

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM**  
**ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR**  
**KLINIKAI ORVOSTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA**

**Doktori Iskola vezető:** Prof. Dr. Kovács L. Gábor  
**Programvezető:** Prof. Dr. Olasz Lajos  
**Témavezető:** Prof. Dr. Boncz Imre  
Prof. Dr. Radnai Márta

**A FOGÁSZATI ELLÁTÁS FINANSZÍROZÁSA**

**Doktori (Ph.D.) értekezés**

**Dr. Marada Gyula**

Pécs, 2017.

## **1. BEVEZETÉS**

Jelenleg Európa egyes államainak egészségügyi rendszerét megvizsgálva, megállapíthatjuk, hogy rendkívül hasonló elemekkel találkozunk, de a kisebb nagyobb különbségek következtében az egyes rendszerek mégis mások. A különbségek elsősorban a biztosítási rendszerekben, illetve azok adminisztrációjában keresendők, amelyek nagyrészt történelmi hagyományokra épülnek. Az ellátás szintjén történő szabályozás, a páciensek hozzájárulása az ellátáshoz, illetve az ellátók finanszírozásának alakulása teszi az egészségügyi piacot rendkívül sokszínűvé.

Minden ország belügyének markáns meghatározója az egészségügyi ellátó rendszer szervezése és fenntartása. Minden ország jelentős összegeket fordít egészségügyi rendszereire, de ez a ráfordítás az egyes országok között is jelentős különbségeket mutat. Azt OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) országok, melyeknek hazánk is tagja, átlagosan GDP-jük 6,69%-át fordítják az egészségügyre (2011-es adat. Forrás: OECD statisztikák). A listát Hollandia vezeti, ahol a kimutatások szerint a ráfordítás közel 9,5%. Hazánkban ez az érték 2011-ben 4,9%, ami az OECD-hez tartozó országok között az ötödik legalacsonyabb, majd 2014-ben 7,1%-ra emelkedett.

Ezek olyan mértékű ráfordítások, amelyek komoly hatással vannak az adott országok gazdaságára. Természetesen ez az összeg tovább osztódik az egészségügy különböző szereplői között. Ilyen szereplő a fogászati járó- és a szájsebészeti fekvőbeteg ellátás.

## 2. CÉLKITŰZÉSEK

Dolgozatomnak a célja, hogy bemutassa hazánk fogászati alap és szakellátásának általános rendszerét a finanszírozás szemszögéből. További célom, hogy a hazai mellett más országok finanszírozási rendszeréről is általános képet adjak, rámutatva a legfőbb hasonlóságokra és különbségekre, különös tekintettel az egyes ellátási formák finanszírozására. Dolgozatom további részében pedig a finanszírozás területenkénti különbözőségeit kívánom bemutatni, keresve a finanszírozásban jelentkező egyenetlenségek lehetséges okait.

Az értekezés célkitűzéseit az alábbiak szerint összegezzük:

- A hazai fogászati alap- és szakellátás közösségi finanszírozási rendszerének bemutatása (4. fejezet)
- A magyarországi fogászati ellátás finanszírozásának területenkénti különbözőségeinek bemutatása (5. fejezet)
- Nemzetközi fogászati finanszírozási modellek ismertetése
- Az egyes magyarországi fogászati járóbeteg beavatkozásokra jutó, az egészségbiztosító által nyújtott finanszírozási összegek összehasonlítása más európai országokban nyújtott finanszírozási összegekkel (6. fejezet)
- Okok és lehetséges megoldások keresése a területi különbségekre
- A fogászati beavatkozásokhoz szorosan kapcsolódó arc-, állcsont- és szájsebészeti osztályok teljesítménymutatóinak bemutatása (7. fejezet)
- Az egyes indikátorok meghatározásában szerepet játszó okok részletezése

### **3. ANYAGOK ÉS MÓDSZEREK**

**3.1** Vizsgálatunkban bemutattuk egészségbiztosítási (közösségi) finanszírozásának aktuális adatait. Az értékelés bázisát az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) területi szerveivel finanszírozási szerződéses viszonyban álló, fogászati alapellátást, szakellátást, egyetemi – kiemelt szintű – ellátást végző fogorvosi szolgálatok, járóbeteg szakellátások és fekvőbeteg osztályok 2006-2008. évi teljesítményjelentései képezik. A vizsgálatban az OEP adatait használtuk, a 2006-2008. közötti időszakra vonatkozóan.

**3.2** Ezen elemzésünk célja, hogy bemutassuk a fogászati ellátás egészségbiztosítási (közösségi) finanszírozásának területi egyenlőtlenségeit Magyarország megyéinek és régióinak vonatkozásában. Az értékelés bázisát az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) területi szerveivel finanszírozási szerződéses viszonyban álló, fogászati alapellátást, szakellátást, egyetemi – kiemelt szintű – ellátást végző fogorvosi szolgálatok, járóbeteg szakellátások és fekvőbeteg osztályok 2008-2011. évi teljesítményjelentései képezik. Indikátorként a 100 lakosra jutó esetszámot illetve beavatkozás számot, valamint az egy esetre jutó beavatkozásszámot és az egy beavatkozásra jutó finanszírozási összeget használtuk.

**3.3** Ezen vizsgálatunkban négy európai ország egészségügyi rendszert hasonlítjuk össze a közösségi fogászati ellátás oldaláról. A fogászati ellátásra fordított összegek és módszerek összehasonlításának alapját az egészségbiztosítók által biztosított adatok képezték. A vizsgálatban a következő indikátorokat értékeltük: a közösségi fogászat arányszámait és a legfontosabb szájegészséghez kapcsolódó indexeket. Az általános fogászati ellátások közül a prevenciós, konzerváló fogászati, endodonciai és szájsebészeti beavatkozásokat választottuk.

**3.4** Elemzésünk utolsó fázisában célunk volt bemutatni a maxillofacialis aktív fekvőbeteg osztályok aktuális teljesítménymutatóit, valamint ezen mutatók alapján az az ellátó helyek összehasonlításra kerültek. Elemzésünkhöz az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által szerződött illetve finanszírozott ágyak számát

vettük alapul. Az összevetéshez használt teljesítményadatok az OEP adatbázisából származnak. A vizsgálatban a következő indikátorokat értékeltük: ágyszámok megoszlását intézeti típus szerint, a finanszírozási esetek számát, a súlyszám összeget, a case-mix indexet, az elszámolt ápolási napok számát, ágykihasználtságot, valamint az átlagos ápolási időt.

#### 4. EREDMÉNYEK

4.1 Hazánkban 2008-év végén 3378 szolgálat végzett fogászati alap- és szakellátást. Ezek mellett az országban 17 fekvőbeteg osztály állt rendelkezésre 154 ágygal, ami kiegészül az ehhez kapcsolódó járóbeteg szakellátással. Az alap- és szakellátás kapcsán az említett évben 7,6 millió esetet láttak el, illetve 23,6 millió beavatkozást végeztek. A teljes, fogászati célú kiadás 2008-ban 24.92 milliárd forint volt.

Magyarországon legmagasabb az alapellátást végzők juttatása és legalacsonyabb az aktív járóbeteg szakellátásoké. A teljes fogászati célú kiadások az egészségbiztosítási kiadásoknak mintegy 2%-a és a vizsgált periódusban nem módosult számottevően.

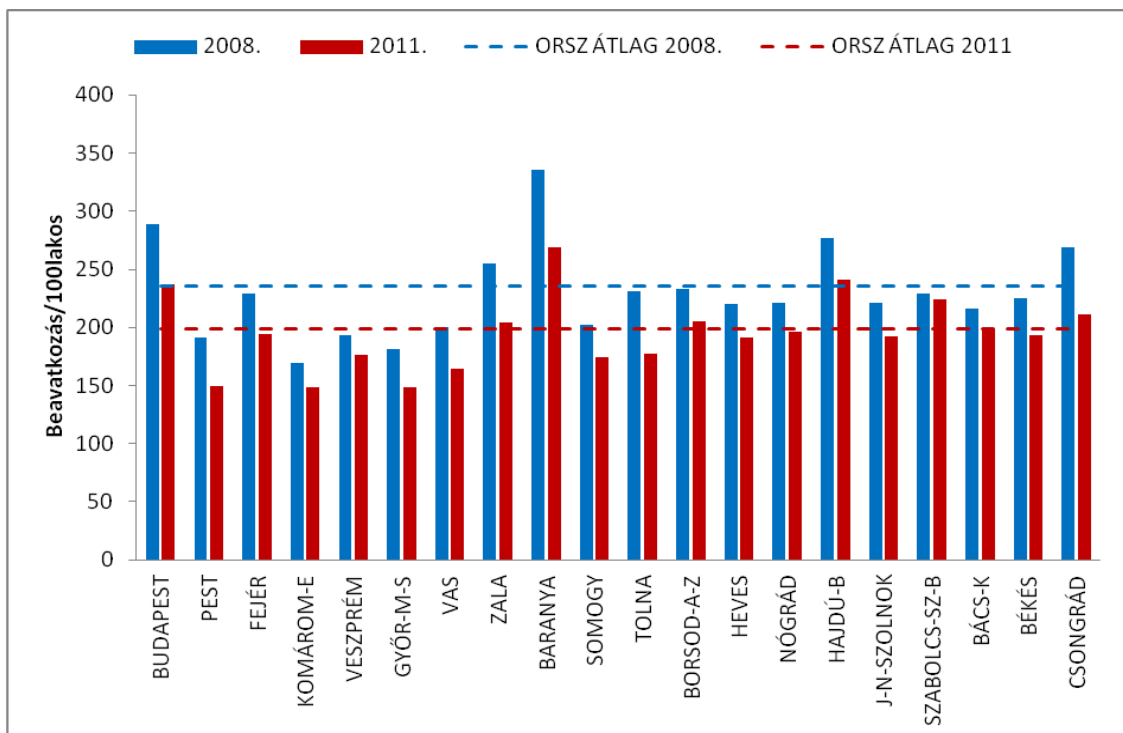
A szolgálat típusa	Szolgálatok száma	Esetek		Beavatkozások		Pontok	
		száma, ezer	%	száma, ezer	%	száma, millió	%
<b>Fogászati alapellátás</b>	<b>2794</b>	<b>6430</b>	<b>84</b>	<b>20521</b>	<b>86,7</b>	<b>4944,4</b>	<b>83,6</b>
Felnőtt	457	961,1	12,63	193,2	13,5	838,2	14,2
Iskolai, ifjúsági	219	603,2	7,9	1885,6	8	324,5	5,5
Gyermek	215	614,8	8	1828,2	7,7	257,2	4,4
Ügyelet	29	39,8	0,5	100,9	0,4	5,3	0,1
Vegyes	1874	4211	55	13513,1	57,1	3519	59,5
<b>Fogászati szakellátás</b>	<b>428</b>	<b>985,8</b>	<b>12,9</b>	<b>2375,6</b>	<b>10</b>	<b>787,2</b>	<b>13,3</b>
Fogszabályozás	145	413,6	5,4	987,7	4,2	409,2	6,9
Fogyatékos gyermekellátás	16	4,9	0,1	20,2	0,1	5	0,1
Fogyatékos felnőttellátás	1	0,2	0	0,4	0	0,2	0
Gyermek szakellátás	3	0,4	0	1,4	0	0,4	0
Parodontológia	11	14,5	0,2	80,1	0,3	19,3	0,3
Röntgen	135	313	4,1	510,6	2,2	178	3
Szájsebészet	117	239,3	3,1	775,2	3,3	175,1	3
<b>Egyetemi fogászati ellátás</b>	<b>157</b>	<b>234,8</b>	<b>3,1</b>	<b>768,6</b>	<b>3,2</b>	<b>179,5</b>	<b>3</b>
Egyetemi alapellátás	21	22,2	0,3	79,9	0,3	13,7	0,2
Egyetemi szakellátás	137	212,7	2,8	688,7	2,9	165,8	2,8
<b>Összesen</b>	<b>3379</b>	<b>7650,7</b>	<b>100</b>	<b>23665,3</b>	<b>100</b>	<b>5911</b>	<b>100</b>

**4.1. táblázat** A fogászati alap- és szakellátási esetek, beavatkozások, pontok száma és megoszlása a szolgálat típusa szerint (2008)

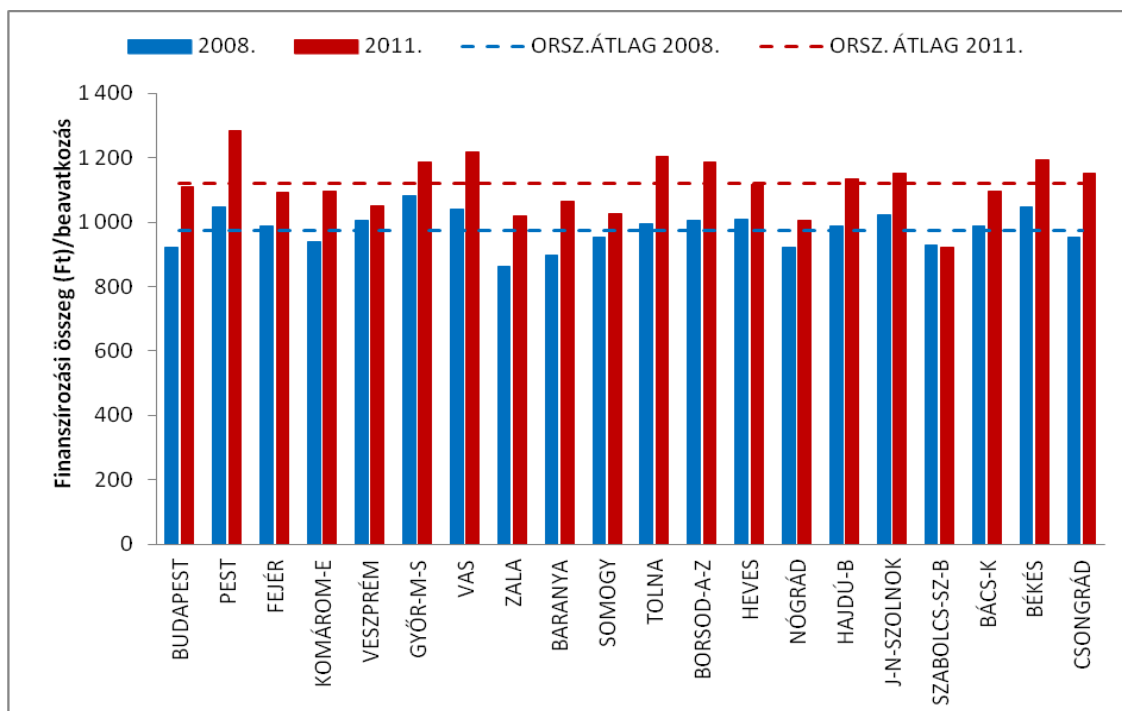
4.2 Hazánkban 2011-év végén 3366 szolgálat végzett fogászati alap- és szakellátást. A 100 lakosra jutó esetszám átlagosan 71 volt; a különböző megyékben 55 és 95 között változott. Ugyanezen megyékben a 100 lakosra jutó beavatkozás szám 149 és 268 közötti érték volt, átlagosan 199. Az egy esetre jutó beavatkozásszám átlag értéke 2,8 (2,56-3,13) volt. Az egy beavatkozásra jutó finanszírozási összeg átlagos értéke 1122Ft volt és megyénkénti megoszlása számottevő különbséget mutatott (1018-1217Ft). A

járóbeteg szakellátások száma az egyetemi képzőhellyel rendelkező megyékben eltér a lakosság eloszlásától, a progresszív betegellátásnak megfelelően magasabb a finanszírozott szolgáltatók száma. A négy kiemelt megyében a legmagasabb a száz lakosra jutó eset és beavatkozás szám is. Az egy beavatkozásra jutó teljesítménydíj és finanszírozási összeg pedig ellentétes tendenciát mutat.

A vizsgált időszakban a fogászati ellátás egészségbiztosítási finanszírozása jelentős eltérést mutatott Magyarország megyéi és régiói között. Azokon a településeken, ahol az alapellátáson felül emeltszintű vagy egyetemi szintű ellátás is történik, magasabb az OEP-el szerződésben álló szolgáltatók száma.



**4.2. ábra** 100 lakosra jutó beavatkozásszám megyei bontásban (2008, 2011)



**5.4. ábra** Az egy beavatkozásra jutó finanszírozás összege megyei bontásban (2008, 2011)

4.3 Az egy aktív fogorvosra jutó lakosok száma Németországban (1247 lakos/fogorvos) a legkedvezőbb, míg Magyarországon (2020 lakos/fogorvos) a legrosszabb. A szájegészséghez kapcsolt indikátorok jelentős különbséget mutatnak a Nyugat- és Kelet-európai országok között. Ezzel ellentétben a teljes foghiányos lakosok százalékában nincs jelentős különbség. A közösségi fogászati ellátás finanszírozására fordított összeg jelentősen magasabb Németországban és az Egyesült Királyságban.

A fogászati ellátás finanszírozása lényegesen különbözik a vizsgált országokban.



Kezelés	Németország		Anglia		Magyarország		Lengyelország	
	Térítési díj (€)	Forint-ban*	Sávhoz tartozó £ érték	Forint-ban**	Pont	Pont forint értéke***	Pont	Forint-ban****
<b>Általános fogászat és prevenció</b>								
Szájvizsgálat (fogászati és parodontológiai státusz)	12,94	3842	18	6421	180	376,74	22	1633
Tanulmányi minta készítése	15,52	4608	18	6421	0	0	11	816
Fog vitalitás vizsgálat	6,47	1921	18	6421	0	0	2	148
Intraoralis érzéstelenítés	3,88	1152	18	6421	50	104,65	20	1484
Szájhigiénés tanácsadás (25 perc)	25,87	7681	18	6421	50	104,65	11	816
Helyi fluoridálás	6,47	192	18	6421	120	251,16	5	371
Barázdazárás foganként	11,64	3456	18	6421	300	627,9	11	816
<b>Konzerváló fogászat és endodontia</b>								
Plasztikus tömés egy felszínre	27,55	8179	49	17481	600	1255,8		
Kompozit tömés egy felszínre	68,17	20240	49	17481	700	1465,1	38 (csak önkötő)	2820
Plasztikus tömés két felszínre	31,3	9293	49	17481	850	1779,05		
Kompozit tömés két felszín	71,92	21353	49	17481	950	1988,35	43 (csak önkötő)	3192
Inlay egy felszín	147,6	43823	214	76346	600	1255,8	8	594
Inlay több felszín	175,41	52080	214	76346	600	1255,8	75	5567
Fog trepanáció	8,41	2497	21,6	7706	100	209,3		
Gyökértömés csatornánként	33,37	9907	49	17481	1200	2511,6		
<b>Szájsebészet</b>								
Egygyökerű fog eltávolítása	9,05	2687	49	17481	100	209,3	20	1484
Többgyökerű fog eltávolítása	14,23	4225	49	17481	100	209,3	30	2227
Fog műtéti eltávolítása	45,27	13441	49	17481	600	1255,8	47	3489
Impactált vagy retineált fog eltávolítása	69,85	20739	49	17481	1200	2511,6	100	7423
Sínus zárás	47,86	14210	49	17481	1500	3139,5	156	11579
Gyökércsúcs rezekció	59,5	17666	49	17481	1250	2616,25	0	
Cysta műtét	64,68	19204	49	17481	2000	4186	100	7423
<b>Parodontológia</b>								
Parodontális status	20,7	6146	18	6421	250	523,25	0	0
Parodontális műtét	16,82	4994	49	17481	600	1255,8	0	0
Nyitott curettage	23,28	6912	49	17481	600	1255,8	22	1632
<b>Fogpótlás</b>								
Öntött korona készítés tangenciális preparálással	171,01	50774	214	76346	600	1255,8	0	0
Öntött korona készítés vállas preparálással	217,06	64447	214	76346	800	1674,4	0	0
Teljes kivehető fogor a mandibulán	239,31	71053	214	76346	3000	6279	528	39192
Protetikai rehabilitáció	944,3	280372	214	76346	14000	29302	0	0

**6.4. táblázat** Egyes fogászati kezelések térítési díjainak összehasonlítása Németországban, Angliában, Magyarországon és Lengyelországban (saját szerkesztés)

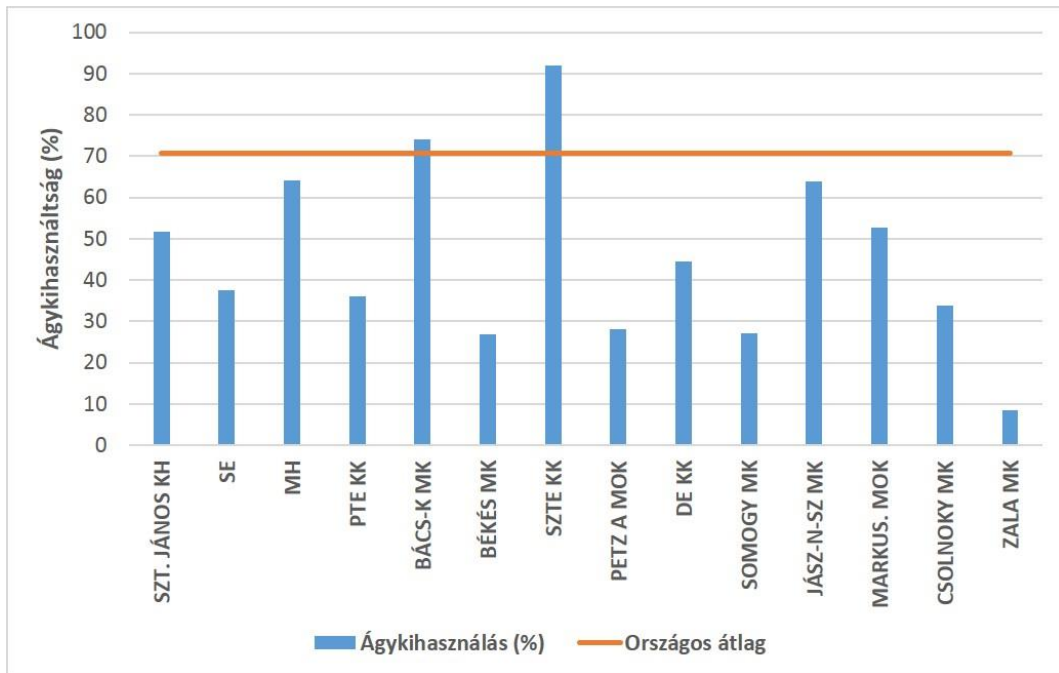
(\* 1€=296,91 Ft, MNB, 2014.01.01., \*\*1£=356,76 Ft, MNB, 2014.01.01., \*\*\*1 pont=2,093 Ft, 2013. december, \*\*\*\*1 pont = 1,08ztl (0,25€), 2013. december)

4.4 A vizsgált időszakban az aktív ágyak 40%-a (65) volt egyetemi klinikán. Ehhez hasonló megoszlást mutat a finanszírozási esetek száma is. Az egyetemi klinikákon magasabb a súlyszám összeg és a case-mix index értéke is. Az arc-, állcsontszájsebészeti osztályok ágykihasználtsága (45,75%) elmarad az országos átlagtól.

A vizsgált időszakban az indikátorok jelentős eltéréseket mutattak az egyes intézmények között.

Intézet megnevezése	Finan- szírozási esetszám	Ágyszámok	Súlyszám összeg	Súlyszám/ágy	Case- mix index
Bács-Kiskun Megyei Oktatókórház, Kecskemét	2 696	15	2 249,27	149,95	0,881
Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Gyula	302	12	240,85	20,07	0,897
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	273	10	286,00	28,6	1,100
Debreceni Egyetem Klinikai Központ	1 145	18	1 279,43	71,07	1,152
J-N-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet, Szolnok	1 061	7	651,75	93,10	0,616
Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Szombathely	210	7	249,86	35,69	1,217
Magyar Honvédség Egészségügyi Központ, Budapest	589	10	617,62	61,762	1,066
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ	554	10	639,42	63,942	1,201
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr	431	14	211,63	15,11	0,499
Semmelweis Egyetem	975	26	1 417,90	54,53	1,504
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár	411	7	399,58	57,08	1,024
Szt. János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórház	510	8	357,27	44,65	0,718
SZTE Szent-Györgyi A. Klinikai Központ Szeged	1 988	11	1 665,06	151,36	0,844
Zala Megyei Kórház Zalaegerszeg	32	7	23,84	3,40	0,850

**7.2. táblázat** Aktív fekvőbeteg- és kúraszerű ellátás összesített teljesítmény adatai intézeti bontásban (OEP adatbázis, 2015)



**7.2. ábra** Az egyes intézetek ágykihasználtsága és az országos átlag (OEP adatbázis,2015)

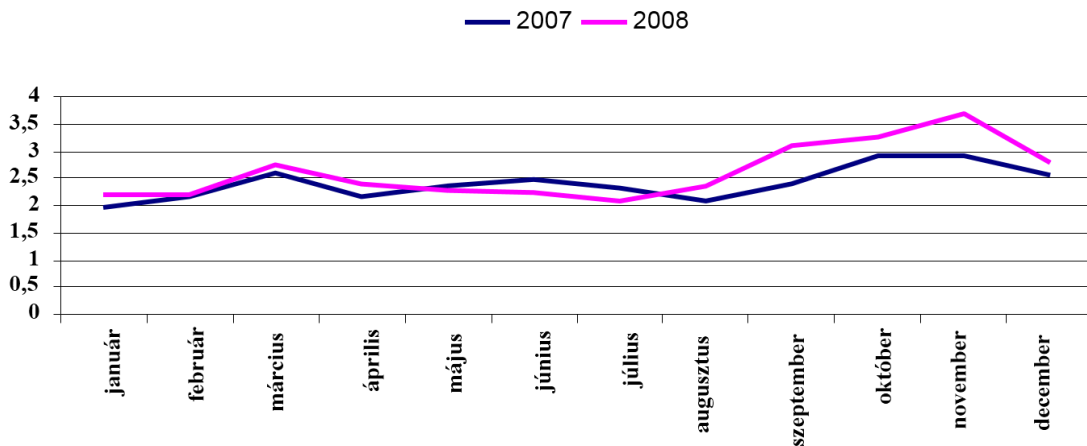
## **5. ÖSSZEFOGLALÁS, MEGBESZÉLÉS**

A rendszerváltozást követően a fogászati ellátás szervezésének struktúráját és finanszírozási rendszerét jelentős változás nem érte. A szükségszerű reformintézkedések, melyek jelentős változást hoztak 1992-ben az alapellátásra, és 1993-ban a szakellátásra, szintén nem terjedtek ki a fogászati ellátásra. A változást az 1994-es év hozhatta volna meg, de az átszervezésre szánt többlet költséget felemésztette a közalkalmazotti bértábla bevezetése. Az 1995-ös gazdasági reformok már gyökeresen érintették a finanszírozott ellátások körét. Az aktív korú népesség körében a sürgősségi ellátás kivételével valamennyi fogorvosi beavatkozásért térítési díj-kötelezettséget vezettek be július 1-től, egyidejűleg csökkentették a fenntartóknak biztosított TB támogatást. A fogtechnikai munkák és anyagok térítésmentessége is megszűnt, jelentős bizonytalanságot alakítva ki ezzel a szolgáltatók körében. A rendelők betegforgalma jelentősen visszaesett és a páciensek is egyre inkább a térítésmentesen igénybe vehető sürgősségi ellátást választották a fogak eltávolításával, a fogmegtartó kezelések vagy fogpótlások készítése helyett. A fogorvosi ellátás finanszírozására fordított pénzeszközök 1994-től évente 5,2-5,5 milliárd forint között változtak a TB költségvetésében, reálértéken csökkenő összeget jelentettek. A gazdasági stabilizációs intézkedések keretében a fogorvosi ellátás TB támogatásából ténylegesen elvont 0,6 milliárd forint a gyógyító- megelőző ellátások 192 milliárd forintos előirányzatához viszonyítva csekély, ugyanakkor a fogorvosi ellátás 5 milliárd forint támogatását figyelembe véve már jelentős nagyságrend, és az intézkedés a lakosság fogorvoshoz fordulásában, a megelőzésben rendkívül káros folyamatokat indított el. Az ellátás szervezésében a következő mérföldkő az önkormányzati törvény bevezetése volt, amely az önkormányzatok kötelező feladatává tette a lakosság egészségügyi alapellátásáról való gondoskodást, ezen belül a fogorvosi ellátás biztosítását. Ezt a feladatot az önkormányzatok először egészségügyi szolgáltatóknak, majd később vállalkozásoknak adta át. Az 1995. július 1-e előtti időszakban a fogászati ellátások túlnyomó többsége a lakosság számára térítésmentesen volt igénybe vehető, de ez az ellátási forma mégsem ösztönözte a szolgáltatókat kellőképpen a preventív szemlélet kialakítására, magasabb szintű szájápolási kultúra megteremtésére. A többi orvosi szakmától eltérően a fogorvosi ellátásban jelentős számban alakultak magánorvosi praxisok, melyek a lakosság nagy hányadát látták el. Mindezek miatt kevés az átfogó és megbízható adat a

fogászati tevékenységről és hiányos ezek statisztikai feldolgozása is. Az 1995-ös, a gazdaság stabilitásának megteremtését célzó elképzelések gyors változásokat hoztak, melyek ebből mélyreható reformokat nem tudtak megvalósítani. A keletkezett problémák megoldására kidolgozott 1996-os intézkedések szintén nem voltak igazi reformintézkedések. Egyik pozitívuma volt, hogy sokkal nagyobb hangsúlyt kapott a megelőzés, amelyet azzal próbáltak tovább erősíteni, hogy 1998-tól a rendszeres fogorvosi szűrésen való megjelenéshez kötötték egyes beavatkozások térítésmentességét. Az 1995 előtti időszakhoz viszonyítva az azt követő időben a finanszírozási szabályozás gyakran és kiszámíthatatlanul változott. Az elszámolás alapja nem a teljesítmény volt, a lakosság korösszetételét pedig figyelmen kívül hagyta. A változtatásokat rendre átmenetinek tekintették, azokat nem előzte meg mélyreható, a változtatás reális pénzügyi hátterére is kiterjedő helyzetfelmérés. A kezelésre jelentkező páciensek számának drasztikus változása is alapja volt a finanszírozási összeg rövid időn belüli széles határok közötti ingadozásának. A Bokros csomag bevezetése előtt 3 millió fogtömést finanszírozott a biztosító, míg ez a szám 1995-öt követően a felére esett vissza. 1999-et követően viszont ugrásszerűen megnőtt a fogorvoshoz fordulóknak száma. Ez a növekedés a 60%-ot is elérte. A szaktárca az intézkedésektől a teljesítők helyek bevétele növekedését várta. Ez a zárt kassza szabályai miatt azonban csak alacsony szinten realizálódott.

Kétségtelenül a napjainkban is alkalmazott ellátási rendszer alapja a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól. A rendeletet kiegészíti a fogászati ellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyv. A Szabálykönyv tételesen felsorolja a térített beavatkozásokat, a beavatkozások után elszámolható pontokat és az elszámolásuk feltételeit. Sajátságos, hogy „zárt kassza” elvének megfelelően kerül a beavatkozások finanszírozási összege megállapításra. Ennek lényege, hogy az ellátás teljesítménydíjazására fordított összeg állandó. Ezt az állandó összeget a lejelentett összes pontok arányában osztják el. Ez azt jelenti, hogy a pontoknak havonta változik a forint értéke és elsősorban attól függ, hogy az adott hónapban a szolgáltatók mennyi pontot jelentettek. A 8.1. ábrából leolvasható, hogy a pontok forint értéke 2007-ben átlagosan 2,40, valamint 2008-ban 2,60 forint volt.

Az ábrán az is megfigyelhető, hogy a pontok értéke szezonális ingadozást mutat.



**5.1. ábra** Tárgyhavi forint/pont érték 2007 és 2008-ban

A bevezetését követően a szabálykönyvben sem történt számottevő módosítás. A legjelentősebb változtatás a 2008-as évben került kihirdetésre. 25 új tétellel bővült vagy változott a támogatott beavatkozások köre. E mellett 15 beavatkozás pontértékét módosították. Ezek nagy része emelkedés volt, de ennek átlaga nem haladja meg az 50 pontot. Látható, hogy a központi költségvetés fogászati célú kiadásai nem mutatnak jelentős emelkedést, a pontok után járó finanszírozási összeg reálértéke folyamatosan csökken. Ez a folyamat már rövidtávon is ellehetetleníti a közösségi finanszírozású fogászati ellátást, hiszen amíg a fogorvosok bevétele nem változik, addig kiadásai jelentős mértékben emelkednek.

Látható, hogy a jelenlegi finanszírozási struktúra hosszútávon nem tartható fenn. Átfogó reformintézkedésekre van szükség az ellátó rendszer jövőbeni biztosításához, a lakosság megfelelő színvonalú ellátásának fenntartásához. A lakosság fogazati egészségi állapota ezt mindenképpen szükségessé teszi. A környező és egyéb Nyugat-európai országok egészségügyi rendszereit és finanszírozási struktúrájukat elemezve, és a megfelelő elemek adoptálásával kell kialakítani a hazai viszonyok között legoptimálisabbnak tekinthető struktúrát. A nemzetközi összevetésből azonban az is világosan leszűrhető, hogy az ágazat központi költségvetéséből történő támogatásának jelentős emelése nélkül az átfogó reformok sem lehetnek hosszútávon életképesek.

## **6. ÚJ EREDMÉNYEK, GYAKORLATI HASZNOSÍTÁS**

Az értekezésben bemutatott kutatásaink új eredményeket és gyakorlati hasznosítási lehetőséget is produkáltak.

Kutatásunk során kapott *új eredményeket* az alábbiak szerint foglaljuk össze:

1. Bemutattuk a hazai fogászati járóbeteg és fekvőbeteg ellátás finanszírozási formáit (4. fejezet)
2. Kimutattuk, hogy a jelentős mértékű forrásátcsoportosítás ellenére sem változott számottevő mértékben a fogászati beavatkozások finanszírozási összege a vizsgált időszakban. (4. fejezet)
3. Igazoltuk, hogy Magyarországon jelentős területi egyenetlenségek vannak a fogászati ellátottság és a finanszírozás tekintetében is. (5. fejezet)
4. Kimutattuk, hogy az ellátások igénybevételének területi különbözőségei a vizsgált periódusban érdemben nem változtak, annak ellenére, hogy a bevételi források és a támogatási formák között jelentős átstrukturálások történtek (5. fejezet)
5. Rámutattunk arra, hogy az egyes fogászati ellátások finanszírozási összege jelentős eltérést mutat a vizsgált európai országokban. Jelenleg Magyarországon a legalacsonyabb a GDP arányos finanszírozás. (6. fejezet)
6. Kimutattuk, az egyes beavatkozási finanszírozási összegek és az egészségbiztosítási modell között nincs összefüggés. (6. fejezet).
7. Igazoltuk, hogy a vizsgált időszakban az arc-, állcsont-, szájsebészeti osztályok teljesítménymutatói között jelentős eltérések voltak. (7. fejezet)
8. Bemutattuk az indikátorok háttérében álló okokat, rámutatva azok változtatási szükségességére. (7. fejezet)

Eredményeink *gyakorlati hasznosítást* illetően az alábbi javaslatokat fogalmazzuk meg:

1. A fogászati járóbeteg alap- és szakellátás során nyújtott beavatkozások finanszírozása az utóbbi években nem változott. Ezzel párhuzamosan a fogorvosra háruló terhek (anyagköltség, rendelő rezsidíj, stb.) inflációt meghaladó mértékben emelkedtek. Változatlan finanszírozási összegek mellett a jelenlegi ellátási forma nehezen lesz szervezhető.
2. A költségvetés fogászati kiadásai szintén nem mutattak jelentős változást. Ennek megfelelően a finanszírozási modell átalakításával próbálták a beavatkozások kompenzációját emelni. Vizsgálatunkból látható, hogy ezek a rendelkezések, mint pl. a minimumidő bevezetése, nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Ezért a finanszírozási struktúra részleges vagy teljes átalakítása szükséges az ellátórendszer fenntartásához, ami feltételezi a költségvetés nagyobb arányú szerepvállalását is.
3. Vizsgálatainkkal igazoltuk, hogy a vizsgált országokban a finanszírozási összegek nagyságrendi eltéréseket mutatnak, holott a fogorvosok kiadási között ilyen mértékű különbségek nem tapasztalhatók. Ez szükségszerűen magával hozza az OEP finanszírozott fogorvos nélküli körzetek számának emelkedését és a fogorvosok elvándorlását. Ennek megállítására és visszafordítására a szakmai döntéshozók akarata már kevés, kormányzati szinten kell radikális döntéseket hozni.
4. A fogászati ellátás területi egyenetlenségei a lakosság fogászati ellátottságára is kihatnak. Az egyetemi városokban aránytalanul magasabb az alap- és szakellátók száma. Ösztönző módszerekkel és a finanszírozási rendszer átstrukturálásával törekedni kell az egyenetlenség csökkentésére, javítva ezzel a lakosság átlagos ellátottságát.



## PUBLIKÁCIÓS JEGYZÉK

### PUBLIKÁCIÓK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN:

1. **Marada Gy**, Nagy Á, Benke B, Boncz I. A fogászati ellátás egészségbiztosítási finanszírozása Magyarországon. Fogorv Sz.2012;105(1):3-8.
2. **Marada Gy**, Nagy Á, Benke B, Boncz I. A fogászati ellátás igénybevételének területi különbözőségei Magyarországon 2008-2011 között. Népegészségügy 2013; 91. évfolyam 3. szám: 232-240
3. **Marada Gy**, Nagy Á, Sebestyén A, Endrei D, Radnai M, Boncz I. A fogászati ellátás finanszírozása Németországban, az Egyesült Királyságban, Magyarországon és Lengyelországban. Orv. Hetil., 2016, 157(14), 547–553. **IF:0,291**
4. **Marada Gy**, Nagy Á, Sebestyén A, Zemplényi A, Radnai M, Boncz I. Az arc-, állcsont-szájsebészeti aktív fekvőbeteg osztályok teljesítménymutatói. Orv. Hetil., 2017, 158(12), 447–453. **IF:0,291**
5. Szentpétery A., Szabó Gy., **Marada Gy**, Szántó I, M. T. John: The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile; Eur J Oral Sci 2006; 114:197-203 **IF: 1.49 Citációk: 45**
6. Szabo G, John MT, Szanto I, **Marada G**, Kende D, Szentpetyery A. Impaired oral health-related quality of life in Hungary. Acta Odontol Scand 69:(2) pp. 108-117. (2011)

**IF:1,03 Citáció: 8**

### AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT IDÉZHETŐ KONFERENCIA ABSZTRAKTOK:

1. **G Marada** · Á Nagy · A Sebestyén · B Benke · I Kriszbacher · I Boncz. Annual Health Insurance Reimbursement of Dental Care in Hungary. Value in Health 11/2010; 13(7). DOI:10.1016/S1098-3015(11)72722-X · **IF: 3.28**
2. S Lipp · I Boncz · M Gresz · S Varga · A Oláh · **G Marada** · A Sebestyén. of Patients' Redirection in the Hungarian Primary Care. Value in Health 11/2010; 13(7). DOI:10.1016/S1098-3015(11)72673-0 · **IF: 3.28**
3. B Molics · J Kránicz · B Schmidt · A Sebestyén · I Agoston · Z Cs Horváth · **G Marada** · I Boncz. Distribution Outpatient Physiotherapy Services In The Different Trauma Diseases According To Major Body Parts In Hungary. Value in Health 05/2013; 16(3):A230. DOI:10.1016/j.jval.2013.03.1169 · **IF: 3.28**
4. B Molics · J Kránicz · B Schmidt · A Sebestyén · I Agoston · Z Cs Horváth · **G Marada** · I Boncz. Frequency Of Outpatient Physiotherapy Services In Trauma Diseases In Hungary. Value in Health 05/2013; 16(3):A230. DOI:10.1016/j.jval.2013.03.1167 · **IF: 3.28**

5. **G Marada** · A Nagy · B Benke · B Molics · I Boncz. Geographical Differences In The Utilization Of Dental Services In Hungary. Value in Health 05/2013; 16(3):A179. DOI:10.1016/j.jval.2013.03.900 · IF: 3.28

**AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN TARTOTT KONFERENCIA PREZENTÁCIÓK:**

1. **Marada G**, Nagy Á, Sebestyén A, Benke B, Kriszbacher I, Boncz I: Annual Health Insurance Reimbursement Of Dental Care In Hungary. ISPOR 13th Annual European Congress, Prága 2010.

**EGYÉB TÉMÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK:**

1. **Marada Gy**, Szabó Gy,: Fogpótlás sclerosis multiplex és még megtartott rágófunkció esetén Fogorv Sz. 2004; 97(4) 157-161
2. **Marada Gy**, Szabó Gy,: A digitális röntgen képlakotás klinikai alkalmazásának értékelése Fogorvosi Szemle 2005; 99(1) 29-33 Citáció: 1
3. Szabó G, Kende D, **Marada G**, Szentpétery A.: Quality of life and prosthodontics. Fogorv Sz. 2006 Jun;99(3):91-8. Review. Hungarian. Citáció: 3
4. Krajczár K, Soltész MZ, Gyulai G, **Marada G**, Szabó G, Tóth V.: Direct comparison of working length determination by ProPex electronical apex locator and radiographic method--an in vitro study. Fogorv Sz. 2008 Jun;101(3):107-11. Hungarian.
5. Kende D, Szabó G, **Marada G**, Szentpétery A.: Impact of prosthetic care on oral health related quality of life. Fogorv Sz. 2008 Apr;101(2):49-57. Hungarian. Citáció: 4
6. Krajczár K, **Marada G**, Gyulai G, Tóth V.: Comparison of radiographic and electronical working length determination on palatal and mesio-buccal root canals of extracted upper molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 Aug;106(2):e90-3. Epub 2008 Jun 13. IF: 1,46 Citációk: 13,
7. Károly Cseh, Gyula Szabó, **Gyula Marada**, András Szentpétery: Szájegészség által meghatározott életminőség: két rövid magyar OHIP változat kifejlesztése és értékelése. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2008(9):81-96
8. Haddad HJ, Jakstat HA, Arnetzl G, Borbely J, Vichi A, Dumfahrt H, Renault P, Corcodel N, Pohlen B, **Marada G**, de Parga JA, Reshad M, Klinke TU, Hannak WB, Paravina RD.: Does gender and experience influence shade matching quality? J Dent. 2009;37 Suppl 1:e40-4. Epub 2009 May 22. IF: 2.00 Citációk: 23
9. Borbely J, Jakstat HA, **Marada Gy**, Báthory E, Hermann P.: Oktatás és kutatás a „Toothguide Training Box” fogszínkulcs készlettel. Magyar Fogorvos 2010; Febr (1): 16-21
10. Károly Krajczár, Zoltán Tigyi, Viktória Papp, **Gyula Marada**, Jeges Sára, Vilmos Tóth. Chemomechanical preparation by hand instrumentation and by Mtwo engine-

driven rotary files, an ex vivo study. Journal of Clinical and Experimental Dentistry 07/2012; 4(3):e146-50.

11. Zsuzsanna Gurdán, **Gyula Marada**, Gejza Herényi, Ákos Nagy. Examining Tooth-size Discrepancies in Regard to Treatment, Treatment Planning and Completion. Open Journal of Dentistry and Oral Medicine Vol 2(Nov, 2014) No 3
12. Krajczár K, Varga E, **Marada G**, Jeges S, Tóth V. Comparison of working length control consistency between hand K-files and Mtwo NiTi rotary system. J Clin Exp Dent. 2016 Apr; 8(2): e136–e140.

#### **EGYÉB TÉMÁBAN MEGJELENT KÖNYVFEJEZET:**

1. **Marada Gy.:** Wax-up practice for building up the occlusal part of the posterior teeth. In: Odontology and Gnathology. Ed.: Radnai, Márta. Medicina Publishing House, Budapest, 2017. ISBN 978 963 226 439 4

#### **EGYÉB TÉMÁBAN TARTOTT KONFERENCIA PREZENTÁCIÓK:**

1. Sclerosis Multiplexben szenvedő páciens protetikai ellátása. A Magyar Fogorvosok Egyesülete Fogpótlástani Társaság XIV., A Magyar Fogorvosok Implantológiai Társaság V., Magyar Parodontológiai Társaság XIII. kongresszusa Budapest 2003.
2. Az RVG klinikai alkalmazásának értékelése. Magyar Endodontiai Társaság és Dento-Maxillo-Facialis-Radiológiai Szakosztály Kongresszusa Ráckeve 2004.
3. Marada Gy, Szabó Gy,: Prosthetic Treatment of Patient with Sclerosis Multiplex (SM). 11th Meeting of International College of Prosthodontics Crete, Greece 2005
4. Fogszín meghatározásának szerepe a fogorvosi gyakorlatban. A Magyar Fogorvosok Egyesülete Fogpótlástani Társaság XV., A Magyar Fogorvosok Implantológiai Társaság VI., Magyar Parodontológiai Társaság XIV. kongresszusa Sopron 2005 Szeptember
5. Szabó Gy, Marada Gy, Cseh K,: Oral health related Quality of life in Hungary. EPA Kongresszus London 2006
6. Benke B, Szabó Gy, Marada Gy,: The effect of reinforcement of complete dentures with glass fibers EPA Kongresszus London 2006
7. Marada Gy,: The Effect of Color Blindness of Toot Shade Determination. EPA Kongresszus 2008 Pécs
8. Marada G, Nagy Á, Sebestyén A, Benke B, Kriszbacher I, Boncz I: Annual Health Insurance Reimbursement Of Dental Care In Hungary. ISPOR 13th Annual European Congress, Prága 2010.
9. Petra Baumann, László Seress, Béla Kocsis, Gyula Marada, Márta Radnai: Assessment of common finishing and polishing techniques on cast Co-Cr plates with various methods. EPA 2015, Prága
10. Dóra Markovics, Róbert Szendi, Kristina Vicko, Zsolt Rajnics, Gyula Marada, Márta Radnai: Incidence of combination syndrome over a five-year period at the University of Pécs, Department of Prosthodontics. EPA 2015, Prága

**11.** Beáta Benke, Maria Kühn, Dóra Markovics, Gyula Marada: TMJ analyses in a young patient with idiopathic scoliosis. EPA 2015, Prága

Közlemények összesített impakt faktora: 6,562; Független idézetek száma: 97

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton is köszönetemet fejezem ki,

**Boncz Imre** professzor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar) a doktori értekezés készítése során nyújtott témavezetői tevékenységéért;

**Radnai Márta** professzor asszonynak (Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar) a témavezetésért és a dolgozat elkészítése során nyújtott szakmai tanácsokért;

**Nagy Ákos** szakvezető úrnak (Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Fogászati és Szájsebészeti Klinika), aki a Fogorvostudományi Szak vezetőjeként munkámat támogatta;

*Munkatársaimnak a PTE KK Fogászati és Szájsebészeti Klinikán, az Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézetében, valamint az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Dél-Dunántúli Területi Hivatalánál együttműködésükért;*

*Családomnak, szüleimnek, testvéremnek, feleségemnek **Beának** és **Patrik** kisfiamnak megértésükért és támogatásukért.*