



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
UNIVERSITY OF PÉCS

Az egészségügyi rendszer forrásallokációjának jogi aspektusai

Habilitációs előadás

Dr. Ágoston István

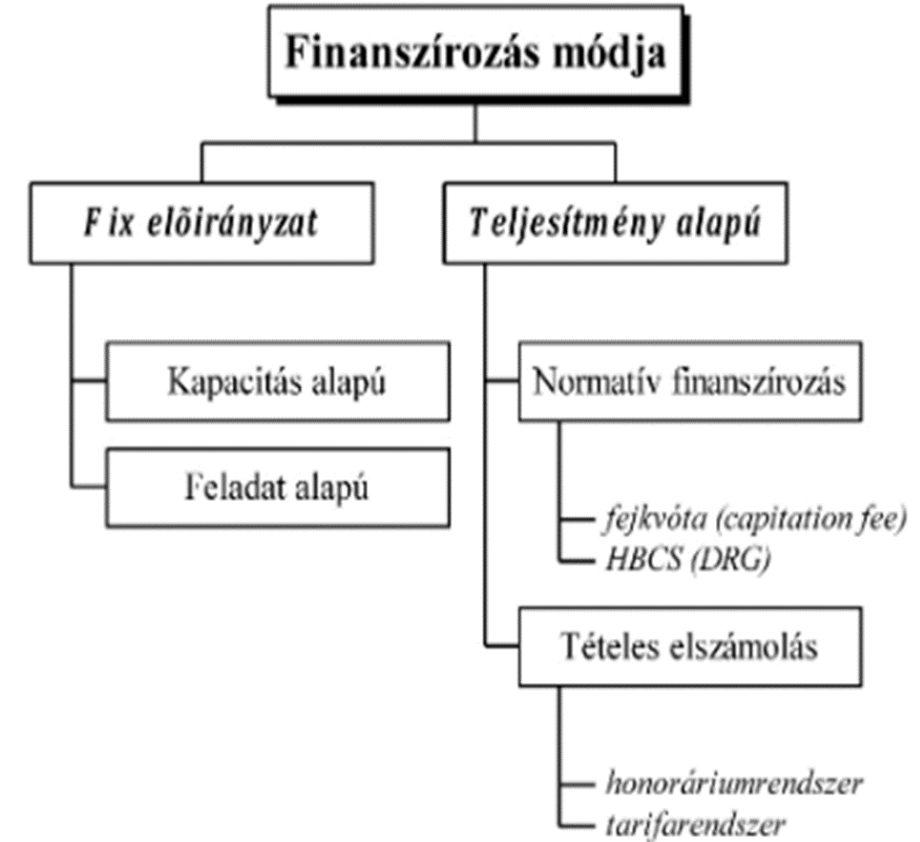
Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
Egészségtudományi Doktori Iskola

A Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Bódis József az MTA doktora
egyetemi tanár

Pécs, 2021. május 7.

Bevezetés

- Az egészségügyi rendszer kihívásai
 - Társadalmi elvárások erősödése (demográfia, fogyasztói társadalom)
 - Új technológiák, gyógyszerek megjelenése
 - Magasan képzett humánerőforrás szükséglet → humánerőforrás hiány
 - Összességben jelentős költségrobbanás eredményeznek ← → költségvetési korlátok
- Forrásallokáció és kapacitásszabályozás szerepe felerősödik



Az előadás témája

- **Fejkvóta alapú forrásallokáció**
 - A fejkvóta alapú forráselosztás nemzetközi tapasztalatai
 - Az Irányított Betegellátási Program tapasztalatai Magyarországon
 - A hazai háziorvosi rendszer finanszírozása, kihívásai
- **Kapacitásszabályozás**
 - A kapacitásszabályozás nemzetközi tapasztalatai
 - A kórházak fejlődését meghatározó jogszabályok
 - Kapacitásszabályozás jogszabályi keretei Magyarországon
- **Költségvetési kihatások**
 - Költségvetési kihatások a számok tükrében
 - Gyógyszerkiadások és támogatások alakulása

Fejkvóta alapú forrásallokáció

A fejkvóta alapú forráselosztás nemzetközi tapasztalatai

A fejkvóta alkalmazásának nemzetközi vetületei

- **Egyesült Királyság**

- National Health Service **korrigált fejkvóta** az egészségügyi kiadások felosztásánál
- **1976 Resource Allocation Working Party**: a bevételeket kor és nem, az egészségügyi szükségletek, és az árak területi különbségeivel korrigálják. → Vitatott a Standardizált Halálozási Átlag szerepe.
- **1993 Yorki formula**: 9 életkori kategória, az egészségügyi területi szükséglet, a szolgáltatói kínálat, és a terület költség különbség. → Felismerték, hogy a kapacitás is meghatározza az egészségügyi szükségletet.

- **Hollandia**

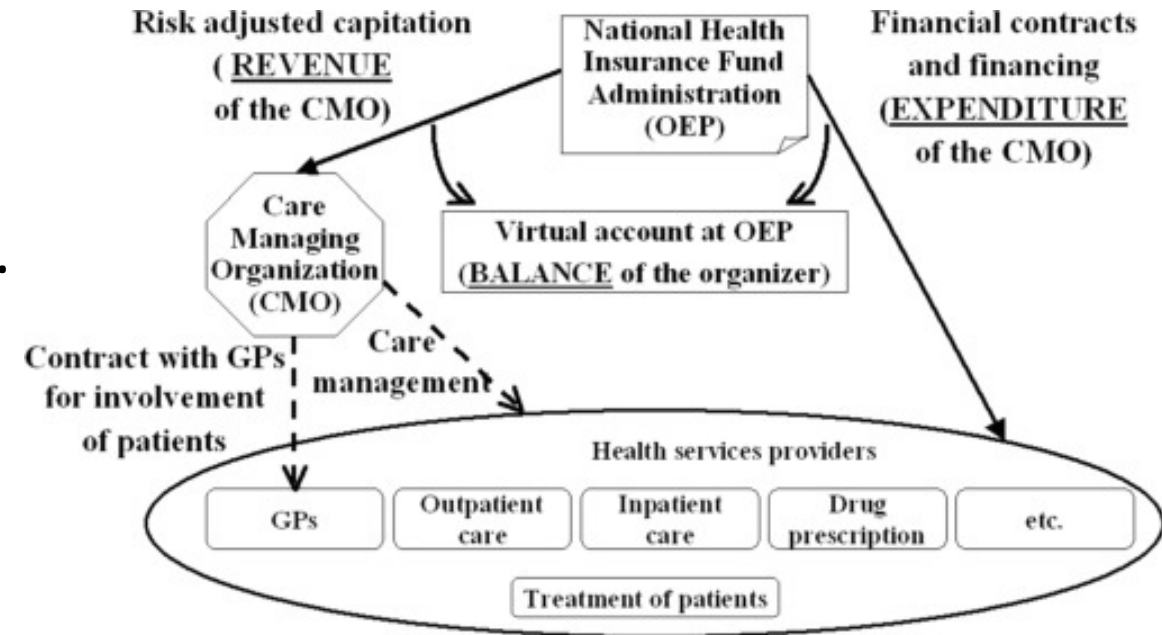
- A holland egészségbiztosítási rendszerben a bevételeket az adóhatóság szedi be egy központi alapba, felosztása **kockázatokkal korrigált fejkvóta** történik
- **A fejkvóta elemei**: nemenként 14 korcsoport, az urbanizációs kritérium 10 csoport irányítószám alapján, jövedelemforrás és kor 17 csoport, gyógyszerfelhasználás 25, kórházi ápolási diagnózis 14, valamint társadalmi-gazdasági fejlettség szerinti 12 csoport. 2016-tól multimorbiditási mutatók, fizioterápia és geriátriai értékelés.

Fejkvóta alapú forrásallokáció

Az Irányított Betegellátási Program tapasztalatai Magyarországon

Az Irányított Betegellátási Program

- Irányított Betegellátási Program résztvevői
 - 1999 – 9 ellátás-irányító szervezet 158 eFő,
 - 2006 – 14 ellátás- irányító szervezet 2.066 efő.
- Az Irányított Betegellátási Program céljai:
 - javítja az ellátási hatékonyságot, csökkenti a párhuzamosságokat,
 - ösztönözi a protokollok követését, és a betegek utánkövetését,
 - fókuszban az alapellátás, és a megelőzés és a magas kockázatú betegek esetkezelése.

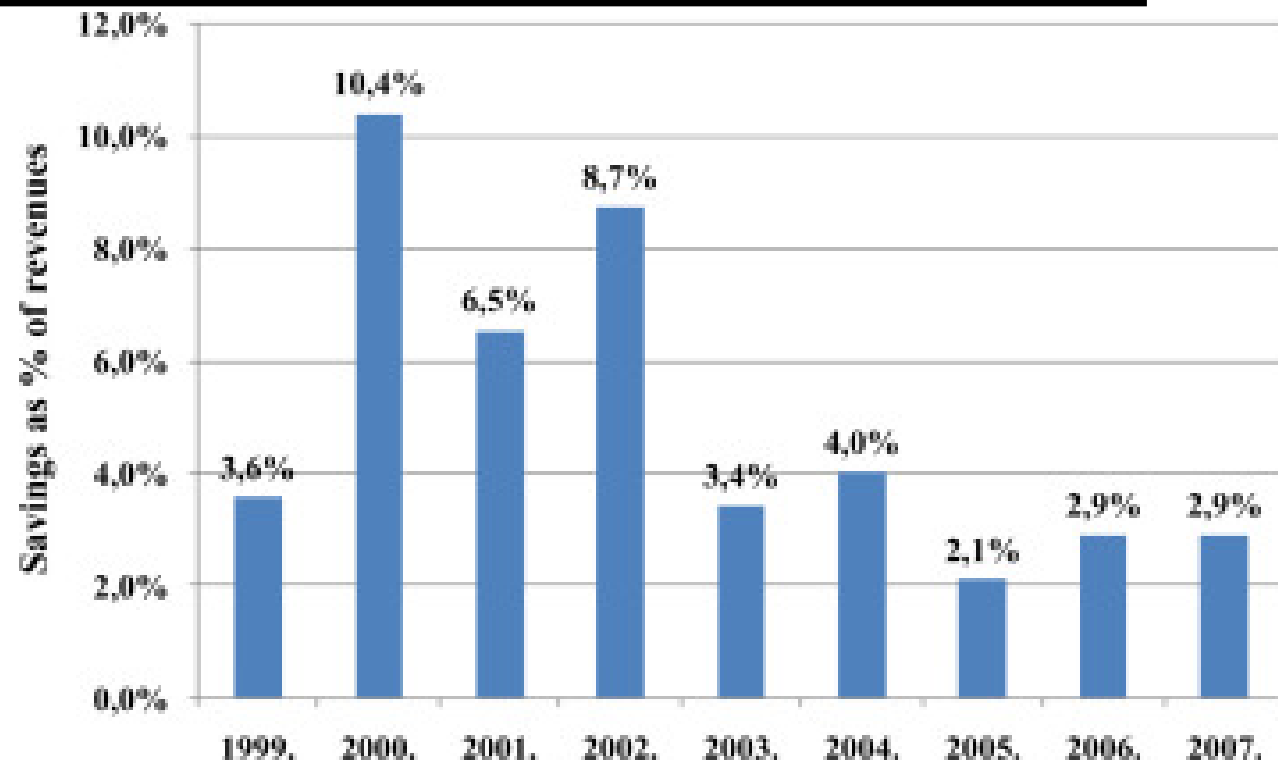


The structure of the Hungarian Care Managing Organization Pilot Programme.

Bevételeket korrigált fejkvóta alapján, életkor és nem alapján súlyozva osztja el, a kiadások tartalmazzák a beteg összes egészségügyi kiadását.

Az Irányított Betegellátási Program eredményei

- A Program átlagos megtakarítási rátája **4,94%** volt, elsődlegesen a fekvőbeteg ellátásban és orvosi eszközökben.
- Az irányított betegellátási modell előnyei
 - átlátható ösztönző rendszer,
 - elsődlegesen az indokolatlan kiadások csökkentésére koncentrált,
 - nem merültek fel a menedzselte szervezetekkel szembeni panaszok,
 - felhasználja az egészség-gazdaságtan eredményeit.



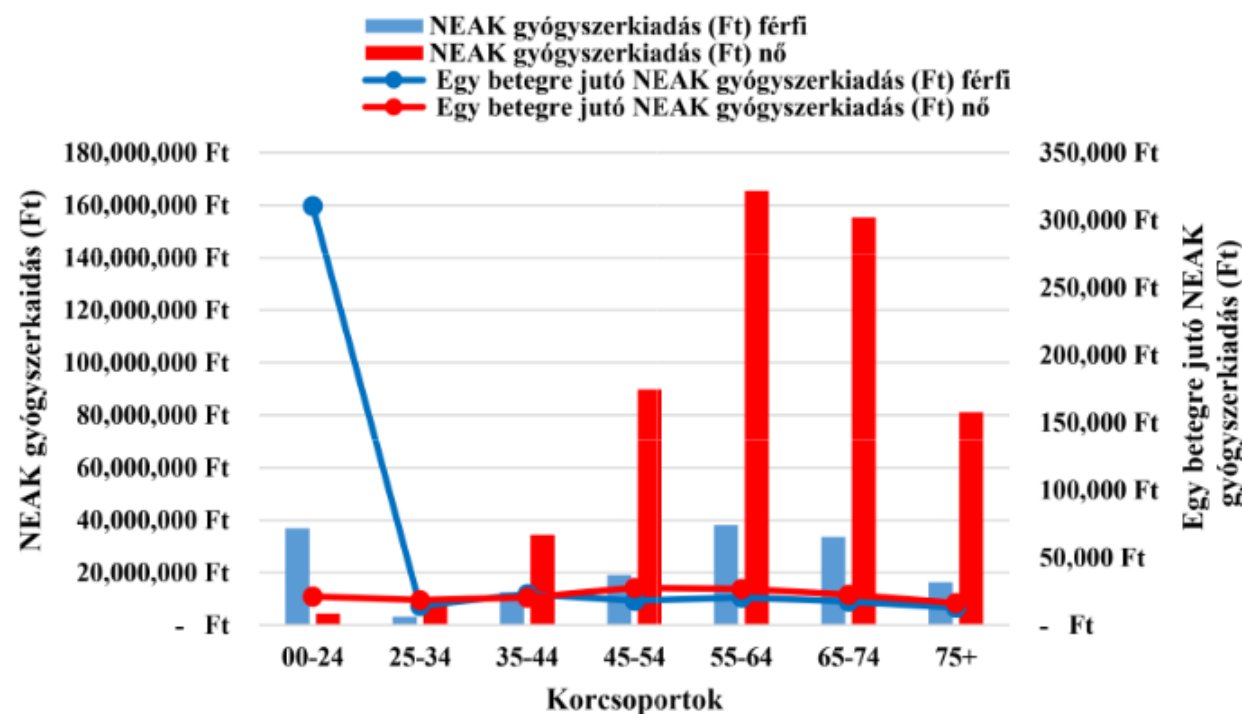
Financial results (savings as a percent of total revenues) of the Hungarian Care Managing Organization Pilot Programme (1999-2007)

Párhuzamos eszközök a költségek visszafogására:

- 2004-ben pénzügyi felső határ az akut kórházi ellátásnál (TVK),
- 2006-ban az akut ágyak 25% -át bezárták, átalakították.

Betegségteher vizsgálatok: rheumatoid arthritis

- Ellátás típusa szerint: háziorvos 35 357 fő, gyógyszerártámogatás 30 711 fő, labor 8502 fő. → Közel 5000 beteg nem jelent meg szakorvosnál.
- A betegség kezelésére a NEAK **1,64 M Ft**-ot költött 2018-ban, az egy főre jutó kiadás **53 375 Ft/fő** volt.
- A gyógyszer-ártámogatás az összkiadás **42,8 %-a**, a járóbetegellátás 21,9 %-a és az aktív fekvőbetegellátás 12,4 %-a volt.



A rheumatoid arthritishez köthető gyógyszer-ártámogatás éves egészségbiztosítási költségeinek alakulása kor és nem szerinti bontásban (NEAK, 2018)

Fejkvóta alapú forrásallokáció

A hazai háziorvosi rendszer
finanszírozása, és kihívásai

Háziorvosi ellátás finanszírozása

43/1999. (III. 3.) Korm. Rendelet alapján

- Teljesítménydíj
- Fixdíj (háziiorvosi körzet típusa, lakosságszáma)
- Eseti díj
- Ügyeleti díj
- Minőségi ellátást ösztönző indikátor-rendszer
- Területi kiegészítő díj (terület jellege szerint)

Degressziós képlet

- $d = \sqrt{h} * n$, ahol
 - d = degresszióval korrigált pontszám
 - h = pontszám határérték
 - n = TAJ-számmal nyilvántartásba vett biztosítottak korcsoportonkénti pontszám összege.
- Életkorral korrigált fejkvóta → 1. táblázat
- Szakképzettségi szorzó → 2. táblázat
- Degresszió: 2400, vegyes 2600 lejelentett pont

Háziorvosi pontszám a bejelentett biztosított kora alapján		
Életkor (I.)	Időszak (II.)	Pontszám (III.)
0-4 év	1	4,5
5-14 év	1	2,5
15-34 év	3	1
35-60 év	2	1,5
60 év felett	2	2,5

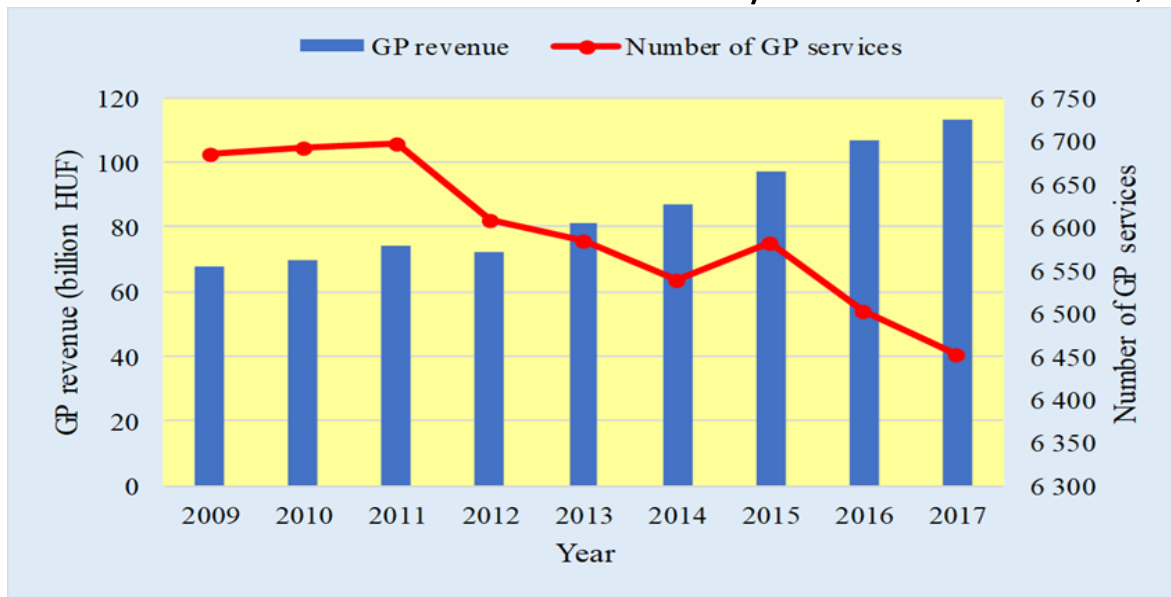
1. táblázat Háziorvosi pontszám a bejelentett biztosított kora alapján

Kritérium	Szorzó
alapszakvizsgával nem rendelkező háziiorvosnál	1
alapszakvizsgával nem rendelkező, 25 évnél több, körzetben eltöltött gyakorlati idővel rendelkező háziiorvosnál	1,2
alapszakvizsgával rendelkező háziiorvosnál	1,3

2. táblázat Háziorvosi szakképzettségi szorzó a háziiorvos szakképesítése és gyakorlati ideje alapján

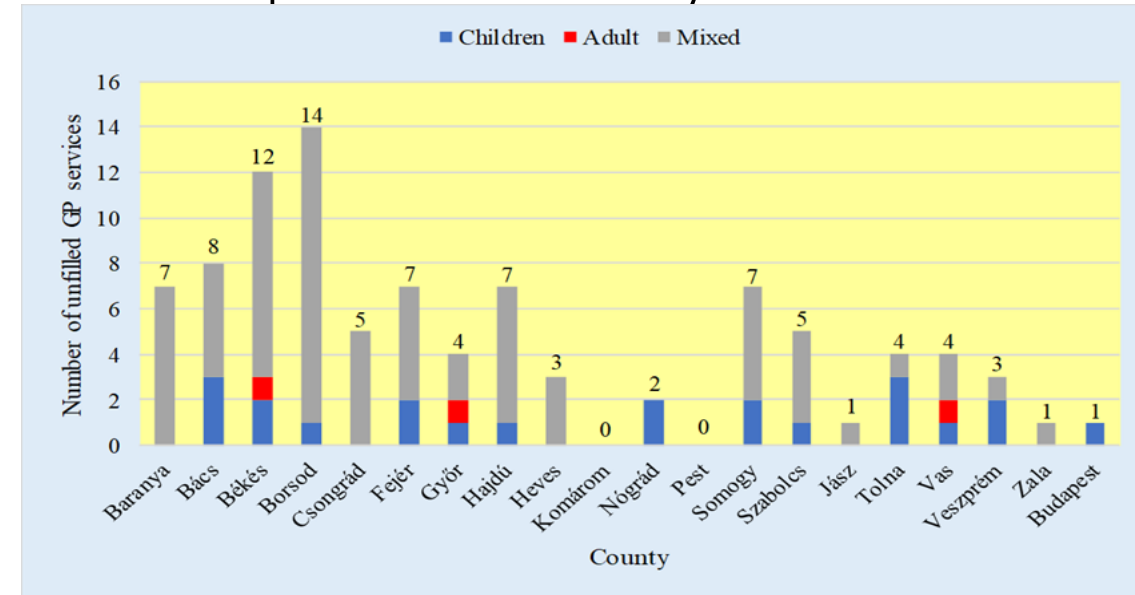
A háziiorvosi ellátás kihívásai

- Problémafelvetés: Magyarországon a háziorvosok alacsony száma miatt hiányozhat a megfelelő háziiorvosi ellátás egyes földrajzi területeken.
- Következtetések:
 - A háziorvosok számának csökkenése egyre súlyosbodó probléma, amelyet nem lehet egyszerűen megnövelt finanszírozással megoldani.
 - Át kell gondolni a körzethatárokat, támogatni kell a hátrányos helyzetű területek praxisait.
 - Több körzetben alacsony a lakók száma, ami további üres praxist eredményezhet.



Total, annual revenue of GPs and the number of GP services in Hungary between 2009-17

Petrics A, Agoston I VALUE IN HEALTH 2019; 22 pp. S790



Number of unfilled GP services, where GPs were unable to apply for settlement in Hungary (as of 2018.12.01.)

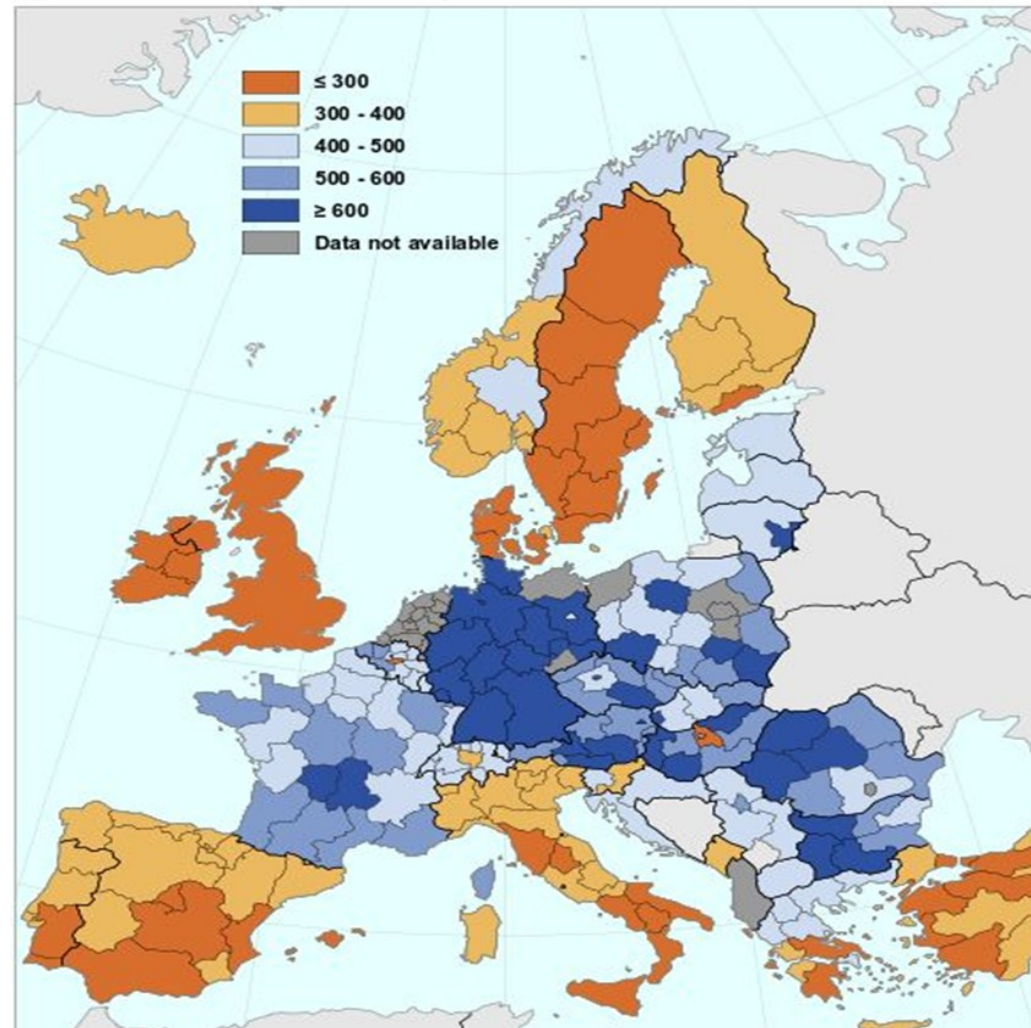
Kapacitásszabályozás

A kapacitásszabályozás nemzetközi tapasztalatai

Kapacitásszabályozás módszerek

- Kórházi ágyszámok meghatározása és módosítási, fejlesztési lehetőségek korlátozása
- Orvosok számára létszámkorlát előírása (felsőoktatási korlát Németországban)
- Tevékenységek mennyiségi behatárolása
 - Maximum (kiadás korlátozás)
 - Minimum (minimális beavatkozások katalógusa)
- Nagyértékű technológiák speciális szabályozása
- Időkorlátok alkalmazása
 - Maximum (várólisták, daganatos betegek diagnosztikai eljárásai)
 - Minimum (mentőszolgálat kivonulási ideje)

Hospital beds across EU and other regions (NUTS2), 2017
(per hundred thousand inhabitants)



Forrás: EUROSTAT (<https://www.penzugyiszemle.hu/tanulmanyok-eloadasok/korhazi-agyak-europaban>)

A kapacitásszabályozás nemzetközi tapasztalatai

• Németország

- A szövetség állam: a **törvényi keretek**, és az államilag finanszírozott kórházakban biztosítandó **beavatkozások minimális volumenének** meghatározása.
- A tartomány: önálló **kórházi szabályozás**, kórházi tervet és fejlesztési program.
- A kapacitástervezés **résztevői**: tartományi hatóságok, kórházi társulások, egészségbiztosítási pénztárak, orvosok-, és magán pénztárak képviselői.
- A tartományi kórházi terv tartalmazza a **tervezés irányelveit**, az ágyszám megállapítás **menyiségi mutatóit**, mint ágy-kihasználtság, benttartózkodás idő.

• Hollandia

- A **kapacitástervezést a piacra hagyják**, a döntések a szakma, a biztosítók és a betegszervezetek közötti tárgyalások során születnek.
- A Minisztérium a közvetlen irányításról elmozdult a **stratégiai irányelvek meghatározása**, a **szabályozás** és az ellenőrzés felé.
- Speciális egészségügyi ellátásoknál a Kormány központi szabályzást alkalmaz.
- Az új terápiákat engedélyezése a Minisztériumnál az állami finanszírozásért részben egy költséghatékonysági tanulmány alapján történik.

A finanszírozásba történő befogadás elvei Magyarországon

- Magyarország elfogadta az Európai Községek Tanácsának 89/105/EEC irányelvét.
- A kialakított magyar „multicriteria decision analysis” 6 fő kritérium értékel → lásd 1. táblázat.
- A kritériumokat és súlyukat közigazgatási eljárás során állapította meg egy bizottság.
- Az egészségügyi miniszter rendeletben a **28/2010. (V. 12.) EüM rendeletben** rögzítette.
- Az új technológia alkalmas az egészségbiztosítási támogatásra, ha eléri az összpontszám 60% -át, és mind a hat kritérium legalább 40% -át.
- Pozitív elbírálás → OEP előzetes javaslatot → miniszter a költségvetés elfogadása után dönt.

Szakmai szempontrendszer	Pontszám
I. Egészségügyi prioritások	20 pont
I.1. Népegészségügyi programok	6 pont
I.2. Szakmapolitikai prioritások	7 pont
I.3. Aggregált egészségnyereség	7 pont
II. A kórkép súlyossága	15 pont
II.1. Életet veszélyeztető akut kórkép	13-15 pont
II.2. Életet veszélyeztető krónikus kórkép	10-12 pont
II.3. Életet nem veszélyeztető akut kórkép	8-9 pont
II.4. Életet nem veszélyeztető krónikus kórkép	6-7 pont
III. Esélyegyenlőség	15 pont
III.1. Érintett betegpopuláció nagysága	8 pont
III.2. Elérhetőség, hozzáférhetőség	7 pont
IV. Költséghatékonyság, életminőség	30 pont
IV.1. ICER értéke	15 pont
IV.2. Egy betegre jutó egészségnyereség	15 pont
V. Aggregált költségvetési hatás	10 pont
VI. Hazai és nemzetközi szakmai megítélés	10 pont
VI.1. A szakmai kollégium véleménye	3 pont
VI.2. A nemzetközi alkalmazás	3 pont
VI.3. Az eljáráshoz kapcsolódó evidenciák besorolása	4 pont
Összesen	100 pont

A magyar „multicriteria decision analysis” rendszer szakmai szempontjai Forrás: 28/2010. (V. 12.) EüM rendelet 1. számú melléklet

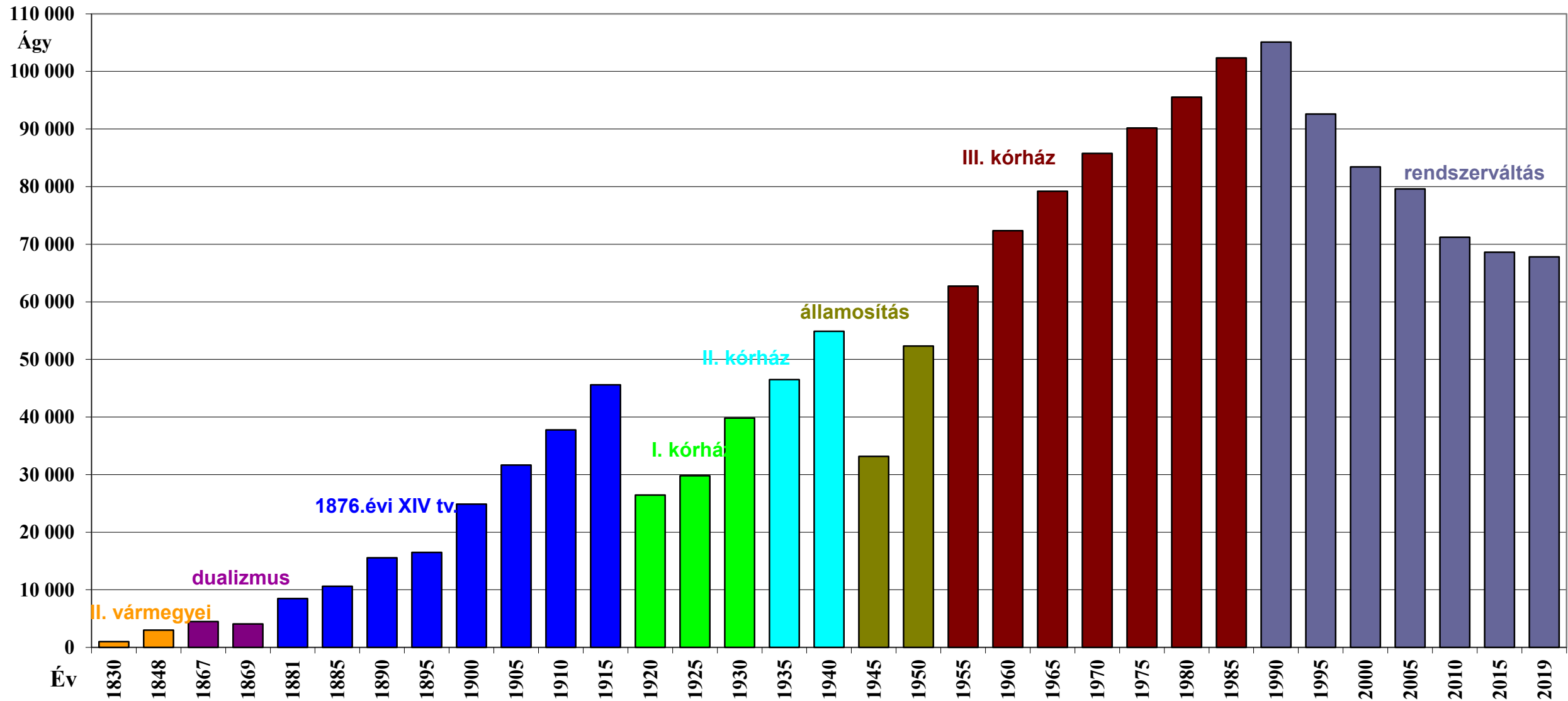
Kapacitásszabályozás

A kórházak fejlődését meghatározó jogszabályok

A kórházi fejlődést meghatározó jogszabályok

- **1770 „Generale Normativum in Re Sanitatis”**
 - „elsőrendű az a törekvésünk, hogy alattvaló népeink egészségét megőrizzük”
 - „senki ne juthasson engedélyhez, csakis oly módon, ha doktori fokozatra méltatták ”
- **1876 XIV. tv. a közegészségügy rendezéséről**
 - „56. § Köz- és magán-kórházak és gyógyintézetek az illető törvényhatóság meghallgatásával csak a belügyminister engedélyével állithatók fel.
 - 62. § Minden köz- és magánkórháznak és gyógyintézetnek megfelelő számú orvossal és ápolóval kell ellátva lenni.”
- **A 6000/1931. M. E. rendelet**
 - „A közkórházakba a közegészségügyi törvény értelmében minden jelentkező beteget, aki a felvételi orvos megállapítása szerint gyógyintézeti kezelésre szorul, személykülönbség nélkül fel kell venni.”
- **1972. évi II. törvény az egészségügyről**
 - 24. § (3) Biztosítani kell, hogy a lakosság a települési viszonyoktól lehetőleg függetlenül kellő időben hozzájuthasson a számára szükséges korszerű gyógyító-megelőző ellátáshoz.
 - 85. § (2) Az Egészségügyi Minisztérium, valamint a tanácsok által fenntartott egészségügyi intézmények együttműködését jogszabály szabályozza.

A kórházi ágyak fejlődéstörténete számokban



A kórházi ágyak számának alakulása 1830 és 2019 között Magyarországon

Kapacitásszabályozás

Kapacitásszabályozás jogszabályi keretei Magyarországon

A kórházi ágyszámok meghatározásának törvényi szabályozására vonatkozó módszertani elemek

Jogszabáyelemzést végeztünk, a téma meghatározó jogszabályait tekintettük át:

- **1996. évi LXIII. törvény** az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról
 - a 2/1998. (IX. 16.) EüM-rendelet a járóbeteg-szakellátás rendelési órái, valamint a fekvőbeteg-szakellátás ágyszámai szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról,
 - a 20/2000. (VII. 7.) EüM-rendelet a járóbetegszakellátás rendelési órái, valamint a fekvőbetegszakellátás ágyszámai szakterületenkénti megosztásának meghatározásáról.
- **2001. évi XXXIV. törvény** az egészségügyi szakellátási kötelezettségről, továbbá egyes egészségügyet érintő törvények módosításáról
 - 50/2002. (III.26.) Kormányrendelet az egészségügyi szakellátási kapacitásmódosítások szakmai feltételiről, eljárási rendjének és az új szolgáltatók befogadásának szabályairól.
- **2006. évi CXXXII. törvény** az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
 - a 361/2006. (XII. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról.

Az 1996-os ágyszámtörvény

- Az Alkotmány az egészségügyi ellátások megszervezésével **kapacitáslekötési kötelezettséget** ír elő az egészségügyi intézmények fenntartói és az egészségbiztosítási szervek részére;
- Alapegységként a járóbeteg-ellátásban **szakrendelési óraszámot**, a fekvőbeteg-ellátásban **ágyszámot** határoz meg. → hiányzik ezek pontos definíciója, amely burkolt kapacitás bővüléshez vezethet;
- A járóbeteg-ellátás kiinduló alapként kezeli a hatályba lépés napján az egészségügyi intézmények szakrendelési óraszámait, lehetővé téve, hogy ahol kapacitások nem érik el a tízezer lakosra előírt kapacitásmértéket, ott az óraszámok megemelhetők;
- Az országos, regionális és speciális feladatokra megyénként **külön ágyszámokat** különít el, **taxatív**e felsorolja ezen feladatok ellátására **javasolt intézményeket**.
- Az országos, regionális és speciális feladatok ellátásához szükséges kapacitások közvetlenül a **népjóléti miniszter döntési hatáskörébe** kerültek át,
 - a közvetlenül irányított intézményekben ezeket a kapacitásokat meghatározza,
 - többi intézménynél felkéri az intézmények fenntartóit ezen kapacitások rendelkezésre bocsátására → az **önkormányzati autonómia** tiszteletben tartása miatt,

- A fekvőbeteg-szakellátás kapacitásait **matematikai képlettel** határozza meg.
- Konstansként tartalmazza a tízezer lakosra jutó kórházi ágyak számát, amely évente előre rögzített értékű, fokozatos ágyszámcsökkentést irányoz elő.
- A képlet a krónikus ágyak számánál 0,5-ös szorzószám figyelembevételét teszi lehetővé, annak érdekében, a krónikus ágyak irányába mozdítsa el.
- A képlet figyelembe veszik az adott megye egészségügyi, szociális ellátásának mutatóit illetve demográfiai és társadalmi tényezőket, valamint a lakosság egészségi állapotát, és az ellátórendszer struktúrájára, **nem tartalmaz morbiditási adatokat.**

$$\text{Ágyszám/10 ezer lakos} = X^* + 0,5 * A_{\text{krón}} + 0,3 * A_{\text{regio}} + 0,5 * (F_{\text{dem}} + F_{\text{eü.szoc}}) + 2 * F_{\text{többlet}}$$

- Az eljárásban a megye járó-, és fekvőbeteg-ellátó egészségügyi szolgáltatók fenntartói ajánlatot tesznek az egészségbiztosítási szerveknek.
- Eredménytelenség esetén az egészségbiztosítási szerv szakellátásonként és szakmánként **dönt a kapacitásokról.** Fellebbezni az Országos Egészségbiztosítási Pénztár főigazgatójához lehet, ami **bíróság** előtt megtámadható.

A 2001. évi ún. salátatörvény

- A kapacitások bővítését szabályozza, **nem új kapacitáelosztási mechanizmus.**
- 2001. évi kapacitásokat alapként fogadja el, a **szakrendelési órán és az ágyszámon kívül minden többletkapacitás**, bevonva ezáltal az eljárásrendbe.
- Az **új kapacitások a megszűnő kapacitások terhére engedélyezhetők** és kapacitás csökkentésére is lehetséges tartós kihasználatlanság esetén.
- A kapacitások befogadása innovatív módon, **pályázati rendszerben** történik.
- Kapacitásbővítést az egészségügyi és a pénzügyminiszter engedélyezi, annak aki megfelel a jogszabályi feltételeknek, költséghatékonyabb, progresszívebb ellátást nyújt, speciális egészségügyi szükségletet elégít ki, országos, regionális területen működik, vagy a népegészségügyi mutatókhoz jobban igazodik.
- Az OEP javaslatát az egészségügyi miniszter továbbítja a pénzügyminiszternek. A döntésről **közös közleményt** adnak ki, amely **nem közigazgatási határozat.**

A 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény

- Az Országgyűlést az egészségügyi szakellátást nyújtó intézmények megújítására és az ellátás színvonalának magas szinten tartására vonatkozó szándék vezette.
- A törvény célja az **kórházi ágyak** számának **csökkentésén túl**, az akut és krónikus ágyszámok **arányának megváltoztatása**.
- A **járóbeteg-szakellátásban** a 2006. december 31-et lekötött kapacitásokat az ellátási területen határozza meg, ezzel gyakorlatilag **befagyasztva** azokat,
- A fekvőbeteg-szakellátásnál meghatározza intézményenként és szakmacsoportonként az **országos feladatkörű speciális intézetek és a súlyponti kórházak kapacitásait**, továbbá regionális szinten a szakmacsoportonként felosztható aktív és krónikus kapacitásokat.
- Az országos feladatkörű és súlyponti kórházaknál kinyilvánítja a rendelkezésre álló kapacitásokat, az azokat megalapozó módszertani elemek nélkül.
- A kapacitáscsökkentés nem fokozatos, hanem azonnali **2007. április 1-ei nappal**.

- A kapacitás befogadásra irányadó pályázati rendszert felváltotta az egyeztetési szisztémával, regionális dimenzióba emelve azt. Létrejönnek a Regionális Egészségügyi Tanácsok (továbbiakban: RET).
- Az egyeztetés során az egészségügyi miniszter az egészségbiztosítóval együtt **felosztási javaslatot** készít a RET-eknek. A javaslatban figyelemmel kell lenni a szolgáltatók régióon belüli távolságára, és az elérhetőségi szabályokra.
- A **RET eltérhet a felosztási javaslattól**, ha az irányadó kapacitást nem lépi túl.
- A RET döntése érvényes, ha **valamennyi fenntartó jóváhagyja**, ezért gyakran az egyeztetés eredmény nélkül végződik. Eredménytelenség esetén az **egészségügyi miniszter határozatban dönt**, amely közvetlenül bíróság előtt támadható meg.
- A törvény lehetővé teszi az aktív fekvőbeteg ellátási kapacitás maximum 10%-ának átalakítását krónikus fekvő- vagy járóbeteg-ellátási, illetve egynapos sebészeti kapacitássá a fenntartó, és a felesleges kapacitások 20%-nak tekintetében a RET részére.
- A kihasználatlan kapacitások az országos átlagtól való eltérés mértékében csökkenthetők.

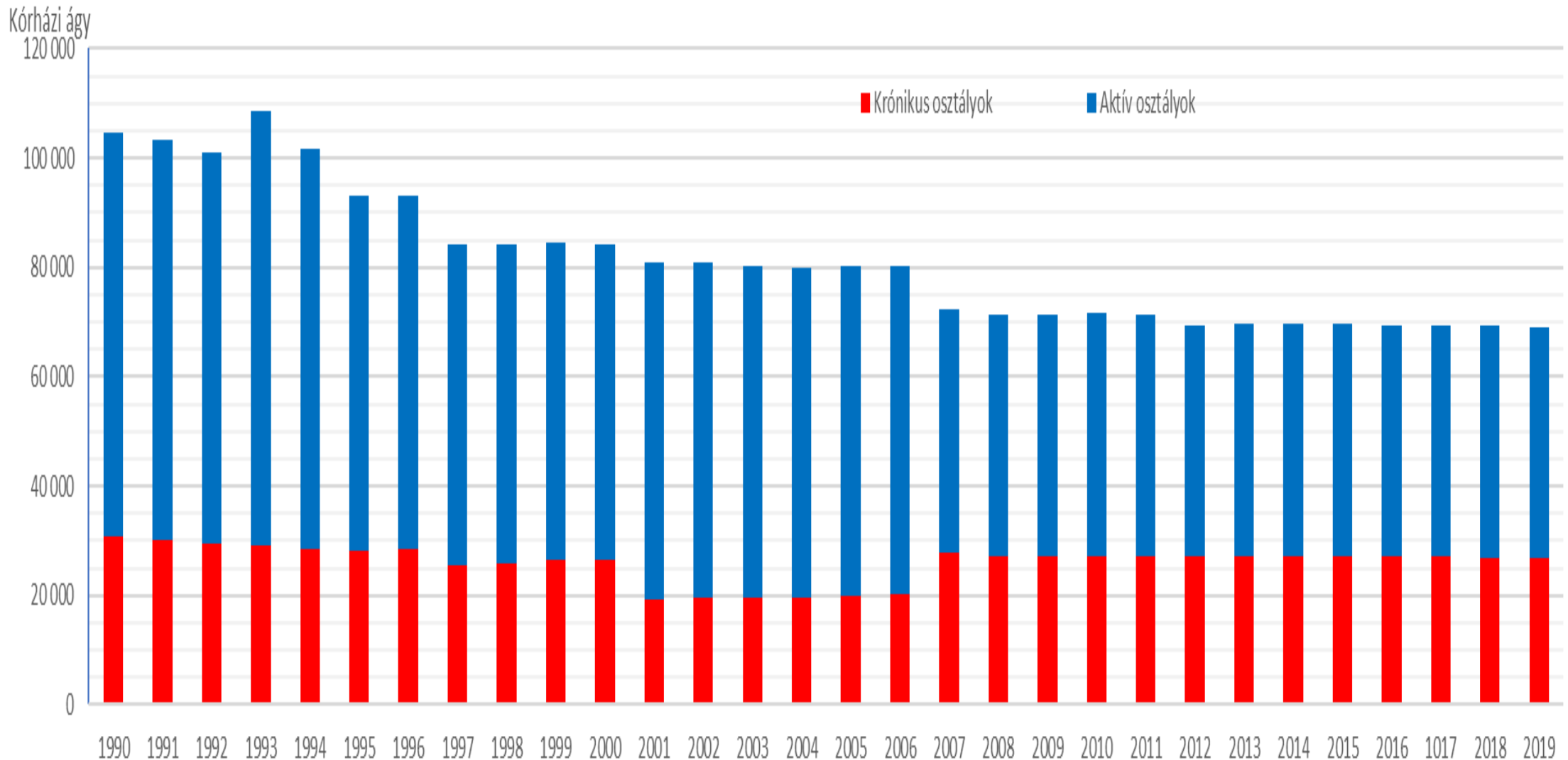
A kapacitásszabályozás jogi stratégiák összehasonlítása

	1996. évi LXIII. törvény	2006. évi CXXXII. törvény
Ágyszám csökkentés mértéke	Kb. 92.000-ról kb. 81.000-re	Kb. 80.000-ról kb. 71.000-re
Ágyszám csökkentés aránya	Kb. 12 %	Kb. 11 %
Aktív / krónikus arány	Nem változott (79 % vs. 21 %)	Jelentősen változott (75% vs. 25%-ról 62% vs. 38%)
Ütemezés	5 évre fokozatosan	2007. április 1. határnappal
Ágyszám csökkentés jellege	Fűnyíró-elv szerű, egyenletes	Intézményi, szervezeti egység jellegű differenciálás
Kiemelt kórházak listája?	Igen, 4. melléklet.	Igen, 1. melléklet.
Kiemelt kórházak fogalma	Az országos és regionális feladatok ellátására javasolt intézmények.	A) Országos feladatkörű speciális intézetek B) Súlyponti kórházak
Egyeztetés szintje	Megyei Egyeztető Fórum.	Regionális Egészségügyi Tanács.
Döntésképtelenség esetén	MEP/OEP dönt.	Miniszter dönt.
Bevont kapacitások	Járó, aktív és krónikus fekvő.	Aktív és krónikus fekvő.
Kapacitás meghatározás dimenziója	Megyei / szakmai	Regionális / szakmai
Módszertan	Törvényben megadott.	Törvényben NEM megadott.
Transzparencia	Jelentős.	Nincs.
Főbb tanulságok	- az ágyszám kevesebb lett - betegforgalom nem csökkent - nem lett olcsóbb a rendszer - hatékonysága nem nőtt	- az ágyszám kevesebb lett - a hosszú távú hatásai további elemzést igényelnek

Semmelweis Terv

- A Terv célja egy egészségügyi ellátókra építő, **kapacitás-átrendező**, menedzsment-koordinációt végző, **betegútszervezést támogató intézmény** létrehozása.
- A **kapacitástervezési módszertana szükséglet alapú**, célja az ellátásokhoz történő hozzáférés növelése, és a területi és szakmai ellátási aránytalanság csökkentése.
- Minden ellátási szintre, **egységes szemléletben** kell megvalósulnia, az aktív ágykapacitások szakma és lakosságszám szerinti egyenletesebb elosztásban.
- Az alapellátás kapacitásai nem változtak, a fekvőbeteg-szakellátás aktív ágyait járóbeteg szakrendelési órákká és egynapos sebészeti lehetőségekké konvertálja.
- Az egészségügyi ellátásban **8 nagytérség jött létre**, függetlenül a megye és járási határoktól, de önálló kapacitástervezési és ellátásszervezési struktúrák nélkül.
- A fekvőbeteg kapacitások **5%-os mértékű csökkenést** eredményezett, **csökkenti** az egyes térségek akut ágyaiban fennálló **területi egyenlőtlenségeket**.
- A Semmelweis Terv hatására csökkent a szemészeti és bőrgyógyászat ágyak aránya, nőtt a sürgősségi ágyszámok kapacitása, kompenzálásra került a pszichiátria és a szülészeti ágyszáma.

A kapacitásszabályozás eredményei számokban

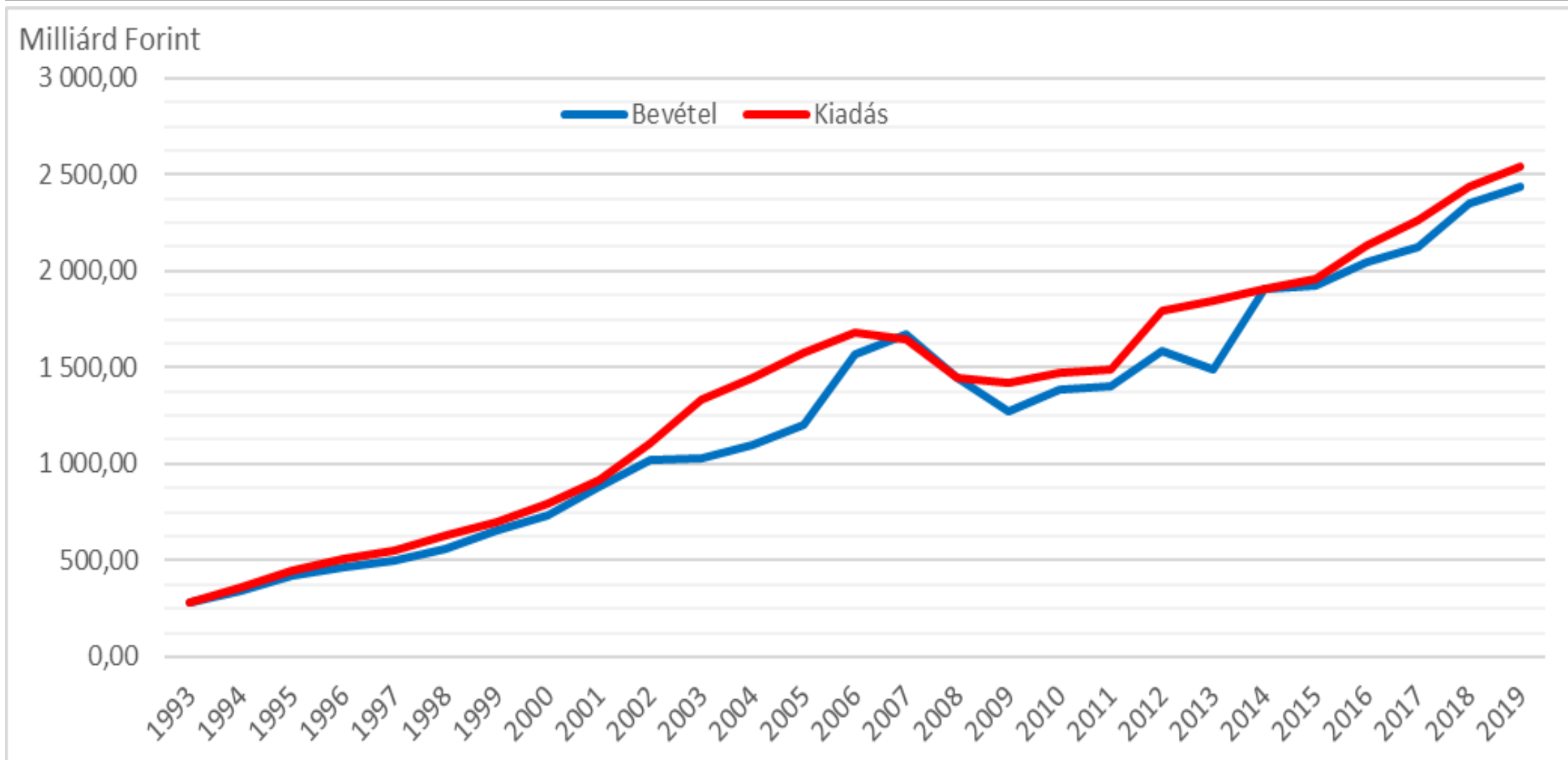


Az engedélyezett kórházi ágyak számának alakulása Magyarországon 1990 és 2019 között (Forrás: KSH²⁹)

Költségvetési kihatások

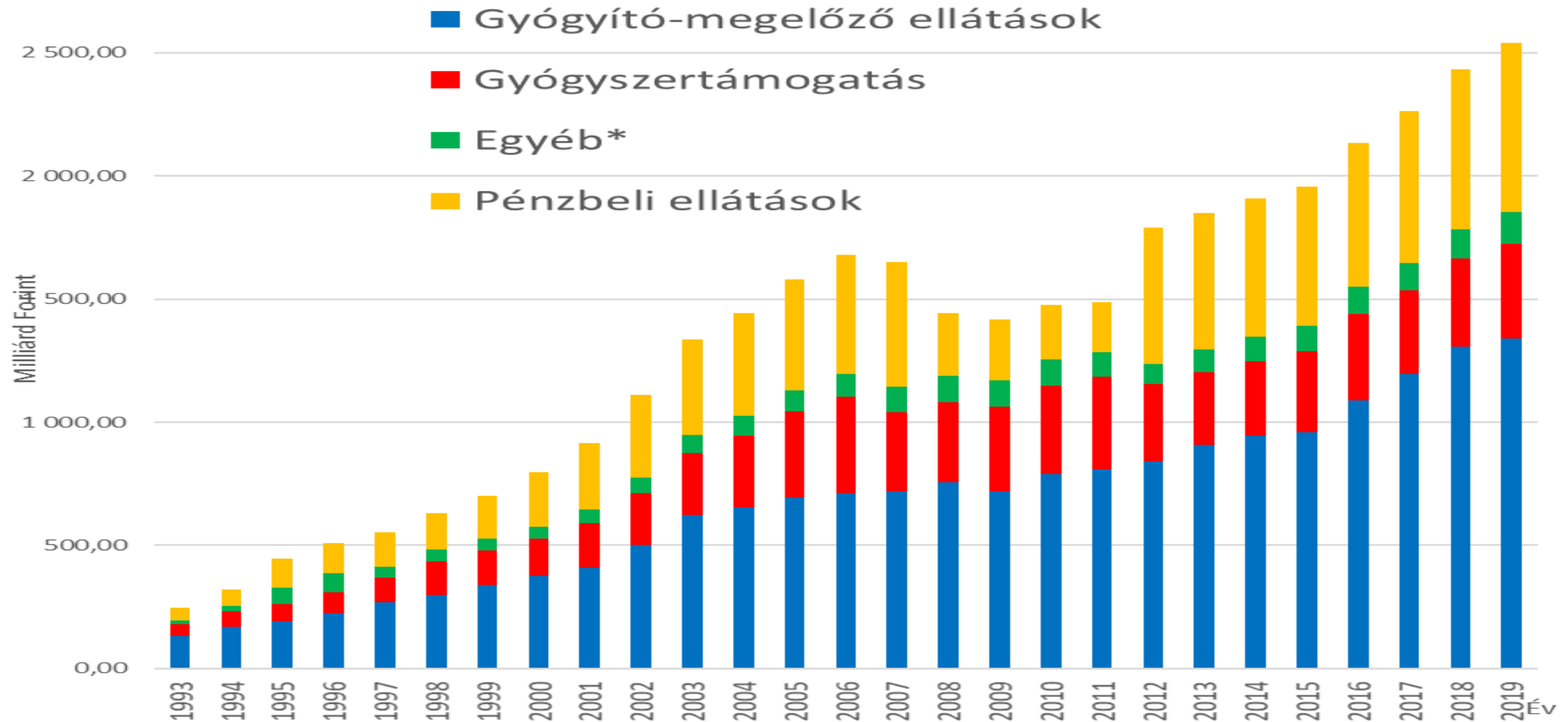
Költségvetési kihatások a számok tükrében

Költségvetési kihatások a számok tükrében



*Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása
Magyarországon 1993-2019 között (Forrás: NEAK)*

Költségvetési kihatások



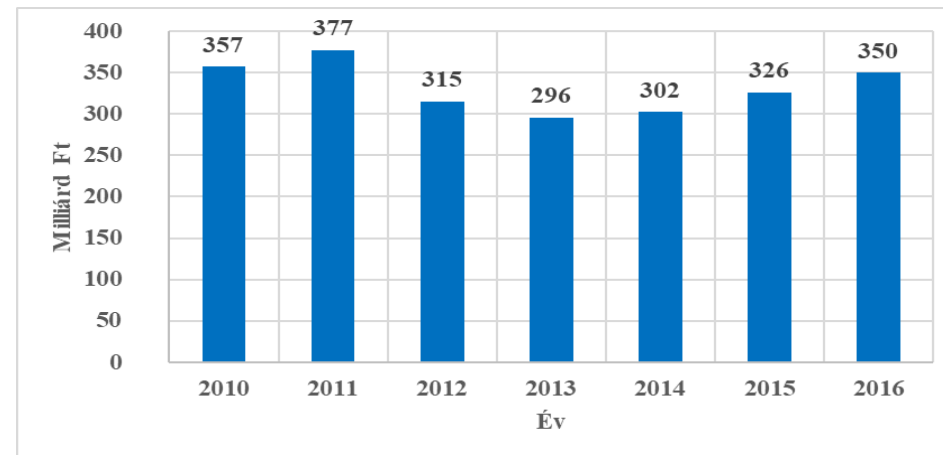
Az Egészségbiztosítási Alap kiadásainak alakulása Magyarországon 1993-2019 között (Forrás: NEAK)

Költségvetési kihatások

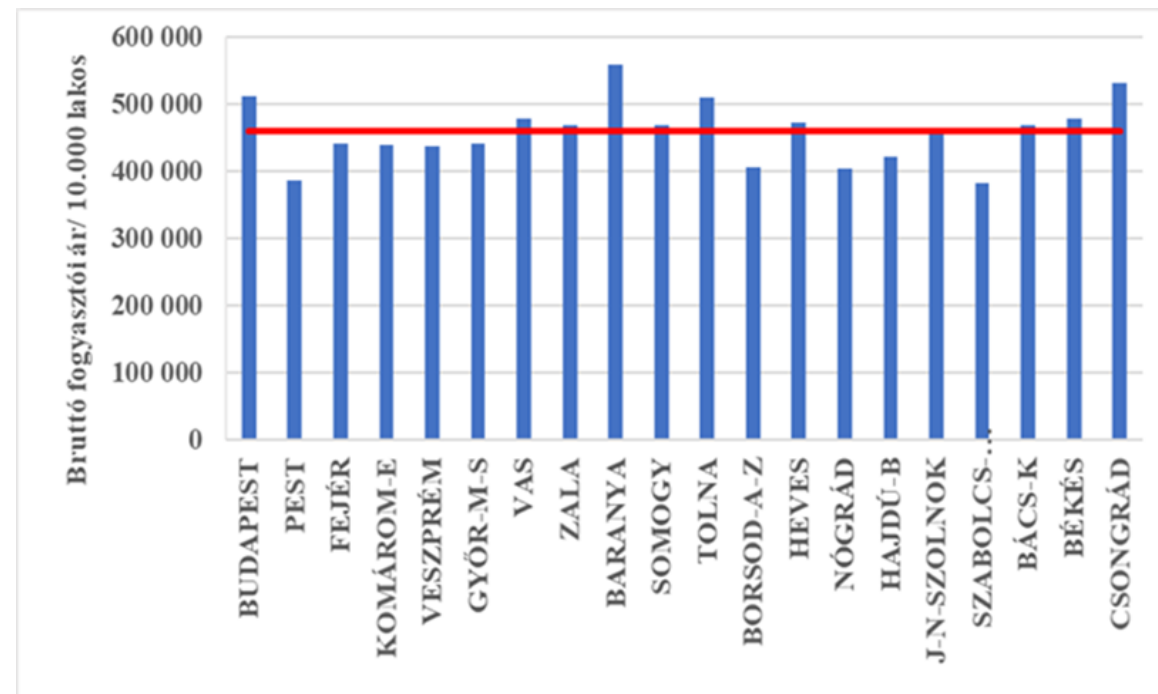
Gyógyszerkiadások és támogatások alakulása

Gyógyszerkiadások és támogatások alakulása

- 1995 80-ról, 2009 390 milliárd Ft nőtt a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatás
- A gyógyszerek tb. támogatása növekedett, ennek oka az előregedő társadalom és a lakosság rossz egészségi állapota → 2011 Széll-Kálmán terv a gyógyszertámogatási rendszer teljes átalakítása
- A gyógyszereknél a fogyasztói ár és a tb. támogatás értéke együtt mozog, korrelációs együtthatója 0,988.
- A legmagasabb gyógyszerforgalom Baranya (558.768 Ft) Szabolcs-Szatmár-Bereg (383.193 Ft).
- Megoldás: prevenció elemeinek erősítése, az egészségtudatos életmód és a sportolás népszerűsítése.



A gyógyszerek támogatásár a fordított tb. támogatás alakulása 2010-16 között. (NEAK)



10 000 lakosra jutó br. fogyasztói árú gyógyszerforgalom (NEAK)

Összegzés

- A hazai egészségügyi ellátórendszerben megjelennek a nemzetközileg ismert és alkalmazott forrásallokációs és kapacitásszabályozási technikák
- Az egészségügyi jog megfelelő szabályozási eszközöket alkot az egészségpolitikai célok megvalósítása érdekében
- A transzparens döntéshozatal megteremtése érdekében erősíteni szükséges az egészséggazdaságtan módszereinek alkalmazását és eredményeinek beépítését a döntéshozatalba
- Az állami szerepvállalás növekedése esélyt teremthet az egységes szemléletű fejlesztési elképzelések megvalósítására, és a magyar lakosság egészségi állapotának javítására

Köszönetnyilvánítás

- **Boncz Imre Professor Úrnak** (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet) a habilitációhoz vezető úton való támogatásáért;
- **Bódis József Professor Úrnak** (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola), aki a doktori iskola vezetőjeként lehetővé tette, hogy habilitációs eljárásom elindulhasson;
- **Ács Pongrác Professor Úrnak** (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar), közvetlen munkahelyi vezetőmnek, aki lehetővé tette tudományos munkám folytatását, és támogatásával hozzájárult habilitációm eredményességéhez;
- A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar minden munkatársának, aki tanácsaival, és megértésével hozzájárult habilitációs anyagom elkészítéséhez.
- **Édesanyámnak**, feleségemnek **Áginak** és fiaimnak **Áronnak** és **Gergőnek** megértő türelmükért, támogatásukért és feltétel nélküli szeretetükért.

Göröngyös út a csillagokig „Per aspera ad astra”



Az előadást Mészáros Professzor Úrnak ajánlom mély tisztelettel.
Köszönöm, hogy egy ilyen kiváló csapat tagja lehetek!

Köszönöm a megtisztelő figyelmet