitációs kezelésre jogosító beutaló alapján, 14-21 nap	Finanszírozott, rehabilitációs ellátásban, fekvőbeteg ellátó intézményekben, 14-21 nap

Forrás: saját szerkesztés

4. Az európai és a magyar finanszírozás összehasonlítása, implikációk a magyar gyógyfürdő ellátások finanszírozása tekintetében

A vizsgált országokkal összehasonlítva Magyarországon a *kettős finanszírozás* jellemző. A szolgáltatónak akár kétféle szerződése is lehet, hisz egyes gyógyfürdőknek az 5/2004. (XI.19.) EüM rendelet szerinti finanszírozás mellett járóbeteg szakellátás finanszírozására is van szerződése. Ezek a gyógyfürdők szakorvosi vizsgálatokat is el tudnak számolni az Egészségbiztosítási Alap terhére, szemben a szolgáltatók többségével, akik csak az 5/2004. (XI.19.) EüM rendelet szerinti támogatásra jogosultak. Utóbbiaknak a szakorvosok (például reumatológusok) finanszírozását (amely a 09 Komplex fürdőgyógyászati ellátás nyújtása esetén előírás) a kezelések bevételeiből kell kitermelniük, vagy térítési díjat kell kérniük a betegektől a szakorvosi vizsgálatokért. Amikor a gyógyfürdők vezetői körében felvetettük, hogy az ilyen jellegű anomáliák miatt inkább egységes, az egészségügyre általánosan jellemző finanszírozást kellene

alkalmazni, ami a járóbeteg szakellátás finanszírozási rendszere lenne, nem támogatták az ötletet. Ennek oka az, hogy a járóbeteg szakellátás finanszírozási mértékei nem fedezik a szolgáltatás nyújtásának önköltségét, önrészt pedig nem kérhetnek a betegektől, míg az 5/2004. (XI.19.) EüM rendelet alkalmazása esetén van valamennyi mozgásterük a térítési díjak megállapítása során.

A betegek a kezeléseikért hozzájárulást fizetnek Franciaországban és Németországban, valamint kisebb mértékben Csehországban. Magyarországon azonban a gyógyfürdőkben igénybe vett kezeléseket betegek által fizetett önrésze akár magasabb is lehet, mint az a támogatás, amit a kezeléseket után a NEAK folyósít a szolgáltatónak. Egy 60 kezelésből álló kúra során a beteg által összesen kifizetett térítési díj összege meghaladhatja akár a 30 000 forintot is, attól függően, hogy melyik gyógyfürdőben és mikor történnek a kezeléseket. A magyar nyugdíjasok esetében a térítési díj nagysága az egyik legfontosabb versenytényező a gyógyfürdők kiválasztásában.

A térítési díj alapú verseny esetenként igen éles, ahogy azt Szegeden az Anna Fürdő és a

Napfényfürdő Aquapolis fürdőgyógyászata esetében tapasztaltuk. Az egymáshoz közel elhelyezkedő szolgáltatók közül a betegek elsősorban ahhoz mennek, ahol alacsonyabb a betegek által fizetett önrész. A Napfényfürdő Aquapolis a jobb minőségű infrastrukturális háttér által támogatott szolgáltatásait magasabb önrész mellett nyújtja, így az Anna Fürdőben jelentkezik a szegedi fürdőgyógyászati teljesítmény döntő része, becslésünk szerint 70-75%-a.

Ezt támasztja alá az egyik legnagyobb gyógyfürdő megfigyelése is, amely szerint a beutalóval érkező, jellemzően nyugdíjas betegek az önrészt esetenként olyan magasnak érzékelik, hogy inkább lemondanak egyes kezelésekről.

További eltérés a nyugati modellekkel összehasonlítva, hogy a magyar rendszerben – hacsak nem rehabilitációs célú fekvőbeteg szakellátásról van szó – a beteg tartózkodásának költségeihez az Egészségbiztosítási Alap nem nyújt támogatást, ugyanakkor évente akár két alkalommal is támogatja a gyógyfürdő kezeléseket. Ez sok tekintetben érthető is: a szűkös forrásokat a tartalomra (a kezelésekre) fordítja az egészségügyi rendszer, nem hotelszolgáltatások finanszírozására. Azonban, ha csak az adott szolgáltatónál elérhető gyógytényezőért utazni szükséges, felmerül a kérdés, hogy az utazás és az ott tartózkodás költségeit indokolt esetben valamilyen mértékben érdemes lenne támogatni, ezzel is csökkentve az országon belüli hozzáférési nehézségeket. A fekvőbeteg szakellátásban igénybe vehető (azaz kórházi tartózkodással járó) rehabilitáció nem helyettesíti a tartózkodással járó gyógykúrát, amelyek nyugaton akár prevenció jellegűek is lehetnek. Más kérdés, hogy a tartózkodás támogatása egyetlen vizsgált országban sem automatikus, és az igénybevételek száma is korlátozott, például Németországban, Ausztriában 3-4 évente egy alkalommal támogatnak kúrát a biztosítók. A beutalóval érkező magyar beteg a hatékony kúrahossznak megfelelő tartózkodást általában nem képes maga finanszírozni. Egy kúra optimális esetben 14-21 nap, ám a beutalóval érkező, jellemzően nyugdíjas beteg gyakran csak 4-5 napot tartózkodik a gyógyhelyen. A legtöbben még ennyit sem, mivel 65 év felett a közösségi közlekedés igénybevétele ingyenes, így a betegek reggel érkeznek a kezelésekre, este pedig hazautaznak.

Az áttanulmányozott szekunder információk alapján úgy tűnik, hogy a nyugat-európai országok fürdőgyógyászataiban jobban érvényesül a betegségek kezelésére leginkább megfelelő szolgáltató kiválasztására irányuló szemlélet, továbbá jellemző a szolgáltatók szakosodása. A magyar szabályozás is konkrét kezeléseket javasol az egyes kórkepekhez

(lásd az 5/2004. (XI.19.) EüM rendelet 5. mellékletét), ám a szakosodás csak kevés szolgáltató esetében figyelhető meg. Az orvosi kutatások, amelyek az *evidence-based* terápiákat alapozták meg, ritkák a gyógyfürdőkben, mivel a jelenlegi finanszírozási rendszernek nincs ösztönző hatása.

Interjúalanyaink arra is rámutattak, hogy egymással versenyző kezelések, például egyre hatékonyabb gyógyszeres terápiák, kevésbé invazív beavatkozások (egynapos sebészet) jelentek meg, amelyekkel szemben teret veszíthet a hagyományos gyógytényezőkre épülő fürdőgyógyászat. A fiatalabb generációk számára (tágabban értelmezve a 25-54 éves korosztály), akik a prevenció célcsoportjai lehetnének, a gyógyfürdők általában nem vonzóak, az idősebbek körében még mindig népszerű fürdőgyógyászati kezelésekről nem is hallottak. A fürdőgyógyászat két-három hetes hatékony kezelési időtartama napjaink felgyorsult életritmusa mellett kevésbé versenyképes számukra. Két-három hét gyógyhelyi tartózkodásra egy átlagos munkavállalónak nincs ideje. Emiatt a természetes gyógytényezők, amelyek lassabban fejtik ki hatásukat, egyre inkább meghaladottá válnak a betegek szemében.

Ahogy az interjúkból is kiderült, a nyugati vendégek, különösen a német gyógyturisták, akik a fürdőgyógyászatok legfontosabb célcsoportját képviselték, egyre inkább elmaradnak. Ennek nemcsak a változó utazási preferenciák, a gyorsan fejlődő egészségügyi ellátás, az elégtelen egészségügyi infrastruktúra és marketing az oka, hanem az erősödő konkurencia is. A magyar szolgáltatók által nyújtott kezelések Nyugat-Európában, a beteg otthonában is igénybe vehetőek a hazai egészségbiztosító finanszírozásával, gyakran jobb minőségben, mint külföldön (Magyarországon). Erre is reagálva, a következő években megvalósuló nagyszabású gyógyhelyi fejlesztések célja a magyar fürdőhelyek, gyógyfürdők versenyképességének növelése.

Ahogy a fentiekből kiderült, a magyar fürdőgyógyászatban és az erre épülő egészség-turizmusban rejlő lehetőségek kiaknázatlanok. Ennek egyik fontos tényezője a közfinanszírozás változtatásának lehetősége, amely keretében érdemes rendszeresen felülvizsgálni a fürdőgyógyászat közfinanszírozás, amelynek mértékét és módjait felül kell vizsgálni, beleértve a merev, kasszánként elkülönülő finanszírozási szabályozást is. Ha a hazai betegek kezelése alulfinanszírozott rendszerben, nem megfelelően ösztönző struktúrában történik, nem jön létre versenyképes egészség-turisztikai kínálat. Hatékony és vonzó egészség-turisztikai kínálat, turisztikai termék a közfinanszírozott ellátásokra épül. Ha a magyar beteg ellátása eredményes

és hatékony, akkor erre felépíthető az egészség-turisztikai kínálat is. Vizsgálatunk arra is rámutat, hogy a finanszírozási kérdések rendezése során nagyobb figyelmet szükséges fordítani a természetes gyógytényezőkön alapuló fürdőgyógyászati szolgáltatási kínálat és a kezelések, ellátások megújítására. Ahogy a vizsgált országok példái mutatják, fejleszteni kell a prevenció és rekreációs kínálatot, amely a fiatalabb, egészségtudatos korosztályokat vonzaná, másrészt egyes betegcsoportokra fókuszáló, klinikai vizsgálatokkal is alátámasztott hatásosságú terápiás és rehabilitációs célú komplex csomagok kialakítására van szükség.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton is köszönjük a Magyar Fürdőszövetségnek a tanulmány elkészítéséhez nyújtott támogatását.

Felhasznált irodalom

- A Magyar Fürdőszövetség helyzetértékelése és javaslatai a magyar egészség-turizmus versenyképességének javítása érdekében. Magyar Fürdőszövetség. Budapest, 2010.
- CONNELL, J. (2006): Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism Management*. 27(6). pp. 1093-1100.
- HALL, C. M. (2012): Medical and health tourism: The development and implications of medical mobility. In: Hall, C. M. (ed): *Medical Tourism: The Ethics Regulation, and Marketing of Health Mobility*. Routledge, London. pp. 19-44.

JANDALA CS. – SÁNDOR T. – GONDOS B. (2010): Az egészség-turizmus a turizmuspolitika fókuszában – A fürdő-kultúra szerepe a turisztikai termékfejlesztésben. *Turizmus Bulletin*. 14(4). pp. 19-28.

KINCSES GY. (2010): Az egészségügyi turizmus helyzete, jövőképe, szükséges fejlesztési irányai. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 9(6). pp. 5-12.

MICHALKÓ G. – RÁTZ T. (2011): *Egészség-turizmus és életminőség Magyarországon: Fejezetek az egészség, az utazás és a (jól)lét magyarországi összefüggéseiről*. MTA Földrajztudományi Kutatóintézet, Budapest.

NAGY Z. – SZÉP T. (2011): Az egészség-turizmus szerepe az Észak-magyarországi régió turisztikai kínálatában. *A Miskolci Egyetem közleményei. A sorozat, Bányászat*. 81. pp. 211-219.

SMITH, M. K. – PUCZKÓ, L. (2009): *Health and Wellness Tourism*. Elsevier/Butterworth-Heinemann, Oxford.

Internetes források

- 5/2004. (XI. 19.) EüM rendelet az orvosi rehabilitáció céljából társadalombiztosítási támogatással igénybe vehető gyógyászati ellátásokról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?%20docid=A0400005.EUM>, Letöltve: 2018. augusztus 12.
- NEAK tájékoztató a gyógyfürdő-ellátásról. http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfuro_tamogatás/gyogyfuro, Letöltve: 2018. augusztus 12.