

A KÓRHÁZI KAPACITÁSOK ÉS SZABÁLYOZÁSUK FEJLŐDÉSTÖRTÉNETE

Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei

Dr. Ágoston István



Az Egészségtudományi Doktori Iskola vezetője:

Prof. Dr. Bódis József Ph.D., D.Sc.

Az Egészségtudományi Doktori Iskola programvezetője:

Prof. Dr. Kovács L. Gábor Ph.D., D.Sc.

Az Egészségtudományi Doktori Iskola témavezetője:

Prof. Dr. Boncz Imre Ph.D.

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori iskola

Pécs, 2013

A KÓRHÁZI KAPACITÁSOK ÉS SZABÁLYOZÁSUK FEJLŐDÉSTÖRTÉNETE

Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei

Dr. Ágoston István



Az Egészségtudományi Doktori Iskola vezetője:

Prof. Dr. Bódis József Ph.D., D.Sc.

Az Egészségtudományi Doktori Iskola programvezetője:

Prof. Dr. Kovács L. Gábor Ph.D., D.Sc.

Az Egészségtudományi Doktori Iskola témavezetője:

Prof. Dr. Boncz Imre Ph.D.

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori iskola

Pécs, 2013

1. Bevezetés

Napjaink egészségügyének egyik legnagyobb kihívása hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt egy olyan egészségügyi ellátórendszer kialakítása, amely képes biztonságos és költséghatékony módon megfelelni a betegek szükségletei által támasztott elvárásoknak, nyomon követve az egészségtudomány fejlődésének legújabb eredményeit. Az egészségügyi ellátórendszer legnagyobb szegmensét a kórházi ellátórendszer alkotja, ezért kiemelt figyelmet kell fordítanunk a fekvőbeteg ellátórendszer fejlődéstörténetének vizsgálatára, a kórházi ellátórendszer felépítését, működését befolyásoló jogszabályi környezet feltárására.

A fekvőbeteg ellátórendszer fejlődésének történelmi szempontú vizsgálata segít annak megértésében, hogy milyen körülmények tették szükségessé az ispotályok, kórházak létrehozását, milyen tényezők játszottak szerepet fejlődésükben, illetőleg a jogszabályi környezet változásai hogyan befolyásolták fejlődésüket. A korabeli ispotályok létrejötte összefonódik a szegényellátással és a kereszténység megjelenésével, azonban az évszázadok során a szerzetesek és egyházak által működtetett ispotályok gyógyító tevékenységét felváltják a városi polgárság, majd az állam által fenntartott, kizárólag a betegellátással foglalkozó kórházak. Az állam előírja a kórházak alapításának követelményeit, meghatározza a működésükhöz szükséges feltételeket párhuzamosan az egészségügyi közigazgatás kialakításával. A tanulmány bemutatja a kórházi ellátórendszer legfontosabb mutatószámainak alakulását, valamint az egészségügy fejlődését befolyásoló jogszabályok hatását.

A történelmi előzmények tanulmányozását követően a mai fekvőbeteg ellátórendszer egyik legfontosabb problémakörére fordítjuk figyelmünket, a fekvőbeteg ellátás kapacitásainak átfogó szabályozására. A kapacitástervezés egy olyan folyamat, amely a meglévő egészségügyi ellátórendszer adottságain túl kiterjed az új egészségügyi szolgáltatások befogadására, figyelembe veszi a technológiai fejlődésből fakadó változásokat. Bemutatjuk a kapacitásszabályozás elvi lehetőségeit, nemzetközi kitekintés keretében ismertetjük más országok által alkalmazott kapacitásszabályozási technikákat, valamint jogszabályi összehasonlítás segítségével bemutatjuk a rendszerváltás óta hazánkban bekövetkezett szabályozási változásokat és hatásait.

2. Célkitűzések

A disszertáció elkészítése során, felhasználva a történelmi dokumentumok elemzéséből, a jogszabályok összehasonlító vizsgálatából szintetizált eredményeket, az alábbi célok elérését és kérdések megválaszolását, kifejtő bemutatását tűztük ki magunk elé.

1. A tanulmány keretei között be kívántuk mutatni a magyarországi ispotályok és kórházak kialakulását, fejlődésük történetét az államalapítástól napjainkig, feltárva azokat a tényezőket, amelyek áthatották az ispotályok helyének, szerepének alakulását, figyelemmel a mai kórházi rendszer felépítésére gyakorolt hatásaira.
2. Az államalapítástól a felvilágosult abszolútizmusig terjedő időszakban törekedtünk egy olyan átfogó, ellentmondásoktól mentes adatbázis megalkotására, és vizuális bemutatására, amely tartalmazza a korabeli ispotályok alapításának helyét, időpontját, segítséget nyújtva a későbbi tudományos kutatásokhoz.
3. A tanulmányok elkészítése során létre kívántunk hozni egy olyan adatbázist, amely strukturált módon tartalmazza a kórházak alapításához kapcsolódó legfontosabb adatokat a felvilágosult abszolútórium kezdetétől napjainkig.
4. Céljaink között szerepelt a kórházi ellátórendszer fejlődéstörténetének bemutatása a felvilágosult abszolútizmustól egészen napjainkig, nyomon követve az adott korszak meghatározó jogszabályainak változását és bemutatva egyfelől annak kiváltó okait, másfelől az egészségügyi ellátórendszerre gyakorolt hatását.
5. Feltett szándékunk volt, hogy összegyűjtjük, rendszerezzük és bemutatjuk a kórházi ellátórendszer működéséhez kapcsolódó mutatószámok változásait, különös tekintettel a Központi Statisztikai Hivatal és jogelőd intézményeinek létrejöttét megelőző időszakokra vonatkozóan.
6. A nemzetközi tapasztalatok segítségével összegezni kívántuk a kapacitásszabályozás eszközrendszerét, módszertanát, támpontot szolgáltatva a hazai kapacitásszabályozási törekvések elmélyítésének tekintetében.
7. Összehasonlító elemzésben szeretnénk felhívni a figyelmet a rendszerváltást követően létrejött, a hazai egészségügyi ellátórendszer kapacitásait szabályozó legfontosabb jogszabályok erőseire, gyenge pontjaira, ezáltal elősegítve az új kórház rendszer kapacitásainak kialakításával kapcsolatos szakmai vitákat.

3. Adatok és módszerek

3.1. Tanulmányunk elkészítésének célja az egészségügyi kapacitások meghatározásának lehetséges módszereinek, és a szabályozás során alkalmazott nemzetközi gyakorlat bemutatása volt. Ennek során hazai és nemzetközi szakirodalom áttekintést és kritikai elemzést hajtottunk végre, amely a kapacitásszabályozás elvi lehetőségeinek bemutatásán túlmenően kiterjedt az Euro Health Consumer Index alapján kiválasztott 4 ország (Németország, Franciaország, Olaszország és Hollandia) egészségügyi- és kapacitásszabályozási rendszerének ismertetésére.

3.2. Az értekezés céljaként azt tűztük ki, hogy bemutassuk a hazai ispotály-, illetve kórházügy fejlődését az államalapítástól egészen a felvilágosult abszolutizmusig. Tanulmányunk elkészítése során szakirodalmi áttekintés, alkalmaztunk különös tekintettel a korszakra vonatkozó, átfogó jellegű történelmi áttekintésekre és statisztikai gyűjteményekre valamint az ispotályok fejlődésének témakörével foglalkozó kutatók munkáira, valamint a kórház-történeti- és egyház-történeti írásokra, levéltári adatokra.

3.3. A következő tanulmányunk célja a hazai kórházak fejlődéstörténetének bemutatása volt a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig terjedő időszakban. A tanulmány során egyfelől szakirodalmi áttekintést és dokumentumelemzést alkalmaztunk, amely kiterjedt a kórház-történeti szakirodalomra, valamint a vonatkozó statisztikai gyűjteményekre, alkalmazott indikátoraink: a kórházak, a kórházi ágyak, és orvosok száma, ahol ezek rendelkezésre álltak. Másfelől jogszabáyelemzést hajtottunk végre, amely magába foglalta az 1770. évi Generale Normativum in Re Sanitatis, a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk elemzését.

3.4. Értekezésünkben áttekintést adtunk a Magyarországi kórházak fejlődéstörténetéről a II. világháború befejezésétől kezdődően egészen napjainkig. Nagy hangsúlyt fektettünk a vonatkozó kórház-történeti és statisztikai gyűjtemények adataira, és az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény és a kapcsolódó jogszabályok elemzésére.

3.5. Az utolsóként felhasznált tanulmány elkészítésének célja a magyar egészségügyi rendszer kapacitásait rendező jogszabályi környezet áttekintése és összehasonlító elemzése volt. A tanulmány elkészítése során jogszabáyelemzést végeztünk, amely kiterjedt az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról szóló 1996. évi LXIII., az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény, és a kapcsolódó jogszabályok vizsgálatára.

4. Eredmények

4.1. Egészségügyi kapacitások szabályozásának szakirodalmi áttekintése a nemzetközi gyakorlatban

A tanulmányban szereplő országok (Németország, Franciaország, Olaszország és Hollandia) kapacitásszabályozási gyakorlata alapján megállapítható, hogy egyre nagyobb hangsúlyt kap a tervezés során a decentralizáció, amely elősegíti, hogy a döntéshozatal jobban alkalmazkodjon a helyi szükségletekhez. A regionális tervezés a hazai gyakorlatban is megjelenik, azonban megfigyelhető, hogy a regionális egyeztetés (előre jósolható) eredménytelensége esetén a központi szabályozás kerül előtérbe.

A központi kormányzat a nagy költségigényű technológiák kapacitásainak meghatározását saját hatáskörben tartja fent, például Hollandiában külön törvényben szabályozza és a Kormány engedélyéhez köti ennek meghatározását. Hazánk számára is megfontolandó lenne egy országos szintű engedélyezési eljárás bevezetése a nagy költségigényű technológiák tekintetében. A nemzetközi szabályozásokból kitűnik, hogy a legtöbb ország egészségügyi ellátórendszere szoros kontroll alatt tartja az új szolgáltatók, új technológiák befogadását. A kapacitásszabályozás egyik eszköze egy átlátható, koherens, központosított befogadás politika, amely kialakítása, hatékonyabbá tétele hazánk esetében sem megkerülhető.

Egyes országokban a kapacitások meghatározására módszertanilag megalapozott matematikai képleteket alkalmaznak, amely objektívebbé teszi a tervezést, szűkíti a politikai lobby érvényesülésének lehetőségeit. A képletben kiindulásként demográfiai, morbiditási és mortalitási adatok szerepelnek (Franciaország), illetve figyelembe veheti a képlet az átlagos bent tartózkodási időt, az ellátásban részt vevők számát és az ágykihasználtsági mutatókat (Németország) attól függően, hogy a szükségletek vagy a ténylegesen nyújtott ellátások oldaláról közelítjük meg a kapacitásszabályozás kérdéskörét.

A nemzetközi tapasztalatok figyelembevételével kialakított, megbízható morbiditási és mortalitási adatokra alapozó és más releváns tényezőket figyelembe vevő matematikai képlet alkalmazása koherensé teheti az egyes szakterületi kapacitások meghatározását. A képlet eredményeit összekapcsolva egy szakmailag megalapozott minimum és optimum feltételrendszerrel egy jól strukturált, a betegek valós szükségleteit figyelembe vevő intézményi struktúrát vetít az ország egészségtérképére.

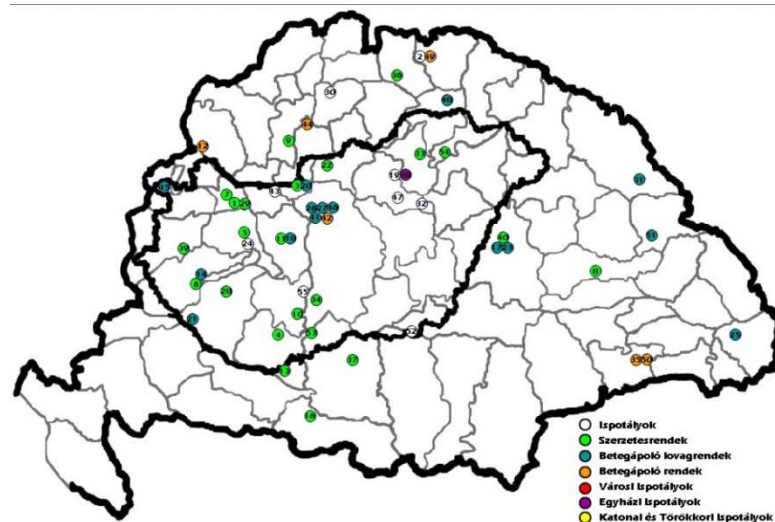
Általános trend, hogy az egyes államok meghatároznak egy olyan alapellátási csomagot, amelyet minden állampolgár (biztosított) igénybe vehet, így teremtve meg a határvonalat a társadalombiztosítás és a kiegészítő biztosítások által nyújtott ellátások között. Francia- és Németország esetében megfigyelhető, hogy a kapacitásszabályozás során elkülönítetten kezelik a pszichiátriai kapacitások meghatározását, azonban meglátásunk szerint ez a gyakorlat veszélyes lehet a rendszer konvergenciájára.

A hazai és a nemzetközi kapacitásszabályozás méltatlanul elhanyagolt területe a járóbeteg ellátás kapacitásainak szabályozása. Meglátásunk szerint egy koherens kapacitásszabályozásnak mindkét területre ki kell terjednie, megtalálva azokat a módszereket, amelyek erre alkalmasak. Az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak tervezése nem szemlélhető önmagában, hanem szoros kapcsolatban kell állnia a finanszírozási rendszerrel és nem választható el a szociális ellátórendszer kapacitásainak tervezésétől. Hazánkban is megfigyelhető, hogy a szociális ellátórendszer elégtelenségéből fakadó ellátotti igények az egészségügyi ellátások kapacitásait terheli indokolatlanul, amely probléma megoldható a két rendszer közös tervezésével és monitorozásával, amelyre Németországban találunk példákat.

A tanulmány elkészítése során olyan országokat választottunk, amelyek hasonló politikai, társadalmi fejlettséggel rendelkeznek, történelmi hagyományaik, földrajzi helyzetük hasonlóak, gazdasági szempontból az Európai Unió meghatározó szereplőik. Számos hasonlóságuk dacára az egyes országok az egészségügyi kapacitások szabályozásának tekintetében a más-más módszereket alkalmazzák. Megállapítható tehát, hogy nincs egységes szabályzás az Európai Unión belül ez egészségügyi kapacitások szabályozásának tekintetében, hiszen az egészségügyi rendszerek felépítése is országonként jelentős eltéréseket mutat, amely hatással van az alkalmazott kapacitásszabályozási módszerekre is.

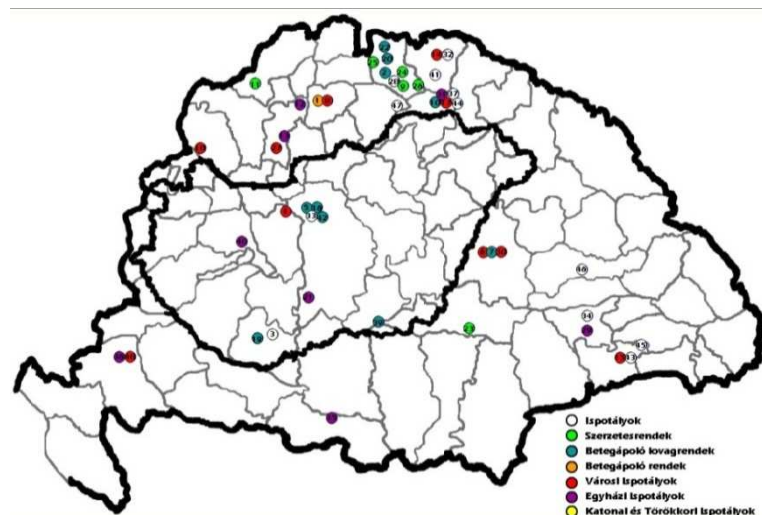
4.2. A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a XI. – XVIII. század kezdete közötti időszakban

A honfoglalást követően, a nyugati kereszténység felvételével hazánkba érkező szerzetesrendek tevékenysége alakította ki a hazai ispotályok rendszerét. Az ispotályok földrajzi elhelyezkedését befolyásolták a Szent István király által kialakított zarándokutak. Az ispotályok fejlődését meghatározták a háborúk, mint a tatárdúlás, amely során számos ispotály semmisült meg, a szerzetesrendeknek újra kellett kezdeni gyógyító tevékenységüket. A keresztes hadjáratokban hazánk, mint átvonulási területet volt érintet, így II. Béla megismerhette az átvonuló betegápoló lovagrendeket, később letelepítette őket az országban, mintájukra hazai lovagrendet (Szent István) is alapított.



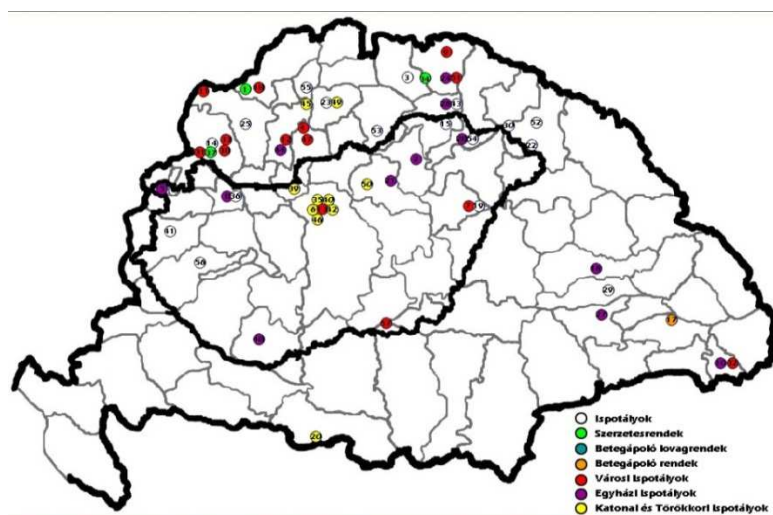
4.2.1 ábra Ispotályok Magyarországon a XI-XIII. században alapításuk és fenntartójuk szerint (A 4.2.1., a 4.2.2. és a 4.2.3. számú kartogramokat az értekezésem alapján magam készítettem.)

A hazai kórházügy fejlődésében kiemelendő a lepra szerepe. A leprások gyógyítását a Szent Lázár Rend végezte, amely leprosoriumai egyedülálló módon kizárólag a leprások ellátására rendezkedtek be. A specializált ellátást nyújtó ispotályok hiánya hozzájárult ahhoz, hogy az európai országokhoz képest kevesebb ispotály jött létre hazánkban. A betegápoló lovagrendek hazánkban hosszú ideig megtartották jelentőségüket az ispotályok alapítása, működtetése területén, amelyhez hozzájárult katonai erejükön túl, hogy jelentős birtokokkal rendelkeztek. Hazánkban a városiasodás is később és lassabb ütemben következett be, ezért a városi ispotályok fejlődése a XIV. század végén indul meg, igazi lendületet a XV. század közepétől kapott, összefüggésben a városokban kialakuló, demográfiai válsággal párosuló gazdasági visszaeséssel, amelynek következtében megnövekedett a rászoruló és a szegények száma.



4.2.2. ábra Ispotályok Magyarországon a XIV-XV. században alapításuk és fenntartójuk szerint

Az ország három részre szakadása is átformálta a hazai kórháztörténelmet, egyfelől a harcokban számos ispotály semmisült meg illetve a törökök is építettek ispotályokat, másfelől tudomással bírunk arról is, hogy a ferences rend szerzetesei gyógyíthattak a hódoltsági területeken. A legnagyobb fejlődést a török ellen felszabadító hadjáratok kapcsán szerveződő katonai kórházak rendszere jelentette, amelyeknek egységes irányítása volt, fenntartásukat központosított forrás biztosította. Megerősödött az katolikus egyház szerepe a kórházak fenntartásában, a XVI. századi felvidéki ispotályok alapításában a protestáns egyházak szerepe volt meghatározó. A polgári betegápoló rendek szerepe a Betegellátó Irgalmas Rend megjelenésével erősödik.



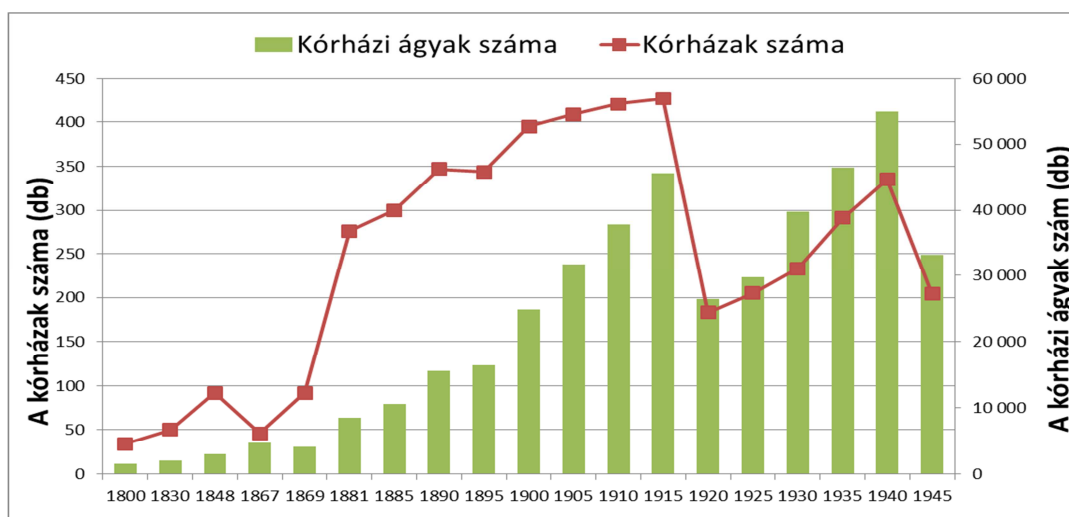
4.2.3. ábra Ispotályok Magyarországon a XVI-XVIII. század elejéig fenntartójuk szerint

A korabeli ispotályok helyét ábrázoló kartogramok rávilágítanak arra, hogy Magyarországon a kórházak fejlesztésében évszázados hátrányt szenvedtek a középső, legfőképpen a dél dunántúli és alföldi területek, amely lemaradás a mai napig is érződik a kórházellátottságában.

4.3. A magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig a jogszabályi környezet változásainak tükrében

A pozserováci békekötéssel az ország felszabadult a törökök uralma alól, elkezdődik az egészségügy szervezetének kiépítését. III. Károly 1723-ben létrehozta a Helytartótanácsot, amelyhez tartozott a szegény-beteg ellátás szabályozása is. Az elnéptelenedett területeken a betegellátásba bekapcsolódnak a szerzetesrendek. A Helytartótanács elrendeli, hogy a beteg születési helye szerinti városok és községek kötelessége gondoskodni az elidősödött és elszegényedett betegekről. 1752-től a vármegyék kötelesek gondoskodni megyei orvosról, akinek feladatkörébe tartozik a szegény betegek ingyenes gyógyítása. Mária Terézia uralkodásának időszakában a hangsúly áttevődik a betegellátásra. Mária Terézia 1756-ban országos alapot hozott létre, amely megalapozta az első vármegyei kórházépítési programot, amelyet II. József is folytat. Az ispotályok száma a századfordulón 34 közül lehetett, nagyjából 1590 fő befogadására alkalmas ágyszámmal. 1770-ben megszületett hazánk első, az egészségügyet átfogó módon rendező jogszabálya a „Generale Normativum in Re Sanitatis”. A Rendelet átfogóan szabályozta az egészségügyi ellátások rendszerét, valamint ez a szakmailag elkülönülő egészségügyi államigazgatás felé vezető út első állomása. A kórházépítés anyagi és jogi alapjainak megteremtésével elhárul az akadály a első vármegyei kórházépítési program kiteljesedése előtt. Elkezdődik a tisztán betegellátási tevékenységet folytató kórházak leválasztása a szegényházakról 1820-ban, azonban a tényleges folyamat még évtizedekig eltart. A XIX. század első felében közel 60 kórház alakult az ország területén, az ágyak száma nagyjából megduplázódott. Az 1840-es években a Helytartótanács, a II. vármegyei kórházépítési programot indítja el. Az 1848-49-es szabadságharcot követően folytatódik a kórházépítési program, amelynek eredményeként több ezer kórházi ágygal bővül a hazai fekvőbeteg ellátórendszer. Rendezik a kórházak működtetéséhez szükséges anyagi háttérrel a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1875. évi III. törvénycikk megalkotásával. Megszületett a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvénycikk, amely egységes szemléletben szabályozta a korabeli egészségügy viszonyait. A Törvénycikk megteremtette a kórházfejlesztés egyértelmű, kiszámítható jogi alapjait, rendelkezései egészen a II. világháború végéig meghatározták a hazai egészségügy szervezetét, szabályait.

A törvénycikk hatására intenzív kórházépítési hullám bontakozott ki, amelynek eredményeként az 1869-ben az ország területén található 92 kórházból 1915-re 427 kórház állt a betegek rendelkezésére. A kórházi ágyak száma ugyanezen időtartam alatt 4074-ről 45590-re, azaz több mint 11 szeresére emelkedett. A trianoni békeszerződés hatása Magyarországon a kórházügy területére vonatkozóan is súlyos helyzetet teremtett. Az ország elveszítette kórházainak közel 60%-át, 1920-ban mindösszesen 183 kórházban 26 451 kórházi ágy állt a betegek rendelkezésére, amelyet súlyosbított az a tény is, hogy az elcsatolások után az ellátandó lakosság száma 2 millió menekülttel növekedett meg. A rendkívül súlyos kórházügyi helyzet rendezésére, a nehézségek ellenére is elindult a II. kórházépítési program, amelynek eredményeként 1935-re a kórházak száma 291-ra, míg a kórházi ágyak száma 46 459-re emelkedett. A program első elemeként elkészültek a debreceni, szegedi és pécsi orvostudományi karok klinikái.

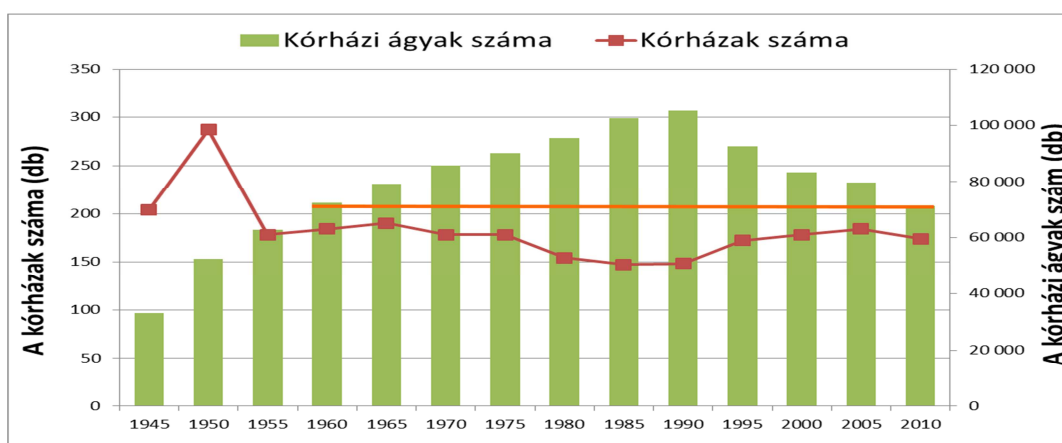


4.3.1. ábra Magyarország kórházainak és kórházi ágyainak száma 1800 és 1945 között.

A kórházi ellátórendszer hiányosságai már ebben az időszakban is megnyilvánultak, 1937-ben az összes kórházi férőhely 46,7%-a Budapesten koncentrálódott, előrevetítve egy főváros centrikus kórházi ellátórendszer képét, azzal, hogy a vidéki kórházak zöme is inkább a határ menti területekhez kapcsolódott ellátási körzet tekintetében, így az ország középső része hátrányosabb helyzetben volt az egészségügyi ellátás tekintetében. Az irodalmi adatok alapján 1938-40 között lezajlott területi visszacsatolások után a hazai kórházak száma 38-cal növekedett, a kórházi férőhelyek számának emelkedése elérte a 13000-et, amelyből a magánkórházak betegágy száma közel 5 000 volt, ez az ágy szám 20 intézmény között oszlott meg. Az 1939-es állapot szerint az ország mindösszesen 304 gyógyintézettel és 46 922 betegágygal rendelkezett, amelyek közül 10 134 betegágy, 54 magánkórházhoz tartozott.

4.4. A hazai kórházi ellátórendszer fejlődése a II. világháború végétől napjainkig

A II. világháború végre a kórházi ágyak közel kétharmada elpusztult, közel 28 000 betegség volt használható állapotban. A kormány az elhagyott épületeket, illetve a katonai kórházakat alakította át a polgári betegellátás céljaira. A szocialista elvekkel összhangban indult meg az egységes szemléletű, államilag irányított egészségügy kialakítása. A Magyar Népköztársaság Alkotmányának 47. §-ban deklarálásuk, hogy az egészségügy, így a kórházi ellátórendszer fenntartása állami feladat. Megjelenik a hazai kórházügy fejlődésében mérföldkövének számító, az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény. A lakosság ellátásához szükséges kórházi kapacitások megteremtése érdekében rendkívül intenzív ágyszám növelés kezdődött meg, amelyet nem követett a kórházi infrastruktúra növelése. 1960-ban megindult a III. kórházépítési program, így 1950-es 52.326 helyett a rendszerváltáskor 105.197 kórházi ágy található az ország területén.



4.4.1. ábra A kórházak és a kórházi ágyak száma 1945 és 2010 között Magyarországon.

A rendszerváltás után az egészségügy szereplői a biztosítási rendszer bevezetése, a teljesítményarányos finanszírozás alkalmazása miatt a kórházi ellátórendszer dinamikus fejlesztését vizionálták. Az egészségügynek fel kellett készülnie egyfelől az idősödő társadalomból fakadó kapacitások átstrukturálódására, valamint a modern technológiákból eredő funkcióváltásokra. A kórházi ágyszámok tekintetében, hasonlóan az európai trendekhez, egy jelentős újrastukturálási folyamat zajlik az egészségügyben. A folyamat eredményeként 2010-ben 71.216 kórházi ágy található Magyarországon, amely közel az 1960-as ágyszámoknak felel meg. A kórházi kapacitások csökkentése nem lehet nominális, minden ellátót egységesen érintő, „fünyíróelv” szerű, hanem előre kijelölt egészségpolitikai célokra irányuló, a nemzetközi kapacitásszabályozási technikákkal meghatározott, a hazai kórházi ellátórendszer hatékony megújítását megvalósító folyamatként képzelhető el.

4.5. A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai a rendszerváltástól napjainkig terjedő időszakban

A rendszerváltást követően világossá vált, hogy a fennálló kórházstruktúra nem teszi lehetővé a hatékony forrásfelhasználást és az egészségpolitikai célok maradéktalan érvényesítését. A nemzetgazdaság teherviselő képességének csökkenésével előtérbe került az egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak szabályozása, amellyel kapcsolatosan az Országgyűlés 3 jelentős törvényt alkotott. Az egészségügyi ellátási kötelezettségről és a területi finanszírozási normatívákról szóló 1996. évi LXIII. törvény, az egészségügyi szakellátási kötelezettségről szóló 2001. évi XXXIV. törvény, valamint az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény áttekintése alapján megállapítható, hogy a magyar kapacitásszabályozás felvonultatja a nemzetközi szakirodalom által ismeretű módszereket.

	1996. évi LXIII. törvény	2006. évi CXXXII. törvény
Ágyszám csökkentés mértéke	Kb. 92.000-ről kb. 81.000-re	Kb. 80.000-ről 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. határral
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

4. 5. 1. táblázat A tanulmány keretében vizsgált 1996-os és a 2006-os egészségügyi kapacitások szabályozására vonatkozó törvények összehasonlítása

Az 1996-os ágyszám törvény és a 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény bázis szemlélettel közel azonos 11-11%-os mértékű ágyszám csökkenést eredményezett. Sajátosság azonban, hogy a 2006-os törvény jelentősen megváltoztatta az aktív és krónikus fekvőbeteg ellátási ágyak arányát, úgy, hogy 75 vs. 25%-ról 62 vs. 38%-ra módosult ez az arány. A 2001-es „salátatörvény” fekvőbeteg ellátási kapacitáscsökkentő hatása az előzőekhez viszonyítva nem jelentős, hiszen ennek a törvénynek nem ez az elsődleges célja. Rendkívül előremutató, hogy az 1996-os ágyszám törvény megalapozott, jól tervezhető matematikai képlet segítségével határozta meg a kapacitásokat, amely továbbfejlesztése esetén alkalmassá válhatott volna a tudomány is kapacitástervezésre, hasonlóan a német Hill-Burton formulához. Ráadásul az átalakítást ütemezett módon, 5 éven keresztül fokozatosan akarta megvalósítani, elegendő időt szánva a megvalósításra. Sajnálatos módon a 2006-os ellátórendszer fejlesztési törvény bázisszemléletű kapacitástervezésének módszertana nem ismert, így annak tudományos megalapozottságát illetően nem rendelkezünk információkkal.

Hasonló a két törvény egyeztetési rendszere, de míg az 1996-os ágyszám törvény megyei szinten szabályoz, addig a 2006-os a regionális szabályozást részesíti előnyben, amely jobban elősegíti a hatékony kapacitástervezést. Az érintett konszenzusának elmaradása esetén alkalmazott mechanizmus egy felülről vezérelt rendszert vetít előre, a gyakorlati működés során. A 2001-es törvény új szemléletet hoz a pályázati eljárás során történő kapacitás befogadás vonatkozásában. A kapacitásdimenziók meghatározásából eredő bújtatott kapacitásnövekedési problémára adott megoldása, megalapozta a fogalmi elemek pontosításának igényét. Mindhárom törvény adós maradt a járóbeteg szakellátás kapacitásainak szabályozásával, amely meggyőződésünk szerint elengedhetetlen feltétele a hazai egészségügy problémáinak megoldására, ahogyan több ország, köztük Hollandia és Németország láthatóan felismerte a járóbeteg ellátás jelentőségét. A felsorolt módszerek technikák és megszerzett tapasztalatok ötvözésével kialakítható lenne egy jól működő, kiszámítható egészségügyi kapacitásszabályozás, amelynek optimalizálásához elengedhetetlen a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott módszerek megismerése, ebben nyújt segítséget a következő tanulmány.

5. Új eredmények, gyakorlati hasznosítás összefoglalása

Az értekezésben bemutatott elemzéseink számos új eredményt és gyakorlati hasznosítási lehetőséget is tartalmaznak, amelyeket az alábbiak szerint foglaltunk össze:

1. Az értekezés keretei között mutattuk be és elemeztük mindazokat a tényezőket, amelyek hatást gyakoroltak a hazai ispotályok és kórházak rendszerének fejlődéstörténetére az államalapítástól kezdve napjainkig, külön figyelmet fordítva a jelenlegi ellátórendszer struktúrájára gyakorolt hatásokra.
2. A szakirodalmi adatok kritikai elemzésével létrehoztuk az államalapítástól a felvilágosult abszolutizmusig terjedő időszak magyar ispotályait és azok legfontosabb alapítási adatait tartalmazó, ismereteink szerint legteljesebb, ellenőrzött és strukturált adatbázisát, amelyet kartogramokkal is megjelenítettünk.
3. Létrehoztuk a hazai kórházak legfontosabb alapítási adatait tartalmazó strukturált adatbázist a felvilágosult abszolutizmustól kezdődően napjainkig segítséget nyújtva ez által a kórházi ellátórendszer fejlődését vizsgáló tudományos kutatások számára.
4. Feltártuk és bemutattuk a felvilágosult abszolutizmustól kezdődően napjainkig a jogszabályalkotók által létrehozott, a kórházak alapítását és működését alapvetően szabályozó jogforrásokat, bemutattuk azokat az okokat, amelyek létrehozásukat indokolták, kielemeztük a jogszabályi környezet változásainak hatását a kórházi ellátórendszerre, illetőleg annak struktúrára, és mutatószámaira.
5. Összegyűjtöttük, megtisztítottuk és rendszereztük a felvilágosult abszolutizmustól kezdődően keletkezett, a kórházi ellátórendszer működését reprezentáló statisztikai adatokat, és demográfiai mutatószámokat, amelyek közül meglátásunk szerint különösen jelentősek azok az adatok, amelyek a Központi Statisztikai Hivatal (illetőleg jogelődei) működésének megkezdése előtti időszakra vonatkoznak.
6. A nemzetközi szakirodalom eredményeinek feldolgozásával összegyűjtöttük és bemutattuk azokat az egészségügyi kapacitásszabályozási módszereket, amelyek alkalmasak a hazai kapacitásszabályozás módszertanba történő felhasználásra.
7. Bemutattuk a hazai egészségügyi rendszer kapacitásszabályozás jogi eszközrendszerét, elemeztük a legfontosabb kapacitásszabályozási jogszabályok hatásait a rendszerváltást követő hazai kórházi ellátórendszerre vonatkozóan.

Az értekezésben bemutatott kutatások gyakorlati hasznosítási lehetőséget is tartalmaznak, hiszen elkészítése során létrejött, a középkori ispotályok és a modern értelemben vett kórházak alapítási adatait tartalmazó adatbázisok kiinduló pontjául szolgálhatnak a kórházi ellátórendszer történetét vizsgáló történelmi- és egészségtudományi kutatásokhoz, elősegítve ezáltal a kórházak fejlődéstörténetének tudományos vizsgálatát és a tudományterület kritikai vitákkal megalapozott fejlődését.

Reményeink szerint a létrehozott adatbázisok segítséget nyújtanak a hazai kórházi ellátórendszer átalakítását, racionalizálását végző döntéshozóknak a történelmi „gyökök” megismerésére és figyelembe vételére a döntéshozatali mechanizmusba építetten. Az értekezésben bemutatott nemzetközi kapacitásszabályozási módszerek bevezetése és alkalmazása hozzájárulhat ahhoz, hogy a megújuló hazai kapacitásszabályozás eredményeként kiszámítható, fenntartható és költséghatékony kórházi ellátórendszer jöhessen létre hazánkban.

A kórházak és a kórházi ágyak számában bekövetkező dinamikus változás, és a lakosság egészségügyi szükségletekhez való igazodás volt megfigyelhető az évszázadok során. A népbetegség specifikus intézmények sora a leprosoriumok kezdődött, ezt követték a pestises betegeket ellátó intézmények, majd már a modernebb időkben a tüdőbetegek, a pszichiátriai betegek, vagy idősök ellátó helyei alakultak ki. Ezek előrevetítik a jövőbeni alkalmazkodás szükségességét, azonban előreláthatólag nem az új betegségekhez, hanem az új egészségügyi technológiákhoz (pl. minimál invazív sebészet), vagy korszerű ellátási formákhoz (pl. egynapos ellátások).

A történelmi áttekintés íve révén láthatóvá válnak a kórházak létrejöttének vagy hiányának magyarázó tényezői: szerzetesrendek megtelepedése, városi polgárság létrejötte, háborús időszakok, török megszállás, gazdasági fellendülés, politikai motivációk. Ezen, akár évszázados motivációs faktorok – kissé talán módosult formában – de ma is jelentős hatással vannak a magyar kórházrendszer átalakítására, fejlesztésére.

Köszönetnyilvánítás

Az értekezés elkészítése hatalmas kihívásként állt előttem az elmúlt évek során, ugyanakkor számos tapasztalattal gazdagodtam a munka során. Rengeteg ember segítségére, bátorító támogatására volt szükség kutatómunkám elvégzéséhez, eredményeim összegzéséhez.

Ezúton is szeretném kifejezni köszönetemet,

Boncz Imre professzor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet) a kutatómunkám során biztosított támogatásáért, a doktori értekezés elkészítése során nyújtott témavezetői segítségért, valamint őszinte ösztönzéséhez;

Kovács L. Gábor professzor úrnak, az MTA tagjának (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola) amiért a doktori iskola programvezetőjeként lehetővé tette tudományos munkám folytatását;

Bódis József professzor úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola), aki a doktori iskola vezetőjeként lehetővé tette, hogy az egészségtudomány határterületének számító értekezés védelemre kerülhessen;

Betlehem József tanár úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar), közvetlen munkahelyi vezetőmnek, aki emberségével, múlhatatlan türelmével lehetővé tette tudományos munkám folytatását, baráti tanácsaival hozzájárulva értekezésem elkészültéhez;

Mészáros Lajos emeritus főiskolai tanár úrnak (Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet), amiért atyai tanácsaival felkeltette érdeklődésemet a tudományos munka iránt és lehetőséget biztosított arra, hogy a Kar családjában kezdhessem el munkámat.

a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar minden olyan munkatársának, aki tanácsaival, támogatásával és megértésével hozzájárult értekezésem elkészítéséhez.

Családomnak, édesanyámnak, testvéremnek, feleségemnek **Áginak** és kisfiamnak **Áronnak** megértő türelmükért, támogatásukért és feltétel nélküli szeretetükért.

Publikációs jegyzék

KÖZLEMÉNYEK

1. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Lampek K, Boncz I. *Egészségügyi kapacitások szabályozásának szakirodalmi áttekintése a nemzetközi gyakorlatban*. Egészségakadémia. 2013, in press
2. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Szarka E, Cs. Horváth Z, Boncz I. *A magyarországi ispotályok kialakulásának és fejlődésének történelmi áttekintése a 11. – 18. század kezdete közötti időszakban*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2012;50(4): 2-13.
3. Ágoston I; Vas G; Endrei D; Zemplényi A; Molics B; Szarka E; Cs Horvath Z; Boncz I. *A magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete a felvilágosult abszolutizmustól a II. világháború végéig*. Egészség-Akadémia. 2011; 8(4):272-285.
4. Endrei D, Kollár L, Zemplényi A, Ágoston I, Betlehem J, Lampek K, Molics B, Boncz I. *A teljesítmény-volumen korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménymutatóira 2004-2008 között*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2011; 49(1):2-9.
5. Endrei D, Kollár L, Bódis J, Zemplényi A, Vas G, Ágoston I, Boncz I. *Az előre meghatározott alapidíjjal finanszírozott teljesítmény (EMAFT) hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására*. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben. 2011;10(1):30-34.
6. Boncz I, Brodszky V, Péntek M, Ágoston I, Nagy Zs, Kárpáti K, Kriszbacher I, Fuszek P, Gulácsi L. *The disease burden of colorectal cancer in Hungary*. Eur J Health Econ. 2010; 10(1): 35-40. (Impact factor: 1,755)
7. Ágoston I, Sándor J, Kárpáti K, Péntek M. *Economic considerations of HPV vaccination*. Prev. Med. 2010; 50(1-2):93. (Impact factor: 3,299)
8. Ágoston I, Vas G, Imhof G, Endrei D, Betlehem J, Boncz I. *A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai*. Egészségügyi. Gazdasági Szemle. 2009; 47(4):3-7.
9. Vas G, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Endrei D, Zemplényi A, Boncz I. *A 2007. április 1-i egészségügyi reform intézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2009; 47(4):5-11.
10. Vas G, Kóti Cs, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Boncz I. *A kórházi ágyszámok alakulása Magyarországon 1990-2008. között*. Nővér. 2009; 22(2):31-37.
11. Vas G, Kóti Cs, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Boncz I. *Kórházi ágyszámok összehasonlítása nemzetközi viszonylatban*. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2008;46(6):39-43.
12. Ágoston I. *Az egészségügyi dolgozók felelősségi viszonyai és kártérítési kötelezettsége*. Nővér. 2006; 19(4):17-25.

NEMZETKÖZI KONFERENCIASZEREPLÉSEK ABSZTRAKT PUBLIKÁCIÓVAL

1. Molics B, Gombos G, Ágoston I, Kránicz J, Schmidt B, Nót L, Cs. Horváth Z, Gresz M, Boncz I. ***The distribution of outpatient physiotherapy services in Hungary***. Value Health; 2012; 15(7): A524.
2. Turcsanyi K, Domján P, Pakai A, Gombos G, Ágoston I, Vas G, Molics B, Éliás Z, Kriszbacher I, Boncz I. ***Inequalities in the utilization of home hospice services in Hungary***. Value Health; 2011; 14(7): A342.
3. Molics B, Éliás Z, Ágoston I, Vas G, Endrei D, Kriszbacher I, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Boncz I. ***Utilization of physiotherapy services in Hungary***. Value Health; 2011; 14(7): A353.
4. Cs. Horváth Z, Molics B, Ágoston I, Sebestyén A, Boncz I. ***Geographical inequalities of home care (nursing) in Hungary***. Value Health; 2011; 14(7): A551.
5. Boncz I, Endrei D, Molics B, Ágoston I, Turcsányi K, Domján P, Betlehem J, Oláh A, Sebestyén A. ***Increased market share of private, for-profit health care providers from the Hungarian health insurance budget between 2006-2009***. Value Health; 2011; 14(7): A552.
6. Varga S, Gresz M, Kriszbacher I, Oláh A, Betlehem J, Sebestyén A, Ágoston I, Boncz I. ***Patient discharge from intensive care units within and between hospitals in Hungary***. Value Health; 2010; 13(7): A405.
7. Domján P, Zsigmond E, Ágoston I, Boncz I. ***Health insurance subsidy of spa treatment in Hungary***. Value Health; 2010; 13(7): A415.
8. Varga S, Gresz M, Ágoston I, Vas G, Sebestyén A, Betlehem J, Kriszbacher I, Nagy Z, Boncz I. ***Bed occupancy rate of Hungarian intensive care units***. Value Health, 2009, 12(7): A238.
9. Nagy Z, Molnár MP, Sebestyén A, Kriszbacher I, Ágoston I, Vas G, Varga S, Boncz I. ***Calculation of delay of decision-making on pharmaceutical reimbursement in simplified procedure in Hungary***. Value Health, 2009, 12(7): A239-240.
10. Vas G, Ágoston I, Nagy Z, Sebestyén A, Kriszbacher I, Betlehem J, Varga S, Boncz I. ***Regional differences in acute care hospital bed capacities following the 2006-2008 health care reform in Hungary***. Value Health, 2009, 12(7): A252.
11. Varga S, Bogár L, Boncz I, Ágoston I, Vas G, Sebestyén A, Kriszbacher I, Betlehem J. ***Market share of Hungarian intensive care units from the total hospital care measured by the Diagnoses Related Groups (DRG) system***. Intens Care Med, 2009, 35(1): S171.
12. Varga S, Bogar L, Sebestyén A, Vas G, Ágoston I, Kriszbacher I, Boncz I. ***Changes of the case-mix index of the Hungarian intensive care units***. Value Health, 2009, 12(3):A79.
13. Varga S, Bogar L, Sebestyén A, Vas G, Nagy Zs, Ágoston I, Kriszbacher I, Boncz I. ***Market share of intensive care units in Hungary according to the DRG system***. Value Health, 2009, 12(3):A79.

14. Kövi R, Kőrösi L, Sebestyén A, Ágoston I, Nagy Z, Kriszbacher I, Oláh A, Molnár A, Péntek M, Boncz I. *The effect of the withdrawal of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary*. Value Health, 2009, 12(3):A85-86.
15. Vas G, Sebestyén A, Ágoston I, Varga S, Kriszbacher I, Betlehem J, Boncz I. *Comparative analysis of hospital bed capacities of old (EU-15) and new (EU-12) member states of the European Union*. Value Health, 2008, 11(6):A369.
16. Boncz I, Sebestyén A, Betlehem J, Brodszky V, Kárpáti K, Ágoston I, Kriszbacher I, Gulácsi L. *The effect of the performance volume limit (PVL) on the DRG financing of the Hungarian hospitals*. Value Health, 2008, 11(3):A48.
17. Boncz I, Bódis J, Sebestyén A, Betlehem J, Gulácsi L, Ágoston I, Nagy Z, Kriszbacher I. *Effect of the Hungarian organized nationwide cervical cancer screening programme on the coverage of women under the age of 25 years*. Value Health, 2008, 11(3):A81-82.
18. Boncz I, Sebestyén A, Pintér I, Ágoston I, Betlehem J, Oláh A, Gulácsi L, Nagy J. *Increasing market share of private dialysis centres from health insurance expenditures in Hungary*. Value Health, 2007, 10(6):A318.
19. Boncz I, Péntek M, Ágoston I, Betlehem J, Kárpáti K, Brodszky V, Gulácsi L, Sebestyén A. *Gap between treatment cost of and mortality due to cervical cancer in Hungary*. Value Health, 2007, 10(6):A338.

NEMZETKÖZI KONFERENCIA SZEREPLÉSEK

1. Ágoston I, Molics B, Vas G, Endrei D, Boncz I. *Hospital structure reforms in Hungary*. 9th European Conference on Health Economics (poster presentation), Switzerland, Zürich, 18-21 July, 2012.
2. Boncz I, Ágoston I, Molics B, Vas G, Endrei D. *The Hungarian health insurance pharmaceutical budget decreased between 2006-2010*. 9th European Conference on Health Economics, Switzerland, Zürich, 18-21 July, 2012.
3. Molics B, Gombos G, Ágoston I, Kránicz J, Schmidt B, Nót L, Cs. Horváth Z, Gresz M, Boncz I. *The distribution of outpatient physiotherapy services in Hungary*. ISPOR 15th Annual European Congress (poster presentation), Germany, Berlin, 3-7 November 2012.
4. Turcsanyi K, Domján P, Pakai A, Gombos G, Ágoston I, Vas G, Molics B, Éliás Z, Kriszbacher I, Boncz I. *Inequalities in the utilization of home hospice services in Hungary*. ISPOR 14th Annual European Congress (poster presentation), Spain, Madrid, 5-8 November 2011.
5. Molics B, Éliás Z, Ágoston I, Vas G, Endrei D, Kriszbacher I, Sebestyén A, Kránicz J, Schmidt B, Boncz I. *Utilization of physiotherapy services in Hungary*. ISPOR 14th Annual European Congress (poster presentation), Spain, Madrid, 5-8 November 2011.
6. Varga S, Gresz M, Kriszbacher I, Oláh A, Betlehem J, Sebestyén A, Ágoston I, Boncz I. *Patient discharge from intensive care units within and between hospitals in Hungary*.

- ISPOR 13th Annual European Congress (poster presentation), Czech Republic, Prague, 6-9 November 2010.*
7. Domján P, Zsigmond E, Ágoston I, Boncz I. ***Health insurance subsidy of spa treatment in Hungary.*** *ISPOR 13th Annual European Congress (poster presentation), Czech Republic, Prague, 6-9 November 2010.*
 8. Varga S, Gresz M, Ágoston I, Vas G, Sebestyén A, Betlehem J, Kriszbacher I, Nagy Z, Boncz I. ***Bed occupancy rate of Hungarian intensive care units.*** *ISPOR 12th Annual European Congress (poster presentation), France, Paris, 24-27 October 2009.*
 9. Nagy Z, Molnár MP, Sebestyén A, Kriszbacher I, Ágoston I, Vas G, Varga S, Boncz I. ***Calculation of delay of decision-making on pharmaceutical reimbursement in simplified procedure in Hungary.*** *ISPOR 12th Annual European Congress (poster presentation), France, Paris, 24-27 October 2009.*
 10. Vas G, Ágoston I, Nagy Z, Sebestyén A, Kriszbacher I, Betlehem J, Varga S, Boncz I. ***Regional differences in acute care hospital bed capacities following the 2006-2008 health care reform in Hungary.*** *ISPOR 12th Annual European Congress (poster presentation), France, Paris, 24-27 October 2009.*
 11. Varga S, Bogár L, Boncz I, Ágoston I, Vas G, Sebestyén A, Kriszbacher I, Betlehem J. ***Market share of Hungarian intensive care units from the total hospital care measured by the Diagnoses Related Groups (DRG) system.*** *22nd Annual Congress of the European Society of Intensive Care Medicine (poster), Austria, Vienna, 12-14 October, 2009*
 12. Varga Sz, Bogar L, Sebestyén A, Vas G, Ágoston I, Kriszbacher I, Boncz I. ***Changes of the case-mix index of the Hungarian intensive care units.*** *ISPOR 14th Annual International Meeting (poster presentation), USA, Orlando, 16-20 May, 2009.*
 13. Varga Sz, Bogar L, Sebestyén A, Vas G, Nagy Zs, Ágoston I, Kriszbacher I, Boncz I. ***Market share of intensive care units in Hungary according to the DRG system.*** *ISPOR 14th Annual International Meeting (poster presentation), USA, Orlando, 16-20 May, 2009.*
 14. Kövi R, Körösi L, Sebestyén A, Ágoston I, Nagy Zs, Kriszbacher I, Oláh A, Molnár A, Péntek M, Boncz I. ***The effect of the withdrawal of visit fee on the number of patient-visits to outpatient care departments in Hungary.*** *ISPOR 14th Annual International Meeting (poster presentation), USA, Orlando, 16-20 May, 2009.*
 15. Vas G, Sebestyén A, Ágoston I, Varga S, Kriszbacher I, Betlehem J, Boncz I. ***Comparative analysis of hospital bed capacities of old (EU-15) and new (EU-12) memberstates of the European Union.*** *ISPOR 11th Annual European Congress (poster presentation), Athens, Greece, 8-11 November, 2008.*
 16. Boncz I, Sebestyén A, Ágoston I, Vas G, Gulácsi L, Betlehem J, Oláh A, Kriszbacher I. ***Balancing the budget of the Hungarian National Health Insurance Fund Administration (OEP) in 2007.*** *ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation), South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.*

17. Boncz I, Sebestyén A, Ágoston I, Nagy Z, Vas G, Gulácsi L, Oláh A, Betlehem J, Kriszbacher I. ***The effect of the performance volume limit (PVL) on the patient admissions of the Hungarian hospitals. ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
18. Nagy Z, Sebestyén A, Vas G, Ágoston I, Kriszbacher I, Oláh A, Boncz I. ***Introduction of health-economics into governmental decision making on drug reimbursement in Hungary. ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
19. Ágoston I, Sebestyén A, Nagy Z, Vas G, Kriszbacher I, Boncz I. ***Comparing the legal background of hospital bed reduction in Hungary in 1996 and in 2007. ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
20. Vas G, Sebestyén A, Ágoston I, Nagy Z, Kriszbacher I, Betlehem J, Vas B, Boncz I. ***The effect of current (2007) health care reforms on the number of hospital beds in Hungary. ISPOR 3rd Asia-Pacific Conference (poster presentation)***, South Korea, Seoul, 7-9 September, 2008.
21. Boncz I, Sebestyén A, Betlehem J, Brodszky V, Kárpáti K, Ágoston I, Kriszbacher I, Gulácsi L. ***The effect of the performance volume limit (PVL) on the DRG financing of the Hungarian hospitals. ISPOR 13rd Annual International Meeting (poster presentation)***, Canada, Toronto, 3-7 May, 2008.
22. Boncz I, Bódis J, Sebestyén A, Betlehem J, Gulácsi L, Ágoston I, Nagy Z, Kriszbacher I. ***Effect of the Hungarian organized nationwide cervical cancer screening programme on the coverage of women under the age of 25 years. ISPOR 13rd Annual International Meeting (poster presentation)***, Canada, Toronto, 3-7 May, 2008.
23. Boncz I, Sebestyén A, Pintér I, Ágoston I, Betlehem J, Oláh A, Gulácsi L, Nagy J. ***Increasing market share of private dialysis centres from health insurance expenditures in Hungary. ISPOR 10th Annual European Congress (poster presentation)***, Dublin, Ireland, 20-23 October, 2007.
24. Boncz I, Péntek M, Ágoston I, Betlehem J, Kárpáti K, Brodszky V, Gulácsi L, Sebestyén A. ***Gap between treatment cost of and mortality due to cervical cancer in Hungary. ISPOR 10th Annual European Congress (poster presentation)*** Dublin, Ireland, 20-23 October, 2007.

HAZAI KONFERENCIA SZEREPLÉSEK

1. Ágoston I. ***A magyar kórházi ellátórendszer fejlődéstörténete 1876-tól 2010-ig, a jogszabályi környezet változásainak tükrében. A Magyar Epidemiológiai Társaság VII. és a Közép-európai Kemoprevenciós Társaság első közös nemzetközi kongresszusa. (előadás) Magyarország, Pécs, 2013. április 5-6.***

2. Ágoston I, Vas G, Endrei D, Lampek K, Sebestyén A, Boncz I. **Legislation of hospital capacities in Hungary**. *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation)*, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
3. Boncz I, Ágoston I, Vas G, Lampek K, Endrei D, Sebestyén A. **Financing of the Hungarian health care: facts and trends**. *International conference of preventive medicine and public health*, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
4. Endrei D, Kollár L, Bódis J, Zemplényi A, Vas G, Ágoston I, Lampek K, Boncz I. **The effect of reimbursement via preannounced performance base-fee on the health insurance reimbursement of the Clinical Centre of the University of Pécs**. *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation)*, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
5. Lampek K, Ágoston I, Vas G, Endrei D, Sebestyén A, Boncz I. **The Changes of Health Status of Hungarian Population after the Economic and Social Transition**. *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation)*, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
6. Sebestyén A, Lampek K, Vas G, Ágoston I, Boncz I. **1 year mortality rate after second hip and femur fractures over 60**. *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation)*, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.
7. Vas G, Ágoston I, Endrei D, Lampek K, Sebestyén A, Boncz I. **Changes of hospital bed capacities in Hungary**. *International conference of preventive medicine and public health (poster presentation)*, Pécs, Hungary, 19-20 November 2010.

Közlemények összesített impact factor: 5,054