

Semmelweis Egyetem
Egészségügyi Menedzserképző Központ
Egészségügyi menedzser MSc

DR. DUL ZOLTÁN

**Közfinanszírozott fogászati ellátás Magyarországon és
Európában: hozzájárulás, költségek és következmények**

Témavezető:

Dr. Sinkó Eszter
vezető tanácsadó, projektigazgató

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK	2
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	4
ÁBRÁK JEGYZÉKE.....	5
ABSZTRAKT	6
1. BEVEZETÉS	8
1.1. A DOLGOZAT FELÉPÍTÉSE.....	10
2. CÉLKITŰZÉSEK.....	11
2.1. KONKRÉT CÉLKITŰZÉSEIM.....	11
2.2. A SZAKDOLGOZATOM HATÁRAI	12
2.3. KUTATÁSI KÉRDÉSEK.....	12
3. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	13
3.1. FINANSZÍROZÁSI MODELLEK ÉS AZOK FOGÁSZATI VONATKOZÁSAI.....	13
3.1.1. Társadalombiztosítási modell (Bismarck-modell)	13
3.1.1.1. Társadalombiztosítási modell jövedelemhatárral	13
3.1.1.2. Társadalombiztosítási modell jövedelemhatár nélkül	14
3.1.2. Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (Beveridge-modell)	14
3.1.3. Szemaskó-modell.....	15
3.1.4. Magánbiztosítási modell	16
3.1.5. Vegyes rendszerek	16
3.2. A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER	17
3.2.1. A rendszer szerkezeti átalakulása	17
3.2.2. A közelmúltban bekövetkezett változások.....	17
3.3. MAGYARORSZÁG NÉPEGÉSZSÉGÜGYI HELYZETE ÉS AZ ELLÁTÓRENDSZER FŐ MUTATÓI	18
3.4. FOGÁSZATI ELLÁTÁS	20
3.5. ÖSSZEFOGLALÓ SWOT-ELEMZÉS A FOGÁSZATI ELLÁTÁS SZEMPONTJÁBÓL	21
4. ALKALMAZOTT MÓDSZEREK.....	24
4.1. KUTATÁSI TERV	24
4.2. VIZSGÁLT ORSZÁGOK KIVÁLASZTÁSA	24
4.3. ADATFORRÁSOK	25
4.4. VIZSGÁLT MUTATÓK ÉS INDIKÁTOROK	25

4.4.1.	<i>Országok összehasonlító vizsgálata</i>	25
4.4.2.	<i>Betöltetlen praxisok elemzése</i>	26
4.5.	ELEMZÉSI MÓDSZEREK	26
4.6.	A MÓDSZERTAN KORLÁTAI	27
4.7.	MÓDSZERTANI ÖSSZEGZÉS	27
5.	EREDMÉNYEK	28
5.1.	FINANSZÍROZÁSI RENDSZEREK ÖSSZEHASONLÍTÁSA	28
5.1.1.	<i>Benchmark országok</i>	28
5.1.1.1.	Egyesült Királyság	28
5.1.1.2.	Németország	29
5.1.2.	<i>Közép-Kelet-Európa országai</i>	31
5.1.2.1.	Ausztria	31
5.1.2.2.	Csehország	32
5.1.2.3.	Lengyelország	33
5.1.2.4.	Szlovákia	34
5.1.2.5.	Románia	35
5.1.2.6.	Bulgária	36
5.1.3.	<i>Magyarország</i>	37
5.1.3.1.	Közfinanszírozás szerepe a fogászatban	38
5.1.3.2.	Betöltetlen fogorvosi praxisok	38
5.1.3.3.	Hasonlóságok a háziorvosi praxisokkal	40
5.1.3.4.	Tartós betöltetlenség problémája	41
5.2.	ÖSSZEGZÉS	44
6.	MEGBESZÉLÉS	47
7.	KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK	49
7.1.	KÖVETKEZTETÉSEK	49
7.1.1.	<i>Téves támogatási struktúra</i>	49
7.1.2.	<i>Céltalan praxisközösségi modell</i>	50
7.1.3.	<i>Prevenció hiánya</i>	50
7.2.	JAVASLATOK A MAGYAR KÖZFINANSZÍROZOTT FOGÁSZATI ELLÁTÁS FEJLESZTÉSÉRE	51
	KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	54
	HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE	55

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

- **BDA** – British Dental Association (*Brit Fogorvosi Szövetség*)
- **Beveridge-modell** – Adóalapú, univerzális egészségügyi ellátást biztosító egészségbiztosítási modell
- **Bismarck-modell** – Társadalombiztosítási alapú egészségbiztosítási modell, járulékfizetésen alapuló finanszírozással
- **EU** – Európai Unió
- **EÜ** – Egészségügyi
- **GADM** – Global Administrative Areas (*nemzetközi közigazgatási térképadatbázis*)
- **GDC** – General Dental Council (*Brit Fogorvosi Kamara*)
- **GDP** – Gross Domestic Product (*bruttó hazai össztermék*)
- **GKV** – Gesetzliche Krankenversicherung (*németországi törvényes egészségbiztosítás*)
- **KSH** – Központi Statisztikai Hivatal
- **NEAK** – Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
- **NHS** – National Health Service (*az Egyesült Királyság nemzeti egészségügyi szolgálata*)
- **OECD** – Organisation for Economic Co-operation and Development (*Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet*)
- **Out-of-pocket** – out-of-pocket payment (*közvetlen lakossági, zsebből történő egészségügyi kiadás*)
- **Szemaskó-modell** – Állami, központilag irányított egészségügyi ellátórendszer, a volt szocialista országok modellje
- **TB** – Társadalombiztosítás
- **UDA** – Units of Dental Activity (*fogászati ellátási egység az Egyesült Királyságban*)
- **WHO** – World Health Organization (*Egészségügyi Világszervezet*)

ÁBRÁK JEGYZÉKE

1. ábra: A Bismarck-modell SWOT szintű elemzése, az irodalmi adatok alapján. Saját szerkesztés.....	21
2. ábra: A Beveridge-modell SWOT szintű elemzése, az irodalmi adatok alapján. Saját szerkesztés.....	22
3. ábra: A posztszocialista országok Bismarck modell SWOT szintű elemzése, az irodalmi adatok alapján. Saját szerkesztés.	23
4. ábra: NHS rendszerben lévő térítési díjak mértéke 2025. áprilisától [57].	28
5. ábra: Az egészségügyi kiadások a GDP %-ban 2023-ban az EUROSTAT adatai szerint [64]. Egyesült Királyság adatai a brit statisztikai hivataltól származnak [64]. Benchmark országok pirossal, Közép-Kelet Európa országai sárgával, míg Magyarország világoskék színnel jelölve.	30
6. ábra: Regisztrált fogorvosok száma 100 000 lakosonként az EUROSTAT alapján, kiegészítve GDC (Egyesült-Királyság) és a Szlovák Orvosi Kamara (Szlovákia) adataival [53,67,68]. Benchmark országok pirossal, Közép-Kelet Európa országai sárgával, míg Magyarország világoskék színnel jelölve.....	31
7. ábra: Közfinanszírozott fogorvosi praxisok megoszlása Magyarországon 2025. decemberében [78].	37
8. ábra: A magyar alapellátó praxisok (házi- és fogorvosi) betöltetlensége megye szinten ábrázolva 2025. decemberi NEAK adatok alapján [78].	40
9. ábra: A betöltetlen fogorvosi praxisok számának alakulása 2017 és 2025 között. Forrás: az elmúlt évek során NEAK honlapjáról – folyamatos saját gyűjtés (2017-2025) [78].	42
10. ábra: Javaslatok a közfinanszírozott fogászati ellátás megújítására. Saját szerkesztés.....	51

ABSZTRAKT

Magyar nyelven

A szájüregi betegségek világszerte jelentős népegészségügyi terhet jelentenek, miközben a fogászati ellátás finanszírozása és hozzáférhetősége számos országban továbbra is korlátozott. **A dolgozat célja a közfinanszírozott fogászati ellátás helyzetének elemzése Magyarországon európai összehasonlításban, különös tekintettel a magyar rendszer strukturális sajátosságaira és működési problémáira, valamint annak meghatározására, hogy a nemzetközi tapasztalatok alapján milyen irányú változtatások járulhatnak hozzá a magyar rendszer hatékonyabb, igazságosabb és fenntarthatóbb működéséhez.**

A kutatás módszertana szakirodalmi áttekintésre, valamint leíró statisztikai elemzésre épül. A nemzetközi összehasonlítás során a fő európai egészségbiztosítási modellek fogászati vonatkozásai kerülnek bemutatásra, benchmarkként az Egyesült Királyság és Németország példájával, illetve a Közép-Kelet-Európai régió országainak elemzésével. A magyar helyzet vizsgálata során a NEAK nyilvános adatai alapján elemzésre kerül a praxisstruktúra, a betöltetlen fogorvosi körzetek száma, időtartama és területi eloszlása.

Az eredmények azt mutatják, hogy a közfinanszírozott fogászati ellátás Magyarországon többé-kevésbé elfogadható finanszírozási szinttel, de rossz elosztással, korlátozott szolgáltatási csomaggal és jelentős területi egyenlőtlenségekkel működik. A betöltetlen praxisok magas száma és hosszú fennállása strukturális problémákra utal, amelyek hosszú távon a hozzáférés romlásához és a prevenciós ellátások gyengüléséhez vezethetnek. A nemzetközi tapasztalatok alapján megállapítható, hogy önmagában a finanszírozás növelése nem elegendő; a szolgáltatási kosár újragondolása és célzott ösztönzők bevezetése szükséges a rendszer fenntartható fejlesztéséhez.

Abstract (in English)

Oral diseases represent a major public health burden worldwide, while the financing and accessibility of dental care remain limited in many health care systems. **The aim of this thesis is to analyse the current state of publicly funded dental care in Hungary within a European comparative framework**, with particular emphasis on the structural characteristics and operational challenges of the Hungarian system, and to identify, based on international experience, the directions of change that may contribute to a more efficient, equitable, and sustainable functioning of the system.

The study is based on a narrative literature review and descriptive statistical analysis. The international comparison examines the dental care implications of the main European health insurance models, using the United Kingdom and Germany as benchmark countries and analysing selected Central and Eastern European states. The assessment of the Hungarian system relies on publicly available data from the National Health Insurance Fund of Hungary, focusing on practice structures, the number and duration of vacant dental practices, and their regional distribution.

The results indicate that publicly funded dental care in Hungary operates with an acceptable overall level of funding, but is characterised by poor allocation, a limited benefit package, and significant regional inequalities. The high number and long-term persistence of vacant dental practices point to structural problems which, in the long run, may lead to a deterioration in access to care and a weakening of preventive services. International experience suggests that increasing funding alone is not sufficient; a reconsideration of the benefit package and the introduction of targeted financial incentives are necessary to ensure the sustainable development of the system.

1. BEVEZETÉS

A szájüregi megbetegedések – különösen a fogszuvasodás és a fogágybetegség – világszerte a leggyakoribb krónikus betegségek közé tartoznak, és jelentős hatással vannak az egyének életminőségére, munkaképességére, valamint a társadalmi jólétre [1]. A WHO Európai Régiójában a felnőtt lakosság több mint 50%-a érintett valamilyen szájüregi megbetegedésben, ami globálisan a legmagasabb prevalenciát jelenti [2]. Az Eurostat 2024-es adatai azt mutatják, hogy az Európai Unió 16 év feletti lakosságának több mint 6%-a számolt be arról, hogy nem tudott hozzáférni a szükséges fogászati ellátáshoz – elsősorban anyagi okok, hosszú várakozási idők vagy a szolgáltatók távolsága miatt [3].

A szájegészség szorosan összefügg az általános egészségi állapottal: befolyásolja a táplálkozást, a kommunikációt, az önértékelést és a szociális kapcsolatokat [4]. A rossz szájhigiénia nemcsak helyi panaszokat okoz, hanem szisztémás betegségek – például kardiovaszkuláris megbetegedések és cukorbetegség – kockázatát is növeli [5,6]. Ennek ellenére **a fogászati ellátás** az egészségügyi rendszerek egyik legkevésbé lefedett területe: **számos európai országban a szolgáltatások jelentős részét a pácienseknek saját zsebből kell finanszírozniuk** [7]. A szocioökonómiai státusz így az egyik legmeghatározóbb tényezővé vált a fogászati ellátáshoz való hozzáférésben, ami egészségügyi egyenlőtlenségekhez vezet mind országokon belül, mind országok között [8].

Az európai országok eltérő megoldásokat alkalmaznak a fogászati ellátás közfinanszírozására. Míg Romániában a fogászati kiadásoknak mindössze 7%-át fedezi az állam, addig Franciaországban és Németországban ez az arány meghaladja a 65%-ot [9]. Magyarországon a fogászati szolgáltatások ugyan részét képezik a kötelező egészségbiztosítási csomagnak, ugyanakkor a lakosság jelentős része a magánszektorra kénytelen támaszkodni, mivel a biztosított szolgáltatási csomag elérhetősége korlátozott [2]. Az OECD 2023-as *Country Health Profile* adatai szerint **Magyarországon az egészségügyi kiadások 25%-a zsebből történő fizetés (out-of-pocket)**, szemben az EU átlagos 15%-ával, amelyen belül a fogászati költségek aránya kiemelkedő: **a fogászati ellátások összköltségének döntő hányadát a páciensek közvetlenül fizetik** [10].

A magyar fogászati alapellátás jelentős kihívásokkal küzd. A közfinanszírozott fogászati praxisok száma 2018 és 2024 között stagnált (2603–2626 között mozgott), miközben a betöltetlen praxisok aránya 9,2–11,2% között ingadozott [11]. Különösen magas a betöltetlen vegyes (felnőtt és gyermek) praxisok aránya, amely 2024-ben elérte a 10,8%-ot [11]. A területi egyenlőtlenségek is jelentősek: míg a hátrányos helyzetű járásokban a betöltetlen praxisok aránya elérheti a 30–40%-ot, addig a fejlettebb térségekben ez mindössze 0–3% [12]. Ezeknek a számoknak az elemzésére saját kutatásomban is részletesen kitérek.

A 2021-es jogszabályi változások lehetővé tették a **fogászati célú praxisközösségek létrehozását Magyarországon**, amelyek célja az alapellátásban dolgozó fogorvosok közötti szakmai együttműködés erősítése, a prevenciós szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása és az ellátás minőségének emelése volt [11,13]. A legutóbbi tudományos áttekintés 2023 végi adatokkal dolgozott. E szerint 2023 végéig 74 fogászati praxisközösség alakult országszerte, amelyek az alapellátó praxisok 30%-át fedik le [11]. A praxisközösségi modell mellett bevezetésre került a **fogászati indikátor rendszer**, amely jelentős mértékben változtatta meg az alapellátó praxisok finanszírozását [13].

A fogászati ellátás szervezése és finanszírozása nemcsak egészségpolitikai, hanem etikai kérdéseket is felvet. A páciens autonómiája és a szakmai előnyök közötti egyensúly megtalálása központi dilemma a fogászati gyakorlatban [14]. A fogorvosok gyakran olyan helyzetekkel szembesülnek, amikor a páciens kérése (például esztétikai beavatkozás) nem egyezik az orvosi indikációval, ami jelentős etikai megfontolásokat igényel [14]. A *Central Practice Values*-elmélet szerint a fogászati döntéshozatalban hierarchikus értékrendszer érvényesül, amelyben a páciens élete és általános egészsége áll a legmagasabb szinten, ezt követi a szájüregi egészség, majd a páciens autonómiája [15]. A központi finanszírozású rendszerek célja a szakmailag indikált beavatkozások finanszírozása, figyelembe véve a páciens érdekét, de a kizárólag esztétikai célú beavatkozások nem képezhetik teljesen a kockázatalapú egészségbiztosítási rendszerek részét.

A COVID-19 világjárvány rávilágított a fogászati ellátórendszer sebezhetőségére is. A járvány alatt a fogászat a legmagasabb kockázatú szakterületek közé tartozott az aeroszolképző beavatkozások miatt [16]. Magyarországon 2020 márciusában kizárólag a sürgősségi ellátásra korlátozták a fogászati szolgáltatásokat, ami jelentős terhet rótt a közfinanszírozott szolgáltatókra [16]. A járványhelyzet ugyanakkor rámutatott a rendszerszintű reformok és a digitális megoldások (*teledentistry*) bevezetésének szükségességére, amelyet elsősorban triázsolásban és a távkonzultáció szintjén vezettek be [16].

1.1. A dolgozat felépítése

A dolgozat bevezetését követően ismertetem a szakdolgozatom célkitűzéseit (2. fejezet), majd részletes szakirodalmi áttekintést adok (3. fejezet). Ennek keretében először az általános egészség és a szájüregi egészség kapcsolatát mutatom be, ezt követően ismertetem a főbb egészségbiztosítási modelleket és azok fogászati vonatkozásait. A fejezet további részében az európai országok fogászati ellátórendszereinek összehasonlítását végzem el, majd bemutatom a magyar egészségügyi és fogászati ellátórendszert. A kutatás során alkalmazott módszereket a 4. fejezetben ismertetem, amelyet az Eredmények (5. fejezet) és a Megbeszélés (6. fejezet) fejezetei követnek. A dolgozatot a Következtetések és javaslatok (7. fejezet) fejezettel zárom.

2. CÉLKITŰZÉSEK

Szakdolgozatom átfogó célja a közfinanszírozott fogászati ellátás elemzése európai és magyarországi kontextusban, különös tekintettel a hozzáférés, a finanszírozás és az ellátás minőségének összefüggéseire. **A témaválasztást az indokolja, hogy a szájüregi megbetegedések az egyik leggyakoribb krónikus betegségcsoportot alkotják [17], amelyek jelentős hatással vannak az egyének életminőségére és az egészségügyi rendszerek terheire, ugyanakkor a fogászati ellátás finanszírozása és szervezése Európa-szerte rendkívül heterogén képet mutat [18].**

2.1. Konkrét célkitűzéseim

A dolgozat konkrét célkitűzéseit az alábbiak szerint határoztam meg:

1. **Az egészségbiztosítási modellek és fogászati vonatkozásaik rendszerezése a Közép-Kelet Európai országok fogászati ellátórendszereinek tükrében.**
Bemutatom a fő egészségbiztosítási modelleket (*Bismarck*, *Beveridge*, *Szemaskó*) valamint ezek gyakorlati megjelenését a régiókba. Összefoglalom a rendszerek működését, azonosítom a közfinanszírozás mértékének, a szolgáltatási kosár tartalmának és a hozzáférési mutatóknak az országok közötti különbségeit, illetve a rendszerek működéséből fakadó hiányosságokat.
2. **A magyar közfinanszírozott fogászati ellátórendszer helyzetének feltárása.**
Részletesen elemzem a praxisstruktúrát, a betöltetlen körzetek problémáját, a területi egyenlőtlenségeket, valamint a 2021 óta működő fogászati praxisközösségi modell eredményeit, az elérhető irodalmi források alapján.
3. **Javaslatok megfogalmazása a magyar közfinanszírozott fogászati ellátórendszer fejlesztésére és az irányváltoztatás meghatározására.** Az európai jó gyakorlatok és a feltárt problémák alapján konkrét javaslatokat fogalmazok meg a hozzáférés javítására, a prevenció erősítésére és a finanszírozási rendszer hatékonyabbá tételére.

2.2. A szakdolgozatom határai

A dolgozat az európai egészségügyi rendszerekre, azon belül is a közfinanszírozott fogászati alapellátásra fókuszál. A vizsgálat nem terjed ki az Európán kívüli országok fogászati rendszereinek részletes elemzésére, a fogászati szakellátás (pl. szájssebészet, fogszabályozás) önálló vizsgálatára, valamint a magánfogászati szektor működésének részletes elemzésére, kivéve ahol ez a közfinanszírozott ellátás értelmezéséhez szükséges. A dolgozat primer kutatást nem tartalmaz, kizárólag szekunder adatelemzésre és szakirodalmi áttekintésre épül, amely lehetővé teszi a magyar közfinanszírozott fogászati ellátás fejlesztési irányainak megalapozott értelmezését.

2.3. Kutatási kérdések

A fenti célkitűzésekből kiindulva a következő kutatási kérdésekre keresem a választ:

- 1. Milyen sajátosságok jellemzik az egyes európai egészségbiztosítási modellek fogászati ellátását a közép-kelet-európai országok gyakorlatában, különös tekintettel a közfinanszírozás mértékére, a szolgáltatási kosár tartalmára és a hozzáférési feltételekre?*
- 2. Milyen strukturális és működési problémák azonosíthatók a magyar közfinanszírozott fogászati ellátórendszerben, különös tekintettel a praxisstruktúrára, a betöltetlen körzetekre és a területi egyenlőtlenségekre?*
- 3. Milyen tanulságok vonhatók le a nemzetközi összehasonlítások és az európai jó gyakorlatok alapján, és ezek miként járulhatnak hozzá a magyar közfinanszírozott fogászati ellátás fejlesztési irányainak és irányváltásának meghatározásához?*

3. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

3.1. *Finanszírozási modellek és azok fogászati vonatkozásai*

Az elmúlt mintegy 150 évben négy alapvető egészségügyi finanszírozási modell alakult ki világszerte – a Bismarck-, Beveridge-, Szemaskó- és magánbiztosítási modell –, amelyek mindegyike megjelent Európában [19]. Ezek a modellek meghatározzák az egészségügyi ellátás – beleértve a fogászati szolgáltatásokat – finanszírozásának és hozzáféréseinek kereteit.

3.1.1. Társadalombiztosítási modell (Bismarck-modell)

A társadalombiztosítási modell, más néven Bismarck-modell, a világ első társadalombiztosítási rendszerén alapul, amelyet 1883-ban vezettek be Poroszországban [19]. A modell alapját a munkáltató és munkavállaló által közösen befizetett járulékok képezik, amelyeket betegségbiztosítási alapokban (*Krankenkassen*) gyűjtnek össze [20]. A rendszer a szolidaritás elvén alapul, célja a társadalom sérülékeny rétegei számára is biztosítani az egészségügyi ellátást [19]. Az egészségügyi szervezők és szolgáltatók szervezetileg függetlenek egymástól [21]. A jövedelemhatár alkalmazása alapján a modell két alcsoportra osztható.

3.1.1.1. *Társadalombiztosítási modell jövedelemhatárral*

Ez az altípus kizárólag Németországban működik. A modell lényege, hogy bizonyos feltételek – önfoglalkoztatói státusz, jövedelemhatár feletti kereset, közszolgálati alkalmazotti jogviszony – teljesülése esetén az állampolgárok kiléphetnek a kötelező rendszerből és magánbiztosítót választhatnak [22,23]. 2024-ben a lakosság mintegy 88%-a rendelkezett kötelező társadalombiztosítással, míg körülbelül 11% (8,74 millió fő) magánbiztosítással [24,25]. A kötelező biztosítási járulék jelenleg a bruttó jövedelem 14,6%-a, amelyet kiegészítő járulék egészít ki [26]. A biztosítók kötelesek jogszabályban meghatározott minimális ellátási csomagot nyújtani, de versenyeznek az ellátás hozzáférhetősége és a többletszolgáltatások terén [24].

Fogászati ellátás szempontjából a kötelező társadalombiztosítás (GKV) csak az alapvető, orvosilag szükséges ellátást fedezi standard anyagokkal [27]. A fogpótlásoknál a biztosító a legolcsóbb kezelés költségének 60%-át téríti, amely

rendszeres szűrővizsgálatokkal igazolt bónuszkönyvvel 75%-ra emelhető [27]. A 18 év alattiak számára a megelőző kezelések és barázdázás is térítésmentes [27]. Magasabb minőségű anyagokért, implantátumokért és felnőttkori fogszabályozásért önrészt kell fizetni, ezért sokan kiegészítő fogászati biztosítást kötnek [28].

3.1.1.2. Társadalombiztosítási modell jövedelemhatár nélkül

Az előző alcsoportra vonatkozó információk nagy része itt is érvényes, azzal a különbséggel, hogy a biztosításból való kilépés nem lehetséges – a tagság kötelező [20]. Ezt az altípust alkalmazza Európa legtöbb országa, többek között Belgium, Csehország, Észtország, Franciaország, Magyarország, Litvánia, Luxemburg, Lengyelország, Románia és Szlovénia [20,23].

Fogászati ellátás tekintetében a szolgáltatások meghatározott körét teljes egészében vagy részben finanszírozza a biztosító, a finanszírozás történhet visszatérítéssel, részleges térítéssel, vagy közvetlenül a fogorvosnak fizetett díjazással [20]. A Bismarck-modell fogászati ellátás szempontjából releváns erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és kockázatait az 1. ábra (21. old.) foglalja össze.

3.1.2. Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (Beveridge-modell)

A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS) modellje, más néven Beveridge-modell, az Egyesült Királyságban 1948-ban bevezetett rendszeren alapul [19,29]. A modell alapvető jellemzője, hogy az egészségügyi ellátást általános adóbevételekből finanszírozzák, és az minden lakos számára elérhető, jövedelemtől vagy munkaviszony státusztól függetlenül [29]. A rendszer túlnyomórészt állami tulajdonú intézményekre épül, ahol az egészségügyi szervező és a szolgáltatók részben vagy teljesen azonos tulajdonban vannak [30]. Az egészségügyi ellátás általában ingyenesen hozzáférhető, kiegészítő díjakat csak bizonyos területeken – fogászat, szemészet, gyógyszerelési szolgáltatások – kérnek [29].

Az univerzális NHS minden lakost lefed, az ellátáshoz való hozzáférésnek egyetlen feltétele az állampolgárság vagy regisztrált lakóhely az adott országban [33]. A rendszer egységes ellátási csomagokat biztosít, nincs szükség jövedelemvizsgálatra vagy korábbi hozzájárulási előzményre [20,31]. Európában az adóalapú, univerzális

Beveridge-típusú modellt alkalmazza többek között Ciprus, Dánia, Finnország, Írország, Olaszország, Lettország, Málta, Portugália, Spanyolország, Svédország és az Egyesült Királyság, bár az ellátás szervezése egyes országokban decentralizált, önkormányzati szinten valósul meg [29].

Fogászati ellátás tekintetében az univerzális NHS-modellt alkalmazó országokban az államilag finanszírozott rendszer biztosítja az alapvető fogászati szolgáltatásokhoz való hozzáférést, ugyanakkor a szolgáltatási kosár tartalma, az önrész mértéke és a jogosultsági feltételek országonként eltérhetnek [20]. Az ellátás általában ingyenes a 18 év alattiak és más speciális csoportok számára, de a rendszert korlátozza a rendelkezésre álló fogorvosok száma, így különösen vidéki területeken az ellátáshoz való hozzáférés korlátozott lehet [20]. A Beveridge-modell sajátosságainak és strukturális következményeinek összefoglalását a fogászati ellátás szempontjából a 2. ábra (22. old.) szemlélteti.

3.1.3. Szemaskó-modell

A Szemaskó-modell, más néven szovjet típusú egészségügyi rendszer, Nyikolaj Szemaskóról, a Szovjetunió első egészségügyi miniszteréről kapta a nevét, aki az 1920-as években alakította ki [32]. A modellt az egész Szovjetunióban bevezették, majd a teljes keleti blokkra kiterjesztették, beleértve Bulgáriát, **Magyarországot**, Lengyelországot, Csehszlovákiát, Romániát és a balti államokat [33]. A rendszer erősen centralizált irányításra épült, az ellátás mindenki számára ingyenesen hozzáférhető volt, finanszírozása az állami központi költségvetésből történt [32,33].

A rendszer fő hiányossága az volt, hogy az alapellátás helyett a szakellátást részesítette előnyben, a betegeket inkább akut állapotokban kezelték, mint a megelőzésre fókuszáltak volna [33]. Az állami költségkontroll alulfinanszírozott, túlspecializált kórházhálózatot eredményezett, az egyenlő hozzáférés ideáját pedig a területi egyenlőtlenségek miatt soha nem sikerült maradéktalanul megvalósítani [33].

Fogászati ellátás tekintetében általánosan ismert, hogy a fogászati ellátás ingyenes volt, a pácienseknek csak a fogpótlásokért – beleértve a koronákat és hidakat – kellett fizetniük [34]. Ez azonban nem volt mindig így: a Fogorvosi Szemle szakfolyóiratban

például megtalálható, hogy Magyarországon a nehéziparban dolgozók számára, akiknek 8 vagy több foguk hiányzott, a kivethető fogpótlás szintén ingyenes volt [35].

A Szemaskó-modellt ma már elavultnak tekintik. Az összes korábbi alkalmazó ország már áttért más rendszerre, vagy jelentős módosításokkal alkalmazza, és tervezi a teljes váltást – beleértve Oroszországot magát is [33,36–38].

3.1.4. Magánbiztosítási modell

A magánbiztosítási modell lényege, hogy nem létezik központi biztosító: az egészségügyi ellátást túlnyomórészt magánúton – munkáltatói vagy egyéni finanszírozással – biztosítják [19]. A szolgáltatásokat jellemzően magántulajdonú, profitorientált vállalatok működtetik [19]. Az egyetlen szociális kivételt az Egyesült Államokban a Medicare és Medicaid programok jelentik [39]. A modellt teljes egészében az Egyesült Államok és Szingapúr alkalmazza, részlegesen és szabályozott szinten pedig Svájc [19,39].

Fogászati ellátás szempontjából a fogorvosok túlnyomó többsége a magánszektorban dolgozik. Az Egyesült Államokban léteznek közfogászati rendelők és karitatív fogászati központok, valamint fogászati főiskolákon is részesülhetnek a páciensek kedvezményes ellátásban [39,40]. A szektor ebben a modellben alapvetően magánjellegű és igen költséges.

3.1.5. Vegyes rendszerek

Napjainkban a fent felsorolt négy fő modell közül három még létezik, azonban a rendszerek jellemzően kevert formában működnek. Általában egy modell határozza meg az egészségügyi rendszer alapját, miközben magánbiztosítók is jelen vannak, amelyek kiegészítő és extra fedezetet nyújtanak az alap-egészségügyi ellátás mellett. Jó példa erre Németország, ahol a rendszer a Bismarck-modell és a magánbiztosítási modell keveréke, a jövedelemhatár alkalmazásával [22]. A vegyes rendszerek előnye, hogy ötvözik az egyes modellek erősségeit: az állami finanszírozás biztosítja az alapellátáshoz való univerzális hozzáférést, míg a magánszektor lehetővé teszi a gyorsabb ellátást és a szélesebb körű szolgáltatásokat azok számára, akik hajlandók ezért fizetni. **A fogászati ellátás szinte minden modellben kivételként kezelt terület.**

3.2. *A magyar egészségügyi rendszer*

A magyar egészségügyi rendszer jól példázza a szovjet típusú Szemaskó-modellről a Bismarck-típusú társadalombiztosítási rendszerre történő átmenetet. A szocialista időszakban Magyarországon egy teljes mértékben centralizált, adóalapú finanszírozásra épülő egészségügyi rendszer működött, amely elsősorban a szakellátásra és a fekvőbeteg-ellátásra helyezte a hangsúlyt [41]. Az egészségügyi intézmények – beleértve az alapellátást is – állami tulajdonban és központi irányítás alatt álltak, a szolgáltatások szervezése hierarchikus struktúrában valósult meg [41]. A posztoszocialista országokban kialakult, módosult Bismarck-típusú rendszerek közös strukturális jellemzőit és problémáit a 3. ábra (23. old.) mutatja be SWOT-elemzés formájában.

3.2.1. A rendszer szerkezeti átalakulása

A politikai rendszerváltást követően, 1989-től kezdődően a magyar egészségügyi rendszer alapvető szerkezeti átalakuláson ment keresztül. **Bevezetésre került a Bismarck-típusú társadalombiztosítási modell**, amelyben az egészségügyi ellátás finanszírozásának alapját a járulékbefizetések képezték. Az egészségügyi források kezelésére létrejött az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP), amely kezdetben viszonylag széles körű autonómiával rendelkezett az egészségbiztosítási önkormányzatnak köszönhetően, 1998-ig [41].

A kórházi ellátórendszerben decentralizáció zajlott le: az intézmények tulajdonjoga és fenntartása a helyi önkormányzatokhoz került. Az alapellátás területén szintén jelentős változások történtek: a háziorvosok és a fogorvosok számára lehetővé vált praxisuk privatizációja, miközben szerződéses kapcsolatban maradtak az önkormányzatokkal és az egészségbiztosítási finanszírozóval [41]. Az egészségbiztosítási alap autonómiája azonban az 1990-es évek közepétől fokozatosan csökkent, majd a 2000-es évek elejére az irányítás ismét erőteljesen központosodott. A stratégiai döntéshozatal, a szabályozás és a finanszírozási keretek meghatározása egyre inkább központi kormányzati hatáskörbe került [41,42].

3.2.2. A közelmúltban bekövetkezett változások

A 2010-es évekre a magyar egészségügyi rendszer irányítása és finanszírozása nagyrészt központosítottá vált. Az önálló Egészségügyi Minisztérium megszűnt, az

egészségügy kormányzati irányítása egy szélesebb, erősen centralizált minisztériumi struktúrán belül kapott helyet [41]. Ezzel párhuzamosan az Országos Egészségbiztosítási Pénztár hatásköreit szűkítették, majd az intézmény **Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelővé (NEAK)** alakult át, miközben a kórházak fenntartása ismét központi állami kézbe került [41,42].

A 2020-ban megjelenő COVID–19 világjárvány tovább erősítette a rendszer centralizált működését, és rávilágított az egészségügyi ellátórendszer – ezen belül az alapellátás és a fogászati ellátás – sérülékenységére is. A nem sürgősségi ellátások ideiglenes felfüggesztése jelentős alkalmazkodási kényszert rótt az ellátórendszer szereplőire [16].

A közelmúlt reformtörekvései között megjelent az alapellátás szervezeti megújításának igénye, amelynek egyik eleme a praxisközösségi modell bevezetése volt, amelyet kiterjesztettek a fogászatokra is [11,13,43]. E kezdeményezések célja a házi orvosok és az alapellátó orvosok béremelésének rendezése volt. További célok között szerepelt a hatékonyságának javítása és a prevenció és a koordinált betegellátás erősítése [11]. A praxisközösségi modell jelentősége elsősorban strukturális és szervezési szempontból értelmezhető, részletes értékelésére a dolgozat későbbi fejezetei térnek ki.

3.3. Magyarország népegészségügyi helyzete és az ellátórendszer fő mutatói

Magyarország népegészségügyi mutatói az elmúlt két évtizedben összességében javuló tendenciát mutatnak, ugyanakkor továbbra is jelentősen elmaradnak az Európai Unió átlagától. A születéskor várható élettartam 2000 és 2019 között megközelítőleg négy évvel emelkedett, azonban 2019-ben még mindig mintegy 4–5 évvel alacsonyabb volt az EU-27 és az OECD átlagánál [44].

A COVID–19 világjárvány 2020–2021-ben átmeneti visszaesést okozott a várható élettartamban Európa-szerte, azonban Magyarország kedvezőtlen pozíciója már a pandémiát megelőző időszakban is fennállt, ami hosszú távú strukturális különbségekre utal [9,45]. Az egészségi egyenlőtlenségek jelentősek: a 30 éves korban várható élettartam az iskolai végzettség szerint erősen differenciált, különösen a férfiak esetében.

Az elkerülhető halálozás mutatója Magyarországon továbbra is kiemelkedően magas. Az OECD és az Eurostat adatai alapján az elkerülhető halálozás aránya közel kétszerese az Európai Unió átlagának, ami a prevenció és az alapellátás hatékonyságának strukturális hiányosságaira utal. Az önértékelt egészségi állapot szintén kedvezőtlen: a lakosság mintegy 10%-a sorolja egészségi állapotát rossznak vagy nagyon rossznak [46].

Az egészségügyi ellátórendszer strukturális mutatói az elmúlt években részben közeledtek az európai átlaghoz, ugyanakkor továbbra is jelentős sajátosságokat mutatnak. Az orvoslétszám 2010 és 2020 között növekedett, ennek ellenére Magyarország az egy főre jutó egészségügyi humán erőforrás tekintetében az Európai Unió alsó harmadába tartozik [44,46]. A fekvőbeteg-ellátás kapacitásai az elmúlt másfél évtizedben jelentősen csökkentek, ugyanakkor Magyarország továbbra is az uniós átlag feletti aktív kórházi ágyszámmal rendelkezik [47].

A kedvezőtlen népegészségügyi mutatók mögött meghatározó szerepet játszanak a viselkedési kockázati tényezők és a megelőzés alacsony prioritása [46]. A halálozások jelentős része olyan betegségekhez köthető, amelyek kialakulása összefügg a dohányzással, a túlzott alkoholfogyasztással, az egészségtelen táplálkozással és a mozgáshiánnyal [45,46]. A prevenció és az egészségfejlesztés alulfinanszírozottsága tartósan hozzájárul az elkerülhető és kezelhető halálozás magas szintjéhez.

A fenti népegészségügyi és ellátórendszeri sajátosságok nem csupán az egészségügyi rendszer egészét érintik, hanem annak egyes alrendszereiben – különösen a fogászati alapellátás területén – fokozottan és koncentrált formában jelennek meg. A fogászati ellátás szervezése, finanszírozása és hozzáférhetősége mind európai, mind hazai szinten jelentősen eltér az egészségügyi ellátórendszer más szegmenseitől, ami a társadalmi egyenlőtlenségek, a területi különbségek és a prevenciós hiányosságok fokozott megjelenéséhez vezet.

A szájüregi egészség sajátos helyet foglal el az egészségügyi ellátórendszeren belül: miközben a szájüregi megbetegedések a leggyakoribb krónikus betegségek közé tartoznak (pl. szájüregi rák), a fogászati ellátás számos országban – így

Magyarországon is – részlegesen vagy korlátozottan integrálódik a közfinanszírozott egészségügyi rendszerbe. Ez indokoltá teszi a fogászati ellátás önálló, részletes vizsgálatát, különös tekintettel annak finanszírozási, szervezési és hozzáférési sajátosságaira.

3.4. Fogászati ellátás

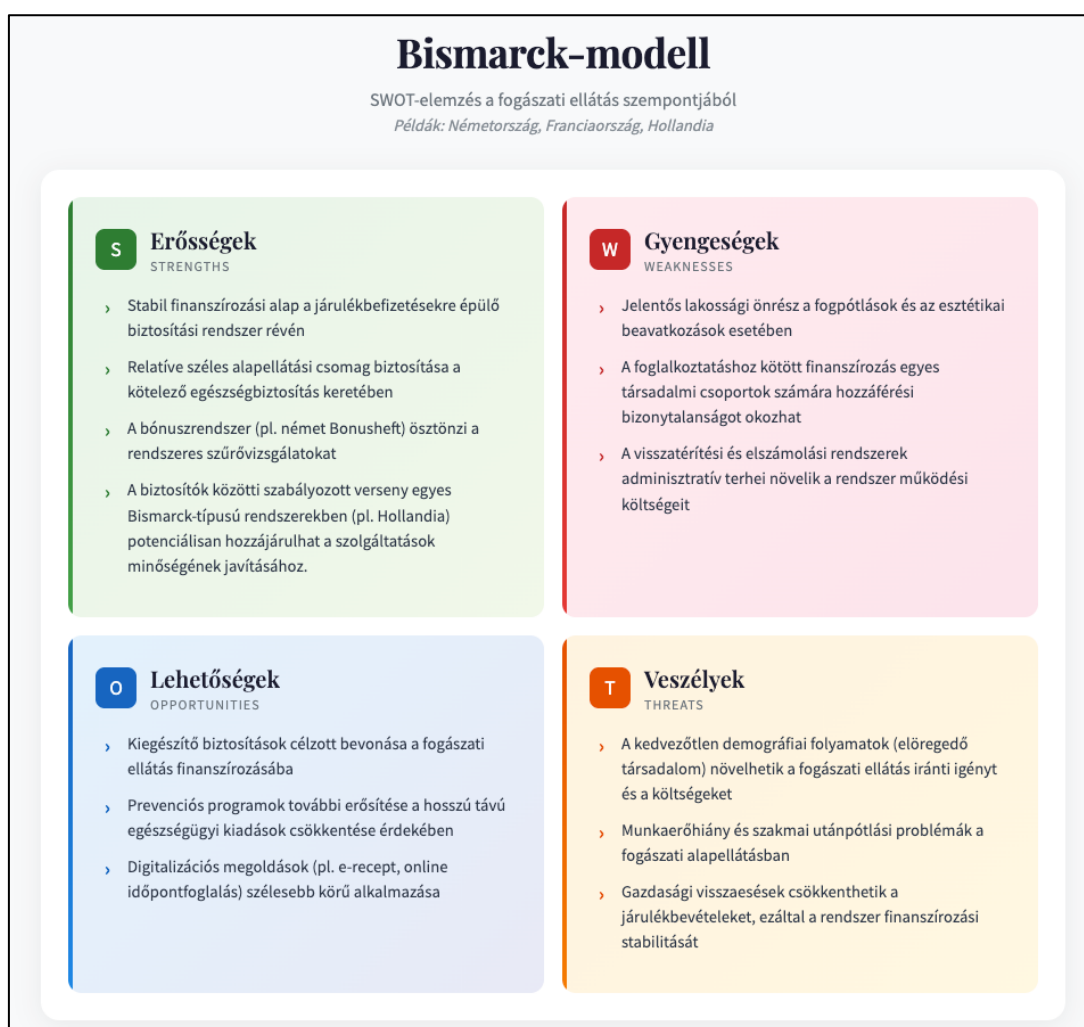
A szájüregi megbetegedések világszerte az egyik legnagyobb népegészségügyi terhet jelentik. A WHO és a Global Burden of Disease vizsgálatok szerint a szájüregi betegségek – különösen a kezeletlen fogszuvasodás és a parodontális betegségek – több mint 3,5 milliárd embert érintenek világszerte, ezzel a leggyakoribb krónikus betegségek közé tartoznak [48,49]. Európában a felnőtt lakosság túlnyomó többsége élete során legalább egyszer szenved valamilyen fogászati megbetegedéstől, amely jelentős hatással van az életminőségre, a munkaképességre és az egészségügyi kiadások alakulására [17].

Az európai országok között jelentős eltérések figyelhetők meg a fogászati ellátás finanszírozásában. Az OECD adatai szerint a fogászati ellátás aránya az összes egészségügyi kiadáson belül átlagosan 5–7%, azonban a közfinanszírozás mértéke rendkívül heterogén: több közép- és kelet-európai országban a lakosság jelentős közvetlen térítési költségekkel szembesül [48,50]. Az Eurostat EU-SILC adatfelvétele alapján az EU 16 év feletti lakosságának több mint 6%-a számolt be kielégítetlen fogászati ellátási szükségletéről, elsősorban anyagi okok, várakozási idők vagy földrajzi hozzáférési problémák miatt [3]. A jelenség különösen a kedvezőtlenebb társadalmi-gazdasági helyzetű csoportok körében koncentrálódik.

Magyarországon a fogászati ellátás e nemzetközi tendenciákon belül sajátos képet mutat. Bár a fogorvosok száma nemzetközi összehasonlításban viszonylag magas, a közfinanszírozott fogászati alapellátás finanszírozási szintje alacsony, és az ellátás jelentős része a magánszektorban valósul meg [48,50,51]. A köz- és magánfinanszírozás kettőssége meghatározó módon befolyásolja a szolgáltatások hozzáférhetőségét és a lakossági igénybevételt.

3.5. Összefoglaló SWOT-elemzés a fogászati ellátás szempontjából

A különböző európai egészségbiztosítási modellek fogászati ellátásra gyakorolt hatásai nem kizárólag az egyes rendszerek formális jellemzőiben, hanem azok gyakorlati működésében, ösztönzési mechanizmusában és hozzáférési feltételeiben ragadhatók meg. Az előző alfejezetekben bemutatott elméleti modellek és nemzetközi példák alapján indokolt a rendszerszintű sajátosságok összefoglaló, strukturált értelmezése.



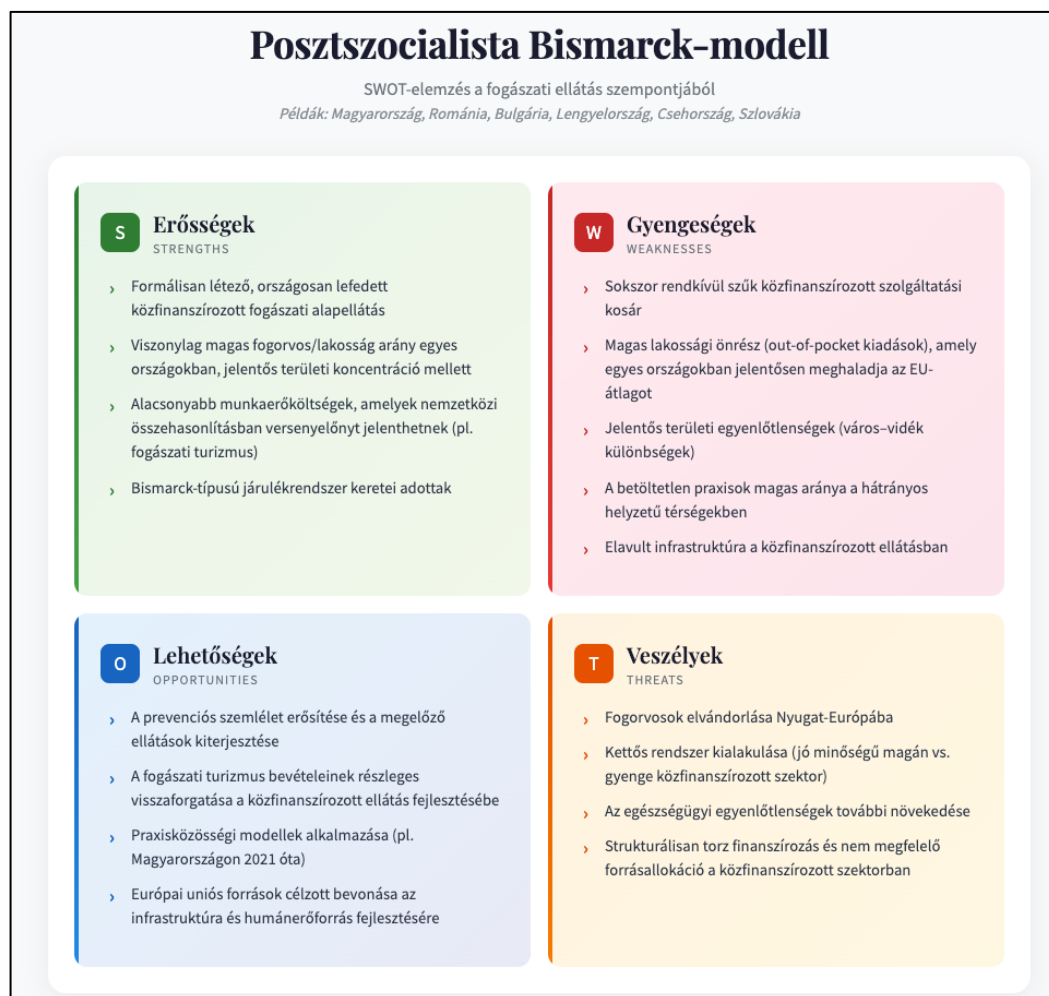
1. ábra: A Bismarck-modell SWOT szintű elemzése, az irodalmi adatok alapján. Saját szerkesztés.

Ennek érdekében a 3 ábrán (lásd: 1. ábra, 2. ábra, 3. ábra) SWOT-elemzés formájában mutatom be a Beveridge-modell, a klasszikus Bismarck-modell, valamint a posztszocialista Bismarck-típusú rendszerek fogászati ellátás szempontjából releváns erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és veszélyeit. Az ábrák célja nem az egyes modellek rangsorolása vagy értékítélet megfogalmazása, hanem azok strukturális adottságainak és korlátainak áttekinthető bemutatása.



2. ábra: A Beveridge-modell SWOT szintű elemzése, az irodalmi adatok alapján. Saját szerkesztés.

A SWOT-elemzések szintetizáló jellegük révén átmenetet képeznek az elméleti modellek bemutatása és a magyar közfinanszírozott fogászati ellátórendszer részletes elemzése között, és megalapozzák a dolgozat későbbi fejezeteiben megfogalmazott fejlesztési irányokat és javaslatokat.



3. ábra: A posztoszocialista országok Bismarck modell SWOT szintű elemzése, az irodalmi adatok alapján. Saját szerkesztés.

4. ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

A szakdolgozatom céljának megfelelően a kutatás szekunder adatelemzésen alapuló, összehasonlító módszertant alkalmaz. Az elemzés középpontjában a közfinanszírozott fogászati ellátás szerkezeti és finanszírozási jellemzőinek vizsgálata áll európai összehasonlításban, különös tekintettel a közép-kelet-európai régió közötti különbségekre. E mellett elemzem a Magyarországi közfinanszírozott ellátórendszer jellegzetességeit és feltárom a látható hiányosságokat

4.1. *Kutatási terv*

A kutatás leíró és összehasonlító (deskriptív–komparatív) módszertant alkalmaz, primer adatgyűjtés nélkül. Az elemzés nyilvánosan hozzáférhető nemzetközi és nemzeti statisztikai adatbázisokra épül, lehetővé téve az eltérő egészségbiztosítási modellek és finanszírozási struktúrák rendszerszintű összehasonlítását. A vizsgálat nem oksági összefüggések feltárására, hanem strukturális mintázatok azonosítására és az országok közötti összehasonlíthatóság biztosítására törekszik. Magyarország esetében a szakirodalom mellett a NEAK legfrissebb, nyilvánosan elérhető adatai szolgálnak az elemzés alapjául.

4.2. *Vizsgált országok kiválasztása*

Az elemzés két országcsoportot különít el:

- Benchmark országok: Egyesült Királyság, Németország. A kiválasztás indoka, hogy ezek az országok eltérő egészségbiztosítási modelleket (*Beveridge*- és *Bismarck*-típusú rendszert) képviselnek, ugyanakkor fejlett, hosszú ideje működő közfinanszírozott fogászati ellátórendszerrel rendelkeznek.
- Közép-kelet-európai országok: Ausztria, Bulgária, Csehország, Lengyelország, **Magyarország**, Szlovákia, Románia

A kiválasztás célja a régióon belüli strukturális hasonlóságok és eltérések feltárása, különös tekintettel a finanszírozási szintre, a hozzáférésre és a humán erőforrás-ellátottságra. Ez a csoportosítás lehetővé teszi a fejlett és a felzárkózó egészségügyi rendszerek közötti különbségek értelmezését.

4.3. *Adatforrások*

Az elemzés során az alábbi hiteles, nemzetközileg elfogadott adatforrásokat használtam fel:

- **OECD Health Statistics** – egészségügyi és fogászati finanszírozási adatok, zsebből történő kiadások aránya
- **Eurostat, KSH** – demográfiai adatok, fogorvosi létszám, népességarányos mutatók
- **WHO Global Health Observatory** – szájüregi egészségi állapotra és ellátórendszerekre vonatkozó indikátorok
- **Nemzeti egészségbiztosítók (NEAK, NHS) és statisztikai hivatalok** – ország-specifikus fogászati finanszírozási és ellátási adatok. Magyarországról a NEAK által biztosított nyilvánosan elérhető adatok.
- **Szakirodalmi források** – peer-reviewed tanulmányok, egészségpolitikai jelentések, szakcikkek

Az adatok időbeli lefedettsége jellemzően a 2015–2023 közötti időszakra terjed ki, a legfrissebb elérhető adatok felhasználásával. Magyarországról a legfrissebb, 2025. decemberi adatok is felhasználásra kerültek a betöltetlen praxisok elemzése során.

4.4. *Vizsgált mutatók és indikátorok*

4.4.1. Országok összehasonlító vizsgálata

Az összehasonlító elemzés az alábbi fő indikátorcsoportokra épült:

- **Humán erőforrás-mutatók:** a fogorvosok létszáma és számuk 100 000 főre vetítve, illetve vizsgáltam az esetleges területi eloszlás és egyenlőtlenségeket.
- **Finanszírozási mutatók:** összegeztem a közfinanszírozott fogászati kiadások arányát, a zsebből történő (*out-of-pocket*) kiadások részesedését, illetőleg a fogászati ellátás helye az egészségügyi költségvetésen belül.
- **Hozzáférési mutatók:** összesítettem a jogosultsági kör és szolgáltatási csomagok terjedelmét, a térítési díjak és önrészek arányát, illetve az ellátáshoz való tényleges hozzáférés strukturális akadályait.

- **Prevenációs elemek:** vizsgáltam a gyermek- és felnőttkori preventív szolgáltatások közfinanszírozását, illetve a rendszeres szűrések és ösztönzők esetleges meglétét.

4.4.2. Betöltetlen praxisok elemzése

A betöltetlen praxisok elemzése során vizsgáltam, hogy a betöltetlen praxisok milyen arányban és milyen eloszlással vannak jelen Magyarországon. Összehasonlítottam a betöltetlenségi mutatókat a háziorvosok és az alapellátó fogorvosok között. Bemutattam az általam gyűjtött adatok során a betöltetlenség időbeli alakulását.

4.5. Elemzési módszerek

Az adatok feldolgozása során: leíró statisztikai elemzés történt (arányok, mutatók, országokénti összevetés), strukturált országprofilok kerültek kialakításra, illetve összegző és összehasonlító táblázat készült a fő különbségek szemléltetésére.

A betöltetlenségi adatokat a NEAK által nyilvánosan közreadott adatokból Microsoft Excel és Python (`pandas`, `matplotlib`) használatával nyertem. A betöltetlenségi idők számítása egységes módszertannal, a 2025. decemberi állapotot rögzítő hivatalos nyilvántartások alapján történt. A betöltetlenség hossza a betöltetlenség kezdő időpontjától számított naptári napok mediánjaként került meghatározásra; az „5+ éve betöltetlen” kategória ≥ 1825 napos betöltetlenséget jelent. A megye szintű grafikai ábrázolás Python (`geopandas`) csomag és nyilvános megyetérkép GADM felhasználásával készült [52].

A módszertan nem tartalmaz inferenciális statisztikai eljárásokat; az elemzés célja nem hipotézisvizsgálat, hanem rendszerszintű összehasonlítás és értelmezés, amely Magyarországra vonatkozóan ad következtetéseket.

4.6. A módszertan korlátai

A kutatás korlátai közé tartozik, hogy: az országok közötti adatok módszertani eltérései korlátozzák a teljes körű összehasonlíthatóságot, továbbá az egyes indikátorok esetében az adatok eltérő évekből származnak, illetve a vizsgálatom nem terjed ki a szolgáltatások minőségi kimeneteleinek közvetlen mérésére.

E korlátok ellenére az alkalmazott módszertan alkalmas a fő strukturális különbségek feltárására és a dolgozat célkitűzéseinek teljesítésére.

4.7. Módszertani összegzés

Az alkalmazott módszerek biztosítják az elemzés átláthatóságát, reprodukálhatóságát és szakdolgozati szintű megalapozottságát, valamint megfelelő keretet adnak az eredmények értelmezéséhez és a következtetések levonásához.

5. EREDMÉNYEK

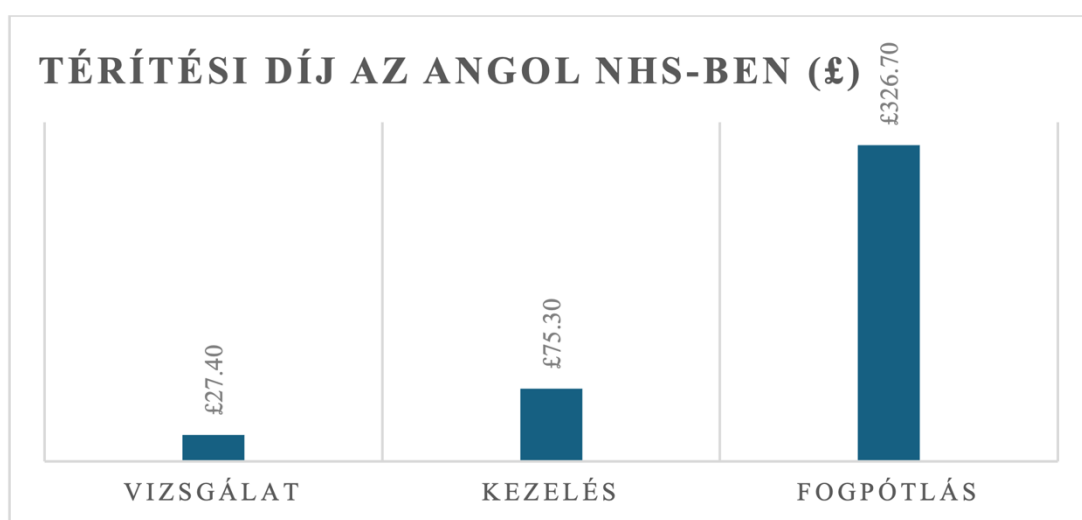
5.1. Finanszírozási rendszerek összehasonlítása

5.1.1. Benchmark országok

5.1.1.1. Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyságban a *General Dental Council* nyilvántartása szerint 2025 januárjában 45 580 fogorvos rendelkezett aktív regisztrációval (100 ezer főre vetítve 67 fő) [53]. Ezzel szemben Angliában a 2024/25-ös évben mindössze 24 543 fogorvos végzett bármilyen NHS-finanszírozott tevékenységet (100 ezer főre vetítve ez 42 főt jelent), ami jelentős eltérést jelez a regisztrált és a tényleges közfinanszírozott kapacitás között [54]. A hozzáférést és a kapacitást területi egyenlőtlenségek is jellemzik, amelyet az angol „*dental deserts*” kifejezéssel szoktak jellemezni a fogorvoshiányos területekre [55]. Így például Kelet-Anglia és Délnyugat-Angliában jóval rosszabb az ellátottság, mint London területén [55].

Az Egyesült Királyság egészségügyi rendszere a **Beveridge-modell klasszikus példája**: az ellátás döntően adóbevételekből finanszírozott, és az NHS 1948 óta az univerzális hozzáférés elvére épül, ugyanakkor a fogászati ellátás az NHS-en belül sem teljeskörűen térítésmentes [56]. Angliában a fogászati ellátás háromszintű sávos díjrendszerben (*Band system*) működik (az aktuális díjakat lásd: 4. ábra).



4. ábra: NHS rendszerben lévő térítési díjak mértéke 2025. áprilisától [57].

2025. áprilisától a díjak így alakulnak: Band 1 (sürgősség és vizsgálat) = £ 27,40; Band 2 (kezelések) = £ 75,30; Band 3 (fogpótlások készítése) = £ 326,70 [57]. A sávos

rendszer alól vannak kivételek, így a 18 év alattiak, a 19 év alatti nappali tagozatos tanulók, a várandós nők és azok, akik az elmúlt 12 hónapban szültek, valamint az alacsony jövedelmű támogatásban részesülők ingyenes NHS fogászati ellátásra jogosultak a sürgősségi ellátások mellett [57].

A finanszírozási szerkezetben 2023/24-ben az NHS England hozzájárulása kb. 74%, míg a betegterhek (díjbevételek) kb. 26% volt az összes NHS-fogászati kiadáson belül [58]. A rendszer központi eleme a 2006-ban bevezetett UDA (*Unit of Dental Activity*) szerződéses mechanizmus; a Band 1 = 1 UDA, a Band 2 = 3 UDA, a Band 3 = 12 UDA [54]. A szakmai érdekképviselői értékelések szerint az UDA ellenére is számos NHS-kezelés veszteséges; a BDA (*British Dental Association*) becslései veszteséget mutatnak több ellátástípusnál, és a magánbevételekből történő keresztf finanszírozás nagyságrendjét is kiemelik [59].

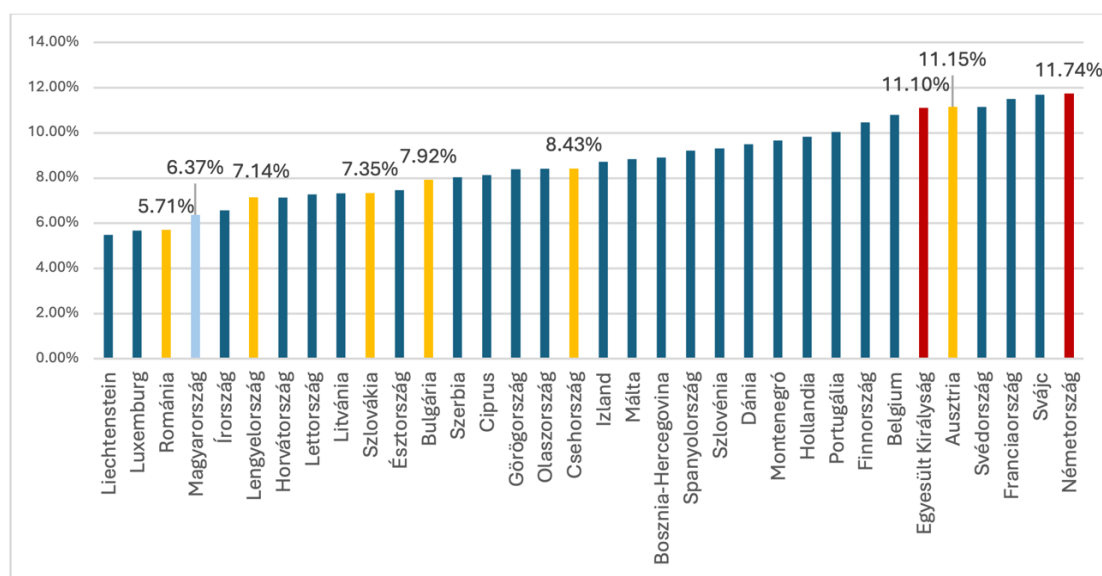
Az NHS-fogászati hozzáférés romlását jelzi, hogy 2024 júniusában a felnőttek 40,3%-a vett igénybe NHS-fogászati ellátást az előző két évben (jelentősen csökkent 2019 júniusához képest, amikor ez 50,9% volt), a gyermekeknél pedig 56,1% járt fogorvosnál az előző egy évben (2019: 57,9%) [54]. A BDA a *GP Patient Survey 2024* adatai alapján 13 millió felnőttre (kb. a lakosság 28%-a) becsülte a kielégítetlen NHS-fogászati igényt Angliában [60]. Az Egyesült Királyságban 2025-ös becsült adatok alapján 69%-ot tett ki a privát finanszírozás, míg 31%-ot az állami NHS által biztosított térítés [61].

A rendszer mind finanszírozás béli, mind kapacitás hiányokkal küzd, ugyanakkor a gyermekfogszuvasodás magas aránya és a megelőzhető kórházi felvételek száma arra utal, hogy a brit rendszer – a magyarhoz hasonlóan – nem helyez elegendő hangsúlyt a prevencióra.

5.1.1.2. Németország

Németország Európa egyik legnagyobb fogorvos létszámával rendelkezik; 2022-ben több mint 71 000 praktizáló fogorvos dolgozott, és a fogorvossűrűség 85,7/100 000 lakos volt az elérhető források szerint [49,51]. Az ellátottság európai összevetésben is magas, és regionálisan kiegyensúlyozottabb eloszlást mutat, mint a régió más országai Közép-Kelet Európát tekintve, ugyanakkor a régiós központokba így is koncentráltabb a fogorvosok jelenléte [22].

A német rendszer a **klasszikus Bismarck-modell szerint működik**; a kötelező társadalombiztosítás a GKV (*Gesetzliche Krankenversicherung*) univerzális lefedettséget biztosít a társadalom döntő többségének: a lakosság 86%-a kötelező betegségbiztosítási pénztár tagja, amely jogszabályban meghatározott standard fogászati ellátási csomagot térít a biztosítóval szerződött fogorvosok által nyújtott szolgáltatásokért [22,62]. A közfinanszírozott csomag kiterjed a prevencióra, az alapellátásra, a konzerváló kezelésekre és standard protetikai megoldásokra; a protetikában fix támogatás és bónuszmechanizmus érvényesül [63]. 2023-ban a magánfinanszírozási sémák a fogorvosi praxisok bevételeinek 45%-át fedezték, míg a közfinanszírozás 55%-ot tett ki [63]. A GKV-biztosítottak mintegy egyötöde rendelkezik kiegészítő magán fogászati biztosítással [63]. A protetikai ellátás esetében normatív támogatás és előre meghatározott önrész érvényesül, ami kiszámítható betegterheket eredményez. A köz- és magánfinanszírozás nem egymást kizáró, hanem komplementer módon működik Németországban [63].

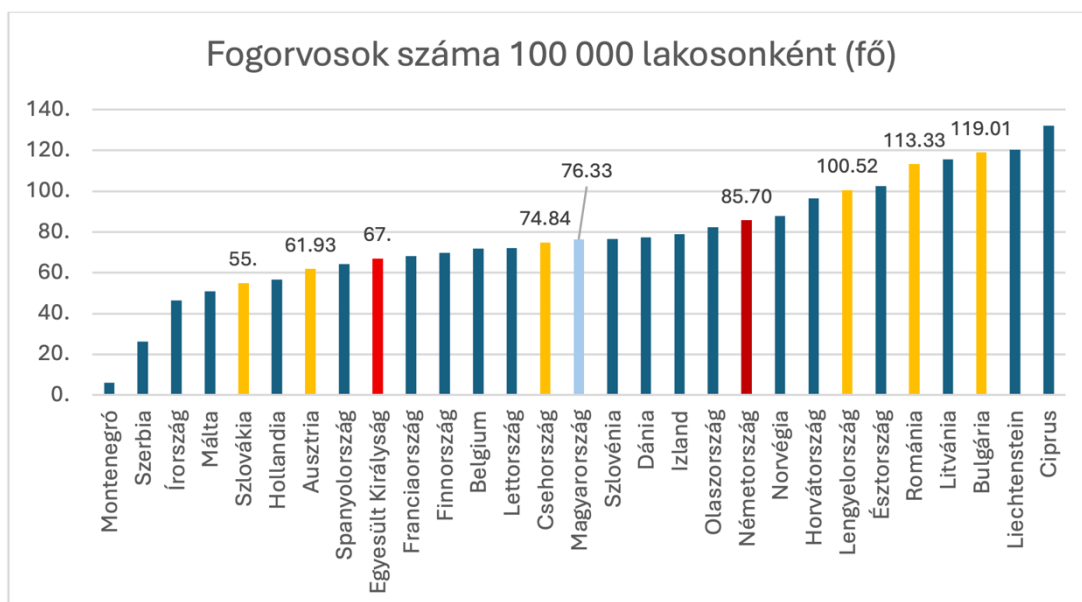


5. ábra: Az egészségügyi kiadások a GDP %-ban 2023-ban az EUROSTAT adatai szerint [64]. Egyesült Királyság adatai a brit statisztikai hivataltól származnak [64]. Benchmark országok pirossal, Közép-Kelet Európa országai sárgával, míg Magyarország világoskék színnel jelölve.

2023-ban Németország a GDP 11,8%-át fordította egészségügyre (összesen 13.59 milliárd eurót), ami az Európai Unió legmagasabb értéke (összehasonlítva lásd 5. ábra) [65]. Az egy főre jutó egészségügyi kiadás átlagosan 5 832 euró, ami Európában a nyolcadik legmagasabb [65]. A kötelező társadalombiztosítás a fogászati kezelések 65%-át fedezte (*out-of-pocket* költség így 35% körüli szinten volt) [66]. A fogorvosi igénybevétel magas, és a preventív szolgáltatások súlya az elmúlt években is emelkedett [63].

5.1.2. Közép-Kelet-Európa országai

Összehasonlításképp szeretném összevetni a fenti Benchmark országok fogorvosi ellátottságát és finanszírozási rendszerét a mi régiónk – Közép-Kelet Európa – országaival. A fogorvosok száma egész Európa szinten és a régiókban is változó sűrűséget mutat (lásd 6. ábra).



6. ábra: Regisztrált fogorvosok száma 100 000 lakosonként az EUROSTAT alapján, kiegészítve GDC (Egyesült-Királyság) és a Szlovák Orvosi Kamara (Szlovákia) adataival [53,67,68]. Benchmark országok pirossal, Közép-Kelet Európa országai sárgával, míg Magyarország világoskék színnel jelölve.

5.1.2.1. Ausztria

Ausztriában 2022-ben mintegy 5 600 regisztrált fogorvos dolgozott, ami körülbelül 62 fogorvost jelent 100 000 lakosra vetítve [67]. Ezzel az Európai Unió szinten inkább az alacsonyabb régióba tartozik (lásd 6. ábra). A fogorvosok területi eloszlása alapvetően városcentrikus: Bécsben és a nagyobb tartományi központokban (Graz, Linz, Salzburg) magasabb az ellátottság, míg az alpesi és vidéki térségekben alacsonyabb praxis-sűrűség figyelhető meg. A fogorvosok mintegy kétharmada rendelkezik társadalombiztosítási szerződéssel (*Kassenvertrag*), a többiek kizárólag magánellátást nyújtanak [69].

Az osztrák egészségügyi rendszer **klasszikus Bismarck-típusú társadalombiztosítási modellre** épül, közel teljes lakossági lefedettséggel. A finanszírozás vegyes: a járulékbévételek mellett jelentős az általános adókból származó hozzájárulás. A fogászati ellátás formálisan része a kötelező biztosítási csomagnak, de annak mélysége korlátozott.

A közfinanszírozott fogászati ellátás magában foglalja az évi két szűrővizsgálatot, az alapvető konzerváló kezeléseket (tömések meghatározott anyagokkal), a fogeltávolítást, valamint gyermekek esetében a rögzített fogsabályozást. A protetikai ellátások, implantátumok és az esztétikai kezelések döntően nem tartoznak a közfinanszírozás körébe, ezek magas önrészt igényelnek [69].

A prevenció intézményesen beépült a rendszerbe, ugyanakkor a fogászati kiadások több mint fele zsebből történik. Ennek következtében az ellátáshoz való hozzáférés alapellátási szinten jó, de a komplexebb beavatkozásoknál társadalmi egyenlőtlenségek figyelhetők meg, ami jelentős keresletet generál a határon átnyúló fogászati ellátás iránt, így erősítve a fogászati turizmust [70].

5.1.2.2. Csehország

Csehországban 2023-ban mintegy 8 400 gyakorló fogorvos dolgozott, ami közel 75 fogorvost jelent 100 000 lakosra vetítve [67]. A fogorvosok döntően Prágában és a regionális egyetemi központokban koncentrálódnak, míg a vidéki térségekben relatív hozzáférési nehézségek jelentkeznek.

Az egészségügyi rendszer több biztosítós, **Bismarck-típusú társadalombiztosítási modellben működik**, kötelező biztosítással [71]. A rendszert az 1990-es évek elején vezették be, amikor eltávolodtak a szovjet típusú Szemaskó-modelltől [71]. A fogászati ellátás jogilag a közfinanszírozott csomag része, de annak tartalma szűkebb, mint Nyugat-Európában.

A biztosítók által finanszírozott fogászati ellátás elsősorban az alapellátásra és a gyermekfogászatra korlátozódik: szűrővizsgálatok, egyszerű tömőanyaggal végzett tömések, fogeltávolítás, valamint gyermekeknél preventív beavatkozások, mint a fluoridálás. A korszerű anyagokkal végzett restauratív kezelések, a protetika és a felnőttkori fogsabályozás jellemzően térítés köteles [71]. Csehországban a fogászati kiadások közel 60–65%-a zsebből történő (out-of-pocket) fizetésből származik, ami jóval meghaladja például a német vagy francia rendszer finanszírozási arányait, de hasonlít az angol rendszerhez [9].

A prevenció gyermekkorban hangsúlyos, felnőttek esetében azonban a magas önfizetési arány kettős ellátási struktúrát eredményez [71]. Bár a fogorvosok száma magas, anyagi okok miatt a lakosság egy része nem jut hozzá a korszerű ellátáshoz, ami mérsékelt, de tartós kielégítetlen szükségletet eredményez. Ezt érzékelve, illetőleg az uniós kötelező amalgám-kivezetési stratégiához igazodva a kormány Csehországban a 2026. január 1-jével egészségügyi reformot hozott, amely alapján térítésmentessé teszik a közfinanszírozott alapellátásban a felnőtt lakosság számára a kompozit (fehér) töméseket is [72].

5.1.2.3. Lengyelország

Lengyelországban mintegy 38 000 aktív fogorvos dolgozik, ami kb. 101 fogorvost jelent 100 000 lakosra vetítve [67]. A fogorvosok eloszlása erősen urbanizált: Varsóban és a nagyvárosokban magas a praxis-sűrűség, míg vidéken ellátási hiányok jelentkeznek [73].

Az egészségügyi rendszer központosított társadalombiztosítási modellben működik, amely a **Bismarck-típusú társadalombiztosítási** rendszeren alapszik, amelyben az egyetlen állami vásárló a Nemzeti Egészségügyi Alap (NFZ). A fogászati ellátás formálisan a közfinanszírozott rendszer része, de tényleges lefedettsége rendkívül korlátozott, a leginkább privatizált rendszer Európai Unióban [73].

A közfinanszírozás elsősorban sürgősségi ellátásokra és gyermekek alapfogászati kezelésére terjed ki. A konzerváló, helyreállító és protetikai ellátások döntő többsége magánfinanszírozásból valósul meg. Ennek következtében a fogászati kiadások közel 90%-a zsebből fizetett költség [73]. A kielégítetlen szükséglet 10% alatti és döntő ok inkább anyagi természetű [73].

A prevenció intézményes támogatása gyenge, és az anyagi akadályok miatt a kielégítetlen fogászati szükségletek aránya magas. A lengyel rendszer jól példázza, hogy a magas fogorvosszám nem kompenzálja az alacsony közfinanszírozást.

5.1.2.4. Szlovákia

Szlovákiában 2022-ben körülbelül 3 000 fogorvos dolgozott, ami 55 fogorvost jelent 100 000 lakosra vetítve, az egyik legalacsonyabb érték az EU-ban [74]. A fogorvosok erősen Pozsonyra koncentrálódnak, míg Nyitra és Besztercebánya régióiban alacsonyabb az ellátottság [74]. Az orvosok elöregedése súlyos problémát jelent az országnak: a praxisok több mint 30%-át nyugdíjkorhatárhoz közeli orvosok vezetik, és a frissen végzettek többsége Pozsonyba vagy külföldre (főleg Ausztriába és Csehországba) távozik [74,75].

A szlovák egészségügyi rendszer **sem tisztán Bismarck-, sem Beveridge-, sem nemzeti egészségbiztosítási modell**, bár mindhárom rendszer bizonyos jellemzőit magában foglalja. Az egészségbiztosítási hozzájárulások kötelezőek, és az egészségbiztosító társaságoknak fizetendőek [68]. A szlovák egészségügyi rendszer univerzális lefedettségen, kötelező egészségbiztosításon, alapvető szolgáltatási csomagon és versenyző biztosítási modellen alapul, amely az egészségügyi szolgáltatókkal történő szelektív szerződéskötést alkalmaz [75]. A kötelező egészségbiztosítási költségeket a munkáltatók és munkavállalók közösen fizetik. Az egészségügyi rendszer több biztosító társadalombiztosítási modellben működik: három egészségbiztosító működik az országban [74,75].

Az alapvető fogászati kezelések szerződött fogorvosnál térítésmentesek lehetnek, azonban a finanszírozás jellemzően csak alap szükségletekre terjed ki. Sok fogorvos nem köt biztosítói szerződést, ami a gyakorlatban a magánfinanszírozás dominanciájához vezet [74,75]. Szlovákiában érvényben van a "prevenciós szabály", amely szerint a biztosítótól csak akkor fizetnek kezelési alapdíjat, ha a páciens az előző naptári évben részt vett fogászati szűrővizsgálaton. Aki ezt kihagyja, annak a következő évben mindenért 100%-ot kell fizetnie (még a tömés alapdíját is).

A prevenció formálisan jelen van (éves ingyenes vizsgálat), ugyanakkor a költségek miatt a fogászati ellátásban kielégítetlen szükségletek alakulnak ki, különösen az alacsony jövedelmű háztartásokban [75]. Az out-of pocket finanszírozás kb. 50%-ot tesz ki [74].

5.1.2.5. *Románia*

Romániában az EU egyik legmagasabb a fogorvos-ellátottság: 2023-ban több mint 21 000 fogorvos dolgozott, ami 113 fogorvos jelent 100 000 lakosra [67,76]. A fogorvosok száma gyorsan nő, ugyanakkor eloszlásuk rendkívül egyenlőtlen: Bukarestben és a nagyvárosokban koncentrálódnak, míg vidéken jelentős ellátási hiány mutatkozik [76].

A rendszer **formálisan Bismarck-típusú társadalombiztosítási modell**, de a fogászati közfinanszírozás volumene rendkívül alacsony. Bár léteznek állami keretek, a fogorvosi praxisok számára megszabott havi elszámolási limit olyan alacsony, hogy sok rendelőben a „támogatott” helyek már a hónap első napjaiban elfogynak. Emiatt a betegeknek még az alapellátásért is szinte mindig fizetniük kell. A fogászati kiadások több mint 90%-át zsebből fizetik, kevesebb mint 10%-át fedezi a közfinanszírozás [76].

A biztosított ellátások havi finanszírozási plafonhoz kötöttek, és csak alapvető kezelésekre terjednek ki. A fogorvosok kevesebb mint egyötöde szerződött a biztosítóval, ami a lakosságot döntően a magánszektor felé tereli [76].

A prevenció alulfinanszírozott, a fogorvosi látogatások száma az EU-ban a legalacsonyabbak közé tartozik, miközben a kielégítetlen fogászati szükségletek aránya kiemelkedően magas, különösen a szegénységi kockázatnak kitett csoportokban [76].

5.1.2.6. *Bulgária*

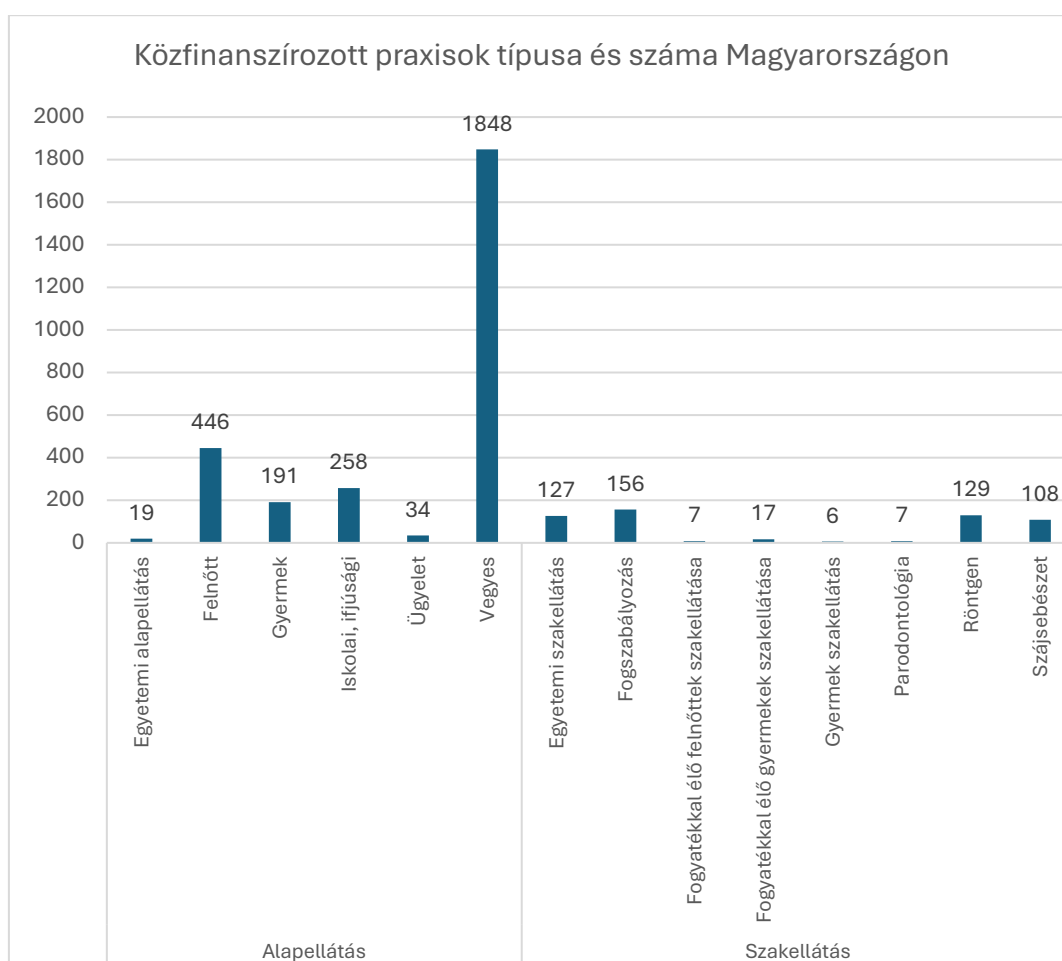
Bulgáriában szintén nagyon magas a fogorvos-ellátottság 7600 fő (119 fő 100 000 lakosra nézve), azonban a fogászati közfinanszírozás korlátozott [77]. A fogorvosok többsége magánpraxisban dolgozik, és a biztosítási szerződések gyakran szűk szolgáltatási csomagra vonatkoznak [77].

Az egészségügyi rendszer **Bismarck-típusú társadalombiztosítási modellben működik**, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap (NHIF) szervezésében. A gyermekfogászat viszonylag jól finanszírozott, míg a felnőttek esetében az ellátás jelentős önrészt igényel. A bolgárok a kiadások közel 80%-át zsebből fizetik, mivel egy állampolgár csak évi két térítésmentes kezelésre jogosult, miközben a közfinanszírozott fogászati csomag is kevés dologra terjed ki (tömések, húzások) [77].

A prevenció gyermekkorban hangsúlyosabb, felnőtteknél azonban a magas out-of-pocket kiadások (EU-szinten is kiemelkedőek) jelentős kielégítetlen szükségletekhez vezetnek. Bulgária esete szintén jól mutatja, hogy a magas fogorvosszám önmagában nem biztosítja a hozzáférést [77].

5.1.3. Magyarország

Magyarországon viszonylag magas a fogorvos-ellátottság: 2023-ban több mint 7 300 fogorvos dolgozott, ami 76 fogorvos jelent 100 000 lakosra vetítve [67]. 2025 decemberi adatok szerint 3 353 közfinanszírozott praxis működött Magyarországon, ebből **alapellátásban 2 796 praxis**, míg szakellátás 557 praxis foglalkozott mindösszesen 2 851 fogorvos részvételével. A praxisok típusa szerinti **a legtöbb vegyes alapellátó praxis (1848 db)**, de jelentős számú Felnőtt (446 db) és Gyerek (191 db) vagy Ifjúsági praxis (258 db) is létezik (ezt ábrázoltam lásd 7. ábra). A szakellátók közül a legtöbb fogszabályozással és szájsebészettel foglalkozik.



7. ábra: Közfinanszírozott fogorvosi praxisok megoszlása Magyarországon 2025. decemberében [78].

A praxisok eloszlása, főleg a szakellátás tekintetében - jelentős egyenlőtlenséget mutat. A szakellátók többsége az egyetemi központokban és megyeszékhelyeken található. Alapellátás országos lefedettségű praxisszám szintjén ugyanakkor betöltöttség szempontjából már jelentős különbségek mutatkoznak.

5.1.3.1. Közfinszírozás szerepe a fogászatban

Magyarország a fogászati alapellátás finanszírozási és szervezési sajátosságai tekintetében több ponton eltér a nyugat-európai benchmark országoktól, ugyanakkor számos jellemzője illeszkedik a Közép- és Kelet-Európai régió általános mintázatába. Magyarország 1990 után áttért a Szemaskó-modellről egy biztosítás alapú ellátásra. Jelen formájában egy **Bismarck-típusú társadalombiztosítási modellben működik**, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap (NEAK) szervezésében. A közfinanszírozott fogászati alapellátás szerepe a rendszerben korlátozott, részlegesen térített, a szolgáltatások jelentős része (konzerválás és fogpótlások) a magánszektorban valósul meg, miközben a közfinanszírozás alacsony szintje nem biztosít megfelelő ösztönzőket a praxisok hosszú távú fenntartható működéséhez az elmúlt években történt változások ellenére sem.

5.1.3.2. Betöltetlen fogorvosi praxisok

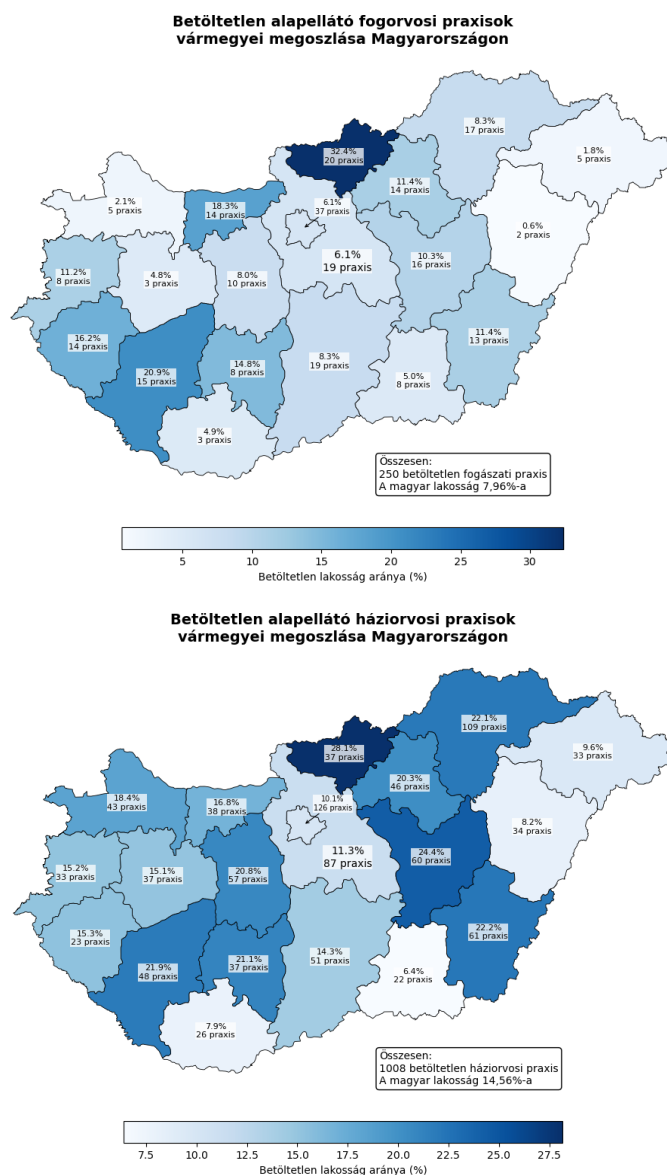
A közfinanszírozott fogászati alapellátás egyik legmarkánsabb strukturális problémája az alapellátó praxisok tartós betöltetlensége, ahogy az egész magyar alapellátásé. Az általam elemzett adatok alapján a betöltetlen fogorvosi körzetek száma és aránya országos szinten jelentős, a 2025. decemberi NEAK statisztika alapján **a 2 855 fogászati körzetből 250 db alapellátó körzet volt betöltetlen**, amely 7.96%-os betöltetlenségi arányt és 759 100 fős helyettesítéssel ellátott lakosságot jelent [78]. Összesen 22 db felnőtt, 25 db gyermekfogászati és 203 db vegyes praxis volt betöltetlen [78]. A statisztika területileg egyenlőtlen eloszlást mutat (lásd 1. táblázat). Ahogy a táblázat mutatja, a betöltetlenség elsősorban a kisebb településeket, a kedvezőtlenebb gazdasági helyzetű térségeket érint ilyenek leginkább Nógrád (32.4%), Somogy (20.9%) és Zala (16.2%) vármegye területén fordulnak elő. A periférikus régiókat érintő betöltetlenség erősíti az egyenlőtlenségeket, mivel helyettesítéssel a praxisok betöltése nem lehetséges a megfelelő ellátási színvonal biztosításával.

1. táblázat: Fogorvosi alapellátó praxisok betöltöttsége 2025. decemberi NEAK adatok alapján [78]. A lakosság szám becslése a KSH 2024-es statisztikai évkönyv alapján a 2025. január 1-ei becslés szerint lett jelölve [44].

Vármegye	Alapellátó fogorvosi praxisok száma a megyében	Megye létszáma	Betöltetlen alapellátó fogorvosi praxisok száma	Betöltetlen lakosság száma	Betöltetlen lakosság %-a
Baranya	130 db	351 158 fő	3 db	17 128 fő	4.88%
Bács-Kiskun	162 db	488 547 fő	19 db	40 393 fő	8.27%
Békés	122 db	307 112 fő	13 db	34 891 fő	11.36%
Borsod-Abaúj-Zemplén	208 db	610 927 fő	17 db	50 938 fő	8.34%
Budapest	445 db	1685 209 fő	37 db	102 147 fő	6.06%
Csongrád-Csanád	136 db	388 106 fő	8 db	19 379 fő	4.99%
Fejér	106 db	418 562 fő	10 db	33 499 fő	8.00%
Győr-Moson-Sopron	123 db	471 648 fő	5 db	9 904 fő	2.10%
Hajdú-Bihar	188 db	520 129 fő	2 db	3 169 fő	0.61%
Heves	132 db	282 490 fő	14 db	32 261 fő	11.42%
Jász-Nagykun-Szolnok	101 db	349 726 fő	16 db	36 159 fő	10.34%
Komárom-Esztergom	72 db	299 262 fő	14 db	54 634 fő	18.26%
Nógrád	62 db	178 815 fő	20 db	57 943 fő	32.40%
Pest	318 db	1336 134 fő	19 db	81 270 fő	6.08%
Somogy	73 db	290 245 fő	15 db	60 752 fő	20.93%
Szabolcs-Szatmár-Bereg	151 db	520 551 fő	5 db	9 215 fő	1.77%
Tolna	67 db	204 567 fő	8 db	30 382 fő	14.85%
Vas	69 db	245 598 fő	8 db	27 527 fő	11.21%
Veszprém	97 db	333 345 fő	3 db	15 825 fő	4.75%
Zala	93 db	257 371 fő	14 db	41 684 fő	16.20%
Összesen	2 855 db	9 539 502 fő	250 db	759 100 fő	7.96%

5.1.3.3. Hasonlóságok a háziiorvosi praxisokkal

A megfigyelhető egyenlőtlenségek nagy hasonlóságot mutatnak a háziiorvosi praxisok betöltetlenségével (lásd 8. ábra). Mint az ábrán látható, a betöltetlenség a háziiorvosi alapellátásban sokkal komolyabb gondot jelent – a praxisok 14.56%-a betöltetlen, ugyanakkor a betöltetlen praxisok hasonlóak a fogorvosok tekintetében is: ott is a vegyes praxisok betöltetlensége magasabb és ott magasabbak arányosan, ahol a háziiorvosoknál is, ilyen például Nógrád és Somogy megye. Ez a polarizáció jól illeszkedik a korábban bemutatott gazdasági és népegészségügyi különbségekhez, és megerősíti, hogy a fogászati alapellátás hozzáférhetősége szoros összefüggésben áll a térségi fejlettséggel.



8. ábra: A magyar alapellátó praxisok (háziiorvosi és fogorvosi) betöltetlensége megye szinten ábrázolva 2025. decemberi NEAK adatok alapján [78].

5.1.3.4. Tartós betöltetlenség problémája

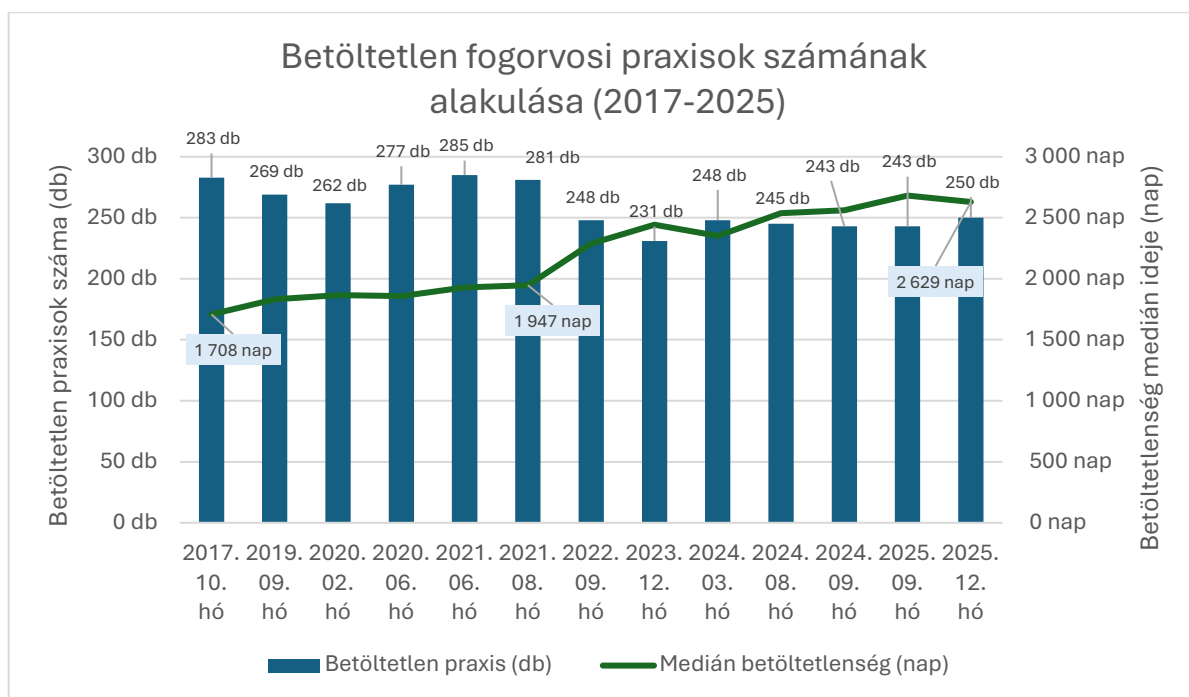
A betöltetlen körzetek vizsgálata azt mutatja, hogy nem csupán átmeneti munkaerőhiányról van szó. **Számos praxis hosszú ideje – esetenként több mint 5 éve – betöltetlen** (lásd 2. táblázat), ami arra utal, hogy a jelenség mögött strukturális és finanszírozási okok állnak, nem pedig átmeneti humánerőforrás-ingadozás.

2. táblázat: *Betöltetlen alapellátó praxisok medián betöltetlenségi ideje és az 5+ éve betöltetlen praxisok száma megye szinten bontva. Forrás: NEAK 2025. decemberi adatok [78,79].*

Megye	Betöltetlen fogorvosi praxisok száma	Betöltetlen háziorvosi praxisok száma	Medián nap fogorvos	Medián nap háziorvos	5+ év fogorvos	5+ év háziorvos
Baranya	3 db	26 db	548 nap	975 nap	1 db	6 db
Bács-Kiskun	19 db	51 db	3 867 nap	1 371 nap	11 db	23 db
Békés	13 db	61 db	1 065 nap	1 750 nap	4 db	11 db
Borsod-Abaúj-Zemplén	17 db	109 db	2 070 nap	884 nap	5 db	16 db
Budapest	37 db	126 db	4 444 nap	609 nap	11 db	5 db
Csongrád-Csanád	8 db	22 db	2 482 nap	1 750 nap	5 db	11 db
Fejér	10 db	57 db	732 nap	884 nap	2 db	16 db
Győr-Moson-Sopron	5 db	43 db	6 178 nap	609 nap	5 db	5 db
Hajdú-Bihar	2 db	34 db	1 324 nap	1 034 nap	1 db	13 db
Heves	14 db	46 db	3 806 nap	1 810 nap	11 db	23 db
Jász-Nagykun-Szolnok	16 db	60 db	2 831 nap	1 690 nap	10 db	27 db
Komárom-Esztergom	14 db	38 db	761 nap	869 nap	4 db	9 db
Nógrád	20 db	37 db	2 724 nap	1 522 nap	11 db	16 db
Pest	19 db	87 db	518 nap	761 nap	4 db	18 db
Somogy	15 db	48 db	1 795 nap	1 081 nap	7 db	18 db
Szabolcs-Szatmár-Bereg	5 db	33 db	1 856 nap	1 522 nap	3 db	14 db
Tolna	8 db	37 db	1 020 nap	1 399 nap	1 db	17 db
Vas	8 db	33 db	776 nap	1 249 nap	2 db	10 db
Veszprém	3 db	37 db	183 nap	975 nap	0 db	13 db
Zala	14 db	23 db	2 146 nap	975 nap	9 db	6 db

A háziorvosokhoz hasonlóan – bár összesítve kevesebb praxisról beszélünk – rosszabb a betöltési idő: **a praxisok hosszabb ideig vannak betöltetlenül és ha megüresednek később találnak újra fogorvost a praxis betöltésére.** Ahogy a 2. táblázat adatai mutatják például Győr-Moson-Sopron megyét tekintve tízszeres eltérés van, de Budapesten, Heves és Nógrád megyében is sokkal tovább állnak üresen a betöltetlen praxisok. Saját NEAK adatokból való gyűjtéssel tudom alátámasztani, hogy **az elmúlt több mint 8 év során hiába csökkent minimálisan, 30 darabbal, a betöltetlen praxisok száma, a medián betöltetlenségi idő majdnem ezer nappal**

nőtt (2017. október hó: 1 708 nap; 2025. december hó: 2 629 nap). Ezt mutatom be a 9. ábra segítségével: bal tengelyen a betöltetlen praxisok száma az adott hónapban, jobb tengelyen a medián betöltetlenségi napok száma az összes körzetet nézve.



9. ábra: A betöltetlen fogorvosi praxisok számának alakulása 2017 és 2025 között.
Forrás: az elmúlt évek során NEAK honlapjáról – folyamatos saját gyűjtés (2017-2025) [78].

A fogászati alapellátás finanszírozási környezetének kiszámíthatatlansága, valamint a közelmúltban bevezetett, szakmai egyeztetés nélküli finanszírozási változtatások – mint az indikátor rendszer, a szolgáltatók körében fokozott bizonytalanságot és elégedetlenséget eredményeztek, ami hosszabb távon a praxisok fenntarthatóságát is befolyásolja [13].

A jelenség különösen érinti a gyermek- és iskolafogorvosi körzeteket, ami hosszabb távon a prevenciós ellátások gyengüléséhez és a korai beavatkozások elmaradásához vezethet. Az iskolafogorvosok különösen hátrányos helyzetbe kerültek az elmúlt időszakban mivel kimaradtak a praxisközösségi részvétel lehetőségéből, így kimaradtak a praxisközösségi részvétel lehetőségéből, ami egyben a bértámogatási konstrukciókhoz való hozzáférés korlátozását is jelentette. Kiutat jelenthetne

számukra a gyerekfogászáttá alakulás, ugyanakkor számos praxisnak erre nincs lehetősége.

A betöltetlen körzetek magas aránya és hosszú időtartama arra utal, hogy a jelenlegi finanszírozási és szervezési keretek nem képesek megfelelően kezelni a humánerőforrás-hiányt és nem teszik vonzóvá a szakmát. **A közfinanszírozott fogászati alapellátás kedvezőtlen díjazása, a korlátozott szolgáltatási csomag, valamint a magánszektor elszívó hatása együttesen hozzájárulnak ahhoz, hogy a praxisok egy része tartósan ellátatlan maradjon.**

Az alapellátás részét képezi a fogászati ügyeleti ellátás is, amelynek szervezettsége és az elérhető szolgáltatások köre jelentős területi különbségeket mutat, és jellemzően a megyeszékhelyekre koncentrálódik; jelenleg országosan mindössze 34 helyszínen érhető el közfinanszírozott ügyeleti ellátás.

Az eredmények alapján Magyarország esete jól példázza azt a strukturális dilemmát, amely a közfinanszírozott fogászati ellátás és a magánszektor dominanciája között feszül. A betöltetlenségi adatok nem csupán munkaerőpiaci problémára utalnak, hanem a rendszer hosszú távú fenntarthatóságával és az ellátáshoz való egyenlő hozzáféréssel kapcsolatos kérdéseket is felvetnek. A magyar tapasztalatok ezért releváns tanulságokkal szolgálnak a régiós összehasonlítás és a szakpolitikai következtetések szempontjából is.

5.2. Összegzés

A benchmark országok (Egyesült Királyság, Németország) és a Közép-Kelet-Európai régió országainak összehasonlító elemzése alapján egyértelműen megállapítható, hogy a fogászati ellátórendszerek teljesítményét nem elsősorban az alkalmazott egészségbiztosítási modell típusa, hanem a közfinanszírozás tényleges volumene, szerkezete és prioritásai határozzák meg. A Nyugat-Európai országok jelentősen több pénzt fordítanak GDP arányosan az egészségügyre (lásd 5. ábra, 30 old.). A finanszírozási rendszerek áttekintéséből látszik, hogy a nyugat-európai benchmark országokban a fogászati ellátás stabilan integrált része a közfinanszírozott egészségügyi rendszernek, míg a Közép-Kelet Európa országainak többségében a fogászati ellátás jelentős mértékben piacósított (lásd összefoglaló táblázat: 3. táblázat). Az eredmények azt mutatják, hogy a régió számos országában – különösen Romániában és Bulgáriában – **a fogorvosok száma nemzetközi összehasonlításban magas, azonban ez nem jár együtt megfelelő hozzáféréssel.** A magas fogorvosi létszámot alacsony közfinanszírozási arány, szűk szolgáltatási csomag és jelentős zsebből történő (out-of-pocket) finanszírozás kíséri, ami a fogászati ellátáshoz való hozzáférést erősen a fizetőképességhez köti. Ez az ellentmondás rávilágít arra, hogy a **humán erőforrás önmagában nem képes ellensúlyozni a finanszírozási hiányosságokat.**

A benchmark országok esetében a közfinanszírozás nagyobb aránya és a strukturált finanszírozási mechanizmusok (pl. normatív támogatás, bónuszrendszerek, sávok díjstruktúra) kiszámíthatóbb betegterheket és stabilabb ellátási kapacitást eredményeznek. Ugyanakkor az Egyesült Királyság példája azt is jól szemlélteti, **hogy a közfinanszírozás önmagában nem elegendő:** az alulfinanszírozottság, vagy a rossz finanszírozás és a nem megfelelő ösztönzőrendszer súlyos hozzáférési problémákhoz vezethet még egy univerzális rendszerben is.

A közép-kelet-európai országok közös jellemzője a fogászati ellátás megelőző, preventív funkcióinak gyengesége. Bár több országban gyermekkorban hangsúlyosabb a megelőzés, a felnőtt lakosság esetében a magas önrész és a korlátozott közfinanszírozás következtében a preventív ellátások igénybevétele

alacsony. Ez hosszú távon nemcsak a szájüregi egészségi állapot romlásához, hanem a megelőzhető, költségesebb beavatkozások arányának növekedéséhez is vezet.

3. táblázat: Egyesült Királyság, Németország és a Közép-Kelet Európai országok összehasonlító táblázata fogászati finanszírozás szempontjából. Adatok forrása: [65,67]

Ország	Fogorvosok száma (2023)	Finanszírozási modell	Közfinanszírozott fogászati csomag	Fogászati out-of-pocket	EÜ kiadás, % GDP (2023)
Egyesült Királyság (<i>Benchmark</i>)	45 580	Beveridge-típusú (NHS)	Standardizált: Sávós díjrendszer. Elvileg teljes körű, de súlyos hozzáférési korlátok és fix önrészek jellemzik.	69%	11,3%
Németország (<i>Benchmark</i>)	71 378	Bismarck-típusú (GKV)	Kiterjedt: Ingyenes prevenció és tömések; rögzített állami támogatás a fogpótlásokra.	30-35%	12,7%
Ausztria	5 655	Bismarck-típusú – Társadalombiztosítás, szerződött szolgáltatók	A TB ellátási csomag kiterjedt és tartalmaz fogászatot is , jellemzően szerződött rendelőkön keresztül; részletszabályok pénztáranként eltérhetnek	50%	11,2%
Bulgária	7 672	Bismarck-típusú	Alacsony közfinanszírozás: a csomag főleg gyermekekre és néhány speciális csoportra terjed ki. Jellemző a copayment.	75-80%	7,9%
Csehország	8 131	Bismarck-típusú (több biztosító, kötelező) – állami szabályozással	Fogászati ellátás a biztosítottak számára a csomag része , de a hozzáférés és térítés részletei szolgáltatásonként változnak.	60-65%	8,4%
Lengyelország	38 877	Bismarck-típusú / egységesebb vásárló (NFZ) – kötelező járulék alapú rendszer	Korlátozott közfinanszírozási csomag. A közpénzből finanszírozott fogászati részarány alacsony	80%	7,1%
Magyarország	7 322	Bismarck-típusú	A fogászat részben fedezett. Gyermekekre teljeskörűen felnőttekre részlegesen terjed ki.	67%	6,4%
Szlovákia	2 961	Vegyes (több biztosítós rendszer)	A csomag széles, és bizonyos fogászati ellátásra tartalmaz térítést , de a közfedezet a fogászati szolgáltatásoknál jellemzően korlátozottabb	50%	7,4%
Románia	21 601	Bismarck-típusú	Nagyon alacsony közfinanszírozás: a csomag teljes körűen főleg gyermekekre és néhány speciális csoportra terjed ki	93%	5,7%

Összességében az eredmények alátámasztják, hogy a Közép-Kelet-Európa fogászati rendszereinek legfőbb strukturális problémája nem a választott finanszírozási modell elvi alkalmatlansága, hanem annak **strukturálisan átgondolatlan rossz finanszírozottsága és a fogászati ellátás alacsony egészségpolitikai prioritása**. A benchmark országok tapasztalatai alapján a hozzáférés javítása és az egészségegyenlőtlenségek csökkentése csak akkor érhető el, ha a **fogászati ellátás – különösen a prevenció – a közfinanszírozott egészségügyi ellátás integrált és stratégiai elemévé válik**.

6. MEGBESZÉLÉS

A jelen dolgozat eredményei megerősítik, hogy a fogászati ellátás hozzáférhetősége és minősége Európában elsősorban nem az alkalmazott egészségbiztosítási modell típusától, hanem a közfinanszírozás tényleges mértékétől, szerkezetétől és egészségpolitikai prioritásától függ. Ez az összefüggés különösen jól kirajzolódik a benchmark országok és a közép-kelet-európai régió összehasonlításában, ahol az azonos vagy hasonló finanszírozási modellek ellenére markánsan eltérő ellátási eredmények figyelhetők meg.

Az első kutatási kérdéshez kapcsolódóan az elemzés rámutat arra, hogy a közfinanszírozás alacsony aránya és a szűk szolgáltatási kosár a fogászati ellátás piacosodásához vezet. A Közép-Kelet-Európa országainak többségében – különösen Romániában, Bulgáriában és Lengyelországban – a magas zsebből történő (out-of-pocket) finanszírozás erősen szelektív hozzáférést eredményez, amely elsősorban a magasabb jövedelmű csoportok számára teszi elérhetővé a korszerű fogászati ellátást. Ezzel szemben a benchmark országokban a közfinanszírozás nagyobb aránya ugyan nem szünteti meg teljes mértékben a hozzáférési problémákat, de mérsékli a társadalmi egyenlőtlenségek mértékét.

A humánerőforrás-ellátottság vizsgálata különösen fontos tanulságokkal szolgál. Az eredmények egyértelműen cáfolják azt a feltételezést, hogy a magas fogorvosi létszám önmagában javítja a hozzáférést. Románia és Bulgária példája azt mutatja, hogy a fogorvosok számának növekedése nem jár automatikusan jobb ellátással, amennyiben a közfinanszírozás volumene alacsony, a biztosítói szerződéskötés korlátozott, és a praxisok működése döntően piaci alapon szerveződik. Ez a jelenség alátámasztja, hogy a hozzáférés strukturális, nem pedig pusztán kapacitáskérdés.

A **benchmark országok** tapasztalatai ugyanakkor arra is rámutatnak, hogy a magasabb közfinanszírozás önmagában nem garancia a megfelelő hozzáférésre. Az Egyesült Királyság példája azt mutatja, hogy még egy elvileg univerzális rendszerben is súlyos hozzáférési problémák alakulhatnak ki, ha a finanszírozás és az ösztönzőrendszer nem megfelelő. A német rendszer ezzel szemben a normatív

támogatások, a bónuszmechanizmusok és a köz- és magánfinanszírozás komplementer működése révén kiegyensúlyozottabb ellátási struktúrát mutat.

A magyar fogászati ellátórendszer helyzete a vizsgált eredmények alapján átmeneti pozíciót foglal el. Bár a fogászati alapellátás formálisan része a közfinanszírozott rendszernek, a finanszírozási szint elfogadható, a szolgáltatási csomag korlátozott, és a praxisok jelentős része kiegészítő vagy teljes mértékben magánfinanszírozásra szorul. A betöltetlen praxisok és a területi egyenlőtlenségek arra utalnak, hogy a jelenlegi finanszírozási és ösztönzőrendszer nem alkalmas a humán erőforrás egyenletes elosztására. A modell megjelenése pozitív irányú strukturális kísérletként értékelhető, azonban jelenlegi lefedettsége, strukturális támogatottsága még nem elegendő ahhoz, hogy rendszerszintű változást eredményezzen [13].

Összességében a megállapítások azt sugallják, hogy a fogászati ellátás fejlesztése csak akkor lehet hatékony, **ha az egészségpolitikai döntéshozatal a fogászati alapellátást nem marginális szolgáltatásként, hanem a népegészségügyi prevenció integráns részeként kezeli.** A nemzetközi példák alapján a közfinanszírozás növelése önmagában nem elegendő; szükség van a szolgáltatási kosár újragondolására, a prevenció hangsúlyának erősítésére és olyan finanszírozási ösztönzők kialakítására, amelyek hosszú távon fenntartható módon javítják a hozzáférést és csökkentik az egészségegyenlőtlenségeket.

7. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

7.1. Következtetések

A dolgozat eredményei alapján megállapítható, hogy **a közfinanszírozott fogászati ellátás Magyarországon strukturális kihívásokkal küzd**, amelyek nem kizárólag a források abszolút szintjéből, hanem elsősorban a finanszírozás szerkezetéből, a szűk szolgáltatási kosárból és a jelentős területi egyenlőtlenségekből fakadnak. A betöltetlen fogorvosi praxisok magas száma és hosszú fennállása arra utal, hogy a jelenlegi finanszírozási és ösztönzési rendszer nem képes biztosítani az ellátórendszer hosszú távú stabilitását és az egyenlő hozzáférést. Bár már lassan 15 éve elérhető a praxisvásárlási támogatás, mindezek mégsem teszik vonzóvá a tartósan üresen álló praxisok betöltését.

7.1.1. Téves támogatási struktúra

Az elmúlt években több olyan egészségpolitikai beavatkozás történt, amely rövid távon a praxisok működőképességének fenntartását célozta, ugyanakkor nem kezelte a fogászati ellátás alapvető strukturális problémáit. Ilyenek voltak a két lépcsőben bevezetett rezsitámogatás (amelynek harmadik lépése - államtitkári ígéret ellenére is – elmaradt a fogorvosok részére), ledolgozott évek alapján járó bértámogatás, kiegészítő praxistámogatás. **Az általános támogatási elemek bevezetése elsősorban a meglévő finanszírozási struktúra fenntartását szolgálták, anélkül, hogy a díjtételek, a teljesítményösztönzés vagy a szolgáltatási tartalom érdemben megváltozott volna.** Ezek az intézkedések rövid távon hozzájárultak a praxisok működőképességének megőrzéséhez, ugyanakkor nem befolyásolták a közfinanszírozott ellátás szerkezeti problémáit. Ezek az intézkedések elsősorban a rendszer „vízfelszínen tartását” segítették, miközben nem építettek be teljesítményhez, ellátási volumenhez vagy prevenciók tevékenységhez kötött ösztönzőket.

A finanszírozás és a tényleges ellátási teljesítmény közötti kapcsolat fellazulása különösen a bértámogatási konstrukciók esetében figyelhető meg. A jelenlegi finanszírozási környezetben a közfinanszírozott díjtételek sok esetben nem nyújtanak fedezetet az egyes kezelések tényleges költségeire (ma is tételeken alig pár száz forintot fizet a NEAK egy foghúzás konkrét térítéséért), miközben a jövedelmi biztonság részben függetlenedik az ellátási aktivitástól. Ennek következtében

kialakulhat olyan működési gyakorlat, amelyben a fogorvosi jelenlét formálisan biztosított, ugyanakkor az elvégzett beavatkozások száma és összetétele nem tükrözi a lakossági szükségleteket, ami gyengíti a teljesítmény- és minőségorientált működést.

7.1.2. Céltalan praxisközösségi modell

Hasonló ellentmondások figyelhetők meg a 2021-ben bevezetett fogászati praxisközösségi modell esetében is. A modell leírt célja az együttműködés erősítése, az erőforrások megosztása és a prevenciós tevékenységek fejlesztése volt, ugyanakkor a tényleges cél a fogorvosok bértámogatásban való részvétele lett. Ez az anomália okozza, hogy a modell gyakorlati megvalósulás sok esetben az adminisztratív kötelezettségek teljesítésére és a finanszírozási többlet igénybevételére korlátozódik. **A praxisok közötti tényleges szakmai együttműködés, a közös ellátásszervezés és a strukturált prevenciós programok jelenleg csak korlátozott mértékben valósulnak meg.**

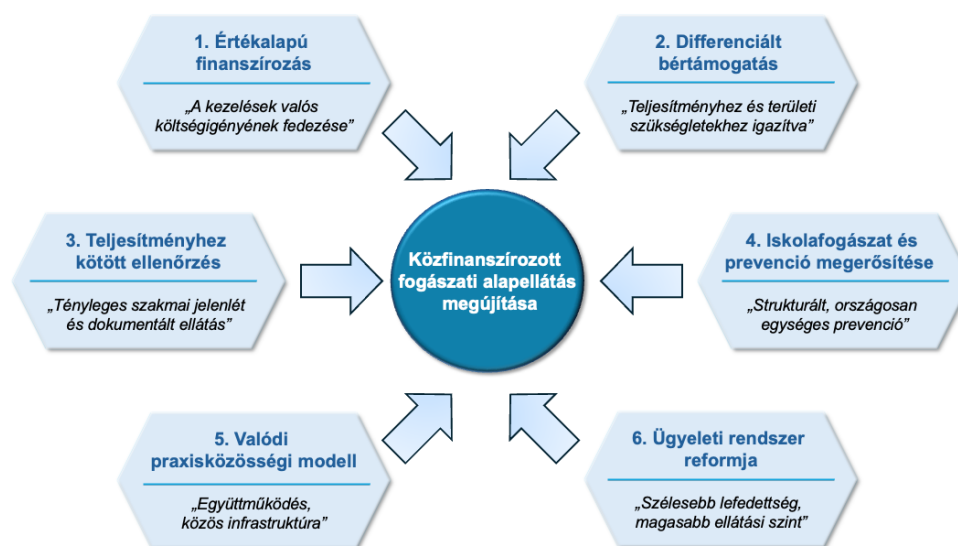
7.1.3. Prevenció hiánya

A nemzetközi összehasonlítás eredményei megerősítik, hogy a közfinanszírozott fogászati ellátás hatékonyságát nem önmagában a finanszírozás volumene határozza meg, hanem a szolgáltatási kosár tartalma, a prevenció súlya, valamint a szolgáltatók számára kialakított ösztönzőrendszer. Azokban az országokban, ahol a megelőző ellátások hangsúlyosabbak, és a finanszírozás jobban igazodik a lakossági szükségletekhez és az ellátási teljesítményhez, kedvezőbb hozzáférési és egészségesegyenlőségi mutatók figyelhetők meg.

A magyar közfinanszírozott fogászati ellátás fejlesztése szempontjából ezért kulcsfontosságú lenne a szolgáltatási kosár újragondolása, a prevenciós beavatkozások megerősítése, valamint olyan célzott finanszírozási eszközök bevezetése, amelyek mérséklék a területi egyenlőtlenségeket és vonzóbbá teszik a közfinanszírozott ellátást a szolgáltatók számára. **Összességében a fogászati alapellátás megerősítése nemcsak egészségpolitikai, hanem hosszú távon gazdasági és társadalmi érdek is,** mivel a szájüregi betegségek megelőzése és időben történő ellátása hozzájárul az általános egészségi állapot javításához és az egészségügyi kiadások fenntarthatóbb alakulásához.

7.2. Javaslatok a magyar közfinanszírozott fogászati ellátás fejlesztésére

A dolgozat eredményei és a nemzetközi tapasztalatok alapján megállapítható, hogy a magyar közfinanszírozott fogászati ellátás fejlesztése nem elsősorban további források bevonását, hanem a finanszírozási és ösztönzési rendszer célzott átalakítását igényli. Ennek érdekében az alábbi, egymással összefüggő javaslatok fogalmazhatók meg (lásd 10. ábra):



10. ábra: Javaslatok a közfinanszírozott fogászati ellátás megújítására. Saját szerkesztés.

1. Elsőként indokolt lenne egy olyan finanszírozási rendszer kialakítása, amely a fogászati beavatkozásokat azok tényleges szakmai és erőforrás-igénye alapján értékeli és téríti meg. A jelenlegi díjtételek számos esetben nem nyújtanak fedezetet az egyes kezelések valós költségeire, ami torzítja az ellátási struktúrát és csökkenti a közfinanszírozott beavatkozások vonzerejét. Egy értékalapú finanszírozási megközelítés – amely biztosítja, hogy az elvégzett kezelések legalább a minimálisan szükséges költségeket fedezzék – hozzájárulhatna a tényleges ellátási aktivitás növekedéséhez és a közfinanszírozott szolgáltatások minőségének javításához.

2. **Másodsorban a jelenlegi bértámogatási rendszer differenciálása lenne szükséges.** Az egységes, teljesítménytől és ellátási aktivitástól független támogatási konstrukciók nem ösztönzik a hatékony működést, és nem tükrözik a praxisok közötti tényleges különbségeket. Egy differenciált bértámogatási modell, amely figyelembe veszi az ellátási volumeneket, a területi szükségleteket és a praxisok tényleges működését, célzottabban járulhatna hozzá a humánerőforrás megtartásához és a hozzáférési egyenlőtlenségek mérsékléséhez.
3. **Harmadik javaslatként egy átlátható ellenőrzési és visszacsatolási rendszer bevezetése indokolt, amely összekapcsolja a finanszírozást a tényleges szakmai jelenléttel és az elvégzett kezelések dokumentált teljesítésével.** Egy ilyen rendszer nem büntető jellegű ellenőrzést jelentene, hanem azt a célt szolgálná, hogy a közfinanszírozott források valóban aktív ellátást nyújtó praxisokhoz kerüljenek, erősítve a teljesítményhez kötött működést és a közfinanszírozás legitimitását.
4. **Negyedikként külön figyelmet érdemel az iskolafogászati ellátás helyzete.** Bár az iskolafogászati praxisok száma országos szinten alacsony, szerepük a prevencióban és a korai beavatkozásokban kiemelkedő jelentőségű. Jelenleg ezek a praxisok gyakran nem részesülnek a bértámogatási konstrukciók előnyeiből, ami működésüket és hosszú távú fenntarthatóságukat veszélyezteti. Sokszor kimaradnak az olyan általános döntésekből, mint a célzott eszköz beszerzés vagy a 2026-tól bevezetett otthontámogatási rendszer. Indokolt lenne az iskolafogászat finanszírozási helyzetének rendezése, valamint egy strukturált, országosan egységes prevenciós program kialakítása, amely az iskolai szűréseket, edukációt és megelőző beavatkozásokat integrált módon kezeli.
5. **Ötödik javaslatként indokolt lenne egy valóban működőképes praxisközösségi modell kialakítása.** Egy hatékony praxisközösségi modellnek nagyobb területi lefedettséget kellene biztosítania, valamint valódi munkamegosztásra és együttműködésre kellene épülnie a részt vevő praxisok között. Ennek keretében lehetőség nyílhatna a prevenciós programok tényleges

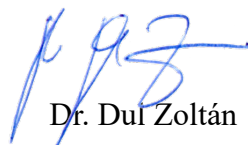
megvalósítására, valamint közösen üzemeltetett, nagy értékű diagnosztikai eszközök (pl. panoráma röntgen, CBCT) hatékony használatára. A közös infrastruktúra és szervezett betegút-menedzsment nemcsak költséghatékonyabb működést eredményezhetne, hanem hozzájárulna az ellátás szakmai színvonalának és hozzáférhetőségének javításához is.

6. **Hatodik javaslatként a fogászati ügyeleti rendszer átfogó újragondolása szükséges.** A jelenlegi ügyeleti ellátás jellemzően csak a megyeszékhelyeken érhető el, ott is korlátozott időtartamban, miközben a finanszírozás alacsony szintje és az elavult eszközpark nem teszi lehetővé a megfelelő minőségű ellátást. A rendszer fejlesztése érdekében egyrészt indokolt lenne az ellátóhelyek számának növelése, másrészt a praxisok kötelező bevonása az ügyeleti rendszer működtetésébe, egy igazságos és arányos részvételi szabályozás mellett. Ezzel párhuzamosan elengedhetetlen a finanszírozás jelentős emelése, amely biztosítaná a megfelelő humán erőforrást, az eszközpark fejlesztését és az ügyeleti ellátásban elvégezhető kezelések szakmai színvonalának emelését. Egy jól szervezett, megfelelően finanszírozott ügyeleti rendszer nemcsak a sürgősségi ellátás minőségét javítaná, hanem csökkentené a lakosság ellátáshoz való hozzáféréseben fennálló területi egyenlőtlenségeket is.

A dolgozat eredményeire és a nemzetközi tapasztalatokra épülő, egymással összefüggő javaslatokat a 10. ábra foglalja össze, amely a közfinanszírozott fogászati ellátás megújításának fő irányait szemlélteti. Összességében a fenti javaslatok egy olyan irányt jelölnek ki, amelyben a közfinanszírozott fogászati ellátás finanszírozása szorosabban kapcsolódik a tényleges ellátási teljesítményhez, a prevenciók tevékenységekhez és a lakossági szükségletekhez. **Egy ilyen szemléletváltás hozzájárulhat a rendszer hatékonyabb működéséhez, a területi egyenlőtlenségek csökkentéséhez és a közfinanszírozott fogászati ellátás hosszú távú megerősítéséhez.**

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnék őszinte köszönetet mondani **Dr. Sinkó Eszter**nek az általa adott tanácsokért és segítségért. Hosszú és kitartást igénylő munka volt mire eljutottam újra szakdolgozat végére, de végül sikerült célba érnem. Hálás vagyok a színvonalas képzésért a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ munkatársának és oktatójának a szakmai útmutatásért és azért a tudásért, amelyet a tanulmányaim során kaptam. Az itt szerzett ismeretek értékes alapot jelentenek további pályám során.



Dr. Dul Zoltán

HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. 1948. Available: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
2. Winkelmann J, Gomez Rossi J, Van Ginneken E. Oral health care in Europe: financing, access and provision. *Health Syst Transit*. 2022;24: 1–176.
3. EUROSTAT. Self-reported unmet needs for dental examination due to financial reasons, long waiting list or distance by sex, age and risk of poverty threshold - % of the persons having the same needs [hlth_silc_09b] . Available: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_09b/default/table?lang=en&category=hlth.hlth_care.hlth_unm
4. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*. International Association for Dental Research; 2011. pp. 1264–1270. doi:10.1177/0022034511399918
5. Sekulić S, Theis-Mahon N, Szabó C. Linking Oral Health and General Health: A Conceptual Model. *Dent J (Basel)*. 2020;8: 78. doi:10.3390/dj8030078
6. Sekulić S, John MT, Davey C, Renner-Sitar K. Association between Oral Health-Related and Health-Related Quality of Life. *Zdr Varst*. 2020;59: 65–74. doi:10.2478/sjph-2020-0009
7. 't Jong LJM, Timmermans D, Kockelkorn TTJP, 't Hoen EF, Swinkels DW, Mulder DJ. Variations in dental coverage across Europe: A systematic review. *BMC Oral Health*. 2022;22: 547. doi:10.1186/s12903-022-02570-4
8. Listl S, Jürges H. Cross-country comparisons of the relationship between socioeconomic position and oral health. *Int J Equity Health*. 2014;13: 27. doi:10.1186/1475-9276-13-27
9. FEDCAR/OECD. Health at a Glance: Europe 2024. Paris; 2024.
10. State of Health in the EU. Hungary: Country Health Profile 2023. Paris; 2023. Available: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/hungary-country-health-profile-2023>
11. Sztrilich D, Kaposvári C, Turi G, Teller P, Vingender I. The advancement of primary care dentistry in Hungary: progress of the dental cluster model since 2021 legislation. *Front Public Health*. 2025;13: 1528433. doi:10.3389/fpubh.2025.1528433

12. Ministry of Human Resources. Healthy Hungary 2014-2020. Health Care Sector Strategy. Budapest; 2014. Available: https://2015-2019.kormany.hu/download/5/60/40000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia.pdf
13. Dr. Tóth I, Dr. Nagy Á, Sinkó E. Az új fogorvosi finanszírozási rendszer változásának hatása a fogorvosok hangulatára. IME - Az egészségügyi vezetők szaklapja. 2025;24: 16–27. doi:10.53020/ime-2025-302
14. Kovács SD, Jeney A, Zörgő S. Mapping the conflict between oral health and patient autonomy in dentistry: A unified qualitative-quantitative study. Int Dent J. 2026;76: 104012. doi:10.1016/j.identj.2025.104012
15. Ozar D, Sokol D, Patthoff D. Dental Ethics at Chairside: Professional Obligations and Practical Applications. 3rd ed. Washington: Georgetown University Press; 2018.
16. Nemeth O, Orsos M, Simon F, Gaal P. An Experience of Public Dental Care during the COVID-19 Pandemic: Reflection and Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2021;18: 1915. doi:10.3390/ijerph18041915
17. Peres MA, D Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral health 1 Oral diseases: a global public health challenge. www.thelancet.com. 2019. Available: <https://vizhub.healthdata.org/>
18. Widström E, Eaton KA, Borutta A, Dybizbánska E, Broukal Z. Oral healthcare in transition in Eastern Europe. Br Dent J. 2001;190: 580–584. doi:10.1038/SJ.BDJ.4801044
19. Kulesher RR, Elizabeth Forrestal E. International models of health systems financing. J Hosp Adm. 2014;3: 127. doi:10.5430/jha.v3n4p127
20. Kravitz AS, Bullock A, Cowpe J, Barnes E. Manual of Dental Practice 2015. Brussels; 2015.
21. Delnoij DMJ. Bismarck or Beveridge: Primary care matters. European Journal of Public Health. Eur J Public Health; 2013. p. 349. doi:10.1093/eurpub/ckt021
22. Ziller S, Eaton KE, Widström E. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 1: Germany. Br Dent J. 2015;218: 239–244. doi:10.1038/sj.bdj.2015.95
23. Conradi U. Germany Increases Social Security Contribution and Compulsory Insurance Ceilings Effective January 1, 2026. 2025. Available: <https://ogletree.com/insights-resources/blog-posts/germany-increases-social->

security-contribution-and-compulsory-insurance-ceilings-effective-january-1-2026/

24. Institute for Quality, in Health Care (IQWiG) E. Health care in Germany: Health insurance in Germany. 2024. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK611712/>
25. Germanpedia. Number of People in Private Health Insurance in Germany [1991 to 2025]. 2025. Available: <https://germanpedia.com/number-of-people-in-private-health-insurance-germany/>
26. PwC. Germany - Individual - Other taxes. 2025. Available: <https://taxsummaries.pwc.com/germany/individual/other-taxes>
27. El-Saghir J. Is German Dental Insurance Worth It? A Cost-Benefit Analysis. 2025. Available: <https://www.how-to-germany.com/health-insurance/dental-insurance/is-it-worth-it/>
28. El-Saghir J. German Supplementary Health Insurance – What You Need to Know. 2025. Available: <https://www.how-to-germany.com/health-insurance/supplementary-insurance/>
29. Gaeta M, Campanella F, Capasso L, Schifino GM, Gentile L, Banfi G, et al. An overview of different health indicators used in the European Health Systems. *J Prev Med Hyg.* 2017;58: E114–E120. Available: [/pmc/articles/PMC5584080/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35584080/)
30. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2017 Report. Björnberg A, editor. Health Consumer Powerhouse Ltd.; 2017.
31. Ortiz I, Chowdhury A, Durán-Valverde F, Muzaffar T, Urban S. Fiscal space for social protection. 2019.
32. Sheiman I, Shishkin S, Shevsky V. The evolving semashko model of primary health care: The case of the Russian Federation. *Risk Management and Healthcare Policy.* Dove Medical Press Ltd; 2018. pp. 209–220. doi:10.2147/RMHP.S168399
33. Antoun J, Phillips F, Johnson T. Post-Soviet transition: Improving health services delivery and management. *Mount Sinai Journal of Medicine.* 2011;78: 436–448. doi:10.1002/msj.20261
34. Magyar Népköztársaság Minisztertanácsa. a fogászati ellátásnak a kozmetikai szolgáltatásokra való kiterjesztéséről, valamint a korona és hídmunka térítési díjának csökkentéséről. Budapest: A Magyar Népköztársaság Minisztertanácsának 1.071/1953. (XI. 27.) számú határozata ; 1953.

35. Kerek G, Ivaánkievics D. Újabb adatok a nehézipari dolgozók fogazati állapotához. *Fogorv Sz.* 1975;68: 148–152.
36. Sheiman I. Rocky road from the Semashko to a new health model. Interview by Fiona Fleck. *Bull World Health Organ.* 2013;91: 320–321. doi:10.2471/BLT.13.030513
37. Lekhan V, Rudy V, Shevchenko M, Dorit •, Kaluski N, Richardson E. Health Systems in Transition. U. Ukraine Health system review. 2015.
38. Pop TL, Burlea M, Falup-Pecurariu O, Borzan C, Gabor-Harosa F, Herdea V, et al. Overview of the pediatric healthcare system in Romania. *Turk Pediatri Arsivi.* Kare Publishing; 2020. pp. S69–S84. doi:10.14744/TurkPediatriArs.2020.77775
39. Lameire N, Joffe P, Wiedemann M. Healthcare systems-an international review: an overview. *Nephrol Dial Transplant.* 1999; 3–9. Available: https://academic.oup.com/ndt/article/14/suppl_6/3/1829904
40. Bonvissuto D. Free or Low-Cost Dental Care When You're Uninsured. In: <https://www.webmd.com/health-insurance/uninsured-free-low-cost-dental> [Internet]. 2020. Available: <https://www.webmd.com/health-insurance/uninsured-free-low-cost-dental>
41. Gaál P, Szigeti S, Csere M, Gaskins M, Panteli D. Health Systems in Transition. Hungary Health system review. 2011.
42. Gaál P, Szigeti S, Panteli D, Gaskins M, Van Ginneken E. Major challenges ahead for Hungarian healthcare. *BMJ (Online).* 2011. pp. 1251–1254. doi:10.1136/bmj.d7657
43. Dózsa KM, Mezei F, Kalmár I, Sinkó E, Joó T. Egészségügyi struktúraváltást támogató, bizonyíték alapú szolgáltatásfejlesztések bemutatása a praxisközösségi modellprogramok (2013-2020) működésének tapasztalatai alapján. *IME - Az egészségügyi vezetők szaklapja.* 2022;21: 3–15. doi:10.53020/ime-2022-301
44. KSH. Magyar Statisztikai Évkönyv 2024. 2024. Available: <https://www.ksh.hu/evkonyvek/2024/magyar-statisztikai-evkonyv-2024>
45. OECD. Health at a Glance 2019. OECD; 2019. doi:10.1787/4dd50c09-en
46. OECD. Health at a Glance 2025. Hungary. Paris; 2025. doi:<https://doi.org/10.1787/8f9e3f98en>

47. KSH. 4.1.3.3. Kórházi ágyak száma [százezer lakosra]. Available: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0056.html
48. OECD. Health at a Glance: Europe 2022. OECD Publishing; 2022.
49. WHO Regional Office for Europe. WHO/Europe calls for urgent action on oral disease as highest rates globally are recorded in European Region. 2023. Available: <https://www.who.int/europe/news/item/20-04-2023-who-europe-calls-for-urgent-action-on-oral-disease-as-highest-rates-globally-are-recorded-in-european-region>
50. OECD, WHO. State of Health in the EU - Magyarország · Egészségügyi országprofil 2019. 2019. Available: <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>
51. OECD, Statista. Number of dentists practicing in Europe in 2023, by country. 2024. Available: <https://www.statista.com/statistics/554977/dentists-in-europe/>
52. GADM map data. 2025. Available: https://gadm.org/download_country.html
53. General Dental Council. Total number of registered UK dentists up 3% following recent renewal. 2025. Available: <https://www.gdc-uk.org/news-blogs/news/detail/2025/01/14/total-number-of-registered-uk-dentists-up-3-following-recent-renewal>
54. NHS Business Services Authority. Dental statistics – England 2024/25. 2025. Available: <https://www.nhsbsa.nhs.uk/statistical-collections/dental-england/dental-statistics-england-202425>
55. Local Government Association. Persistent “dental deserts” risk deprived and rural communities being left behind. 2024. Available: <https://www.local.gov.uk/about/news/persistent-dental-deserts-risk-deprived-and-rural-communities-being-left-behind>
56. The Lancet Oncology. The NHS: failing to deliver on Beveridge’s promise? The Lancet Oncology. Lancet Publishing Group; 2018. p. 1. doi:10.1016/S1470-2045(17)30918-X
57. NHS UK. How much NHS dental treatment costs. 2025. Available: <https://www.nhs.uk/nhs-services/dentists/how-much-will-i-pay-for-nhs-dental-treatment/>
58. House of Commons Library. NHS dentistry in England. 2025. Available: <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-9597/>
59. British Dental Association. Dentists: 700,000 urgent appointments coming. Now restore care to millions. 2025. Available: <https://www.bda.org/media->

- centre/dentists-700-000-urgent-appointments-coming-now-restore-care-to-millions/
60. British Dental Association. 13 million unable to access NHS dentistry. 2024. Available: <https://www.bda.org/media-centre/13-million-unable-to-access-nhs-dentistry/>
 61. The UK ‘high street’ dentistry market value rises to £12.16 billion as continued challenges accessing NHS dentists push people towards private dentistry, according to a new report by LaingBuisson - LaingBuisson. Available: <https://www.laingbuisson.com/press-releases/the-uk-high-street-dentistry-market-value-rises-to-12-16-billion-as-continued-challenges-accessing-nhs-dentists-push-people-towards-private-dentistry-according-to-a-new-report-by-la/>
 62. P4H Network. Germany Country Profile. 2025. Available: <https://p4h.world/en/countries/germany/>
 63. BASYS. Value-Added and Sustainable Dental Care. 2024. Available: https://www.basys.de/aktuelles/2024/zsk_en.php
 64. Office for National Statistics. UK Health Accounts: 2023 and 2024. 2024. Available: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2023and2024>
 65. EUROSTAT. Health care expenditure by financing scheme [hlth_sha11_hf] . 2025. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hf/default/table?lang=en
 66. BMG, Statista. Statutory health insurances spending on dental treatment in Germany from 2012 to 2023. 2024. Available: <https://www.statista.com/statistics/582357/statutory-health-insurance-spending-dental-treatment-germany/>
 67. EUROSTAT. Health personnel - Dentist [hlth_rs_prs2]. Available: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prs2__custom_19594048/default/table
 68. Kapalla M, Kapallová D, Turecký L. An overview of the healthcare system in the Slovak Republic. EPMA Journal. 2010;1: 549–561. doi:10.1007/s13167-010-0061-y

69. WHO Regional Office for Europe. Austria: Health System Summary. 2024.
70. Eurostat. Healthcare personnel statistics – Dentists. 2024.
71. Broukal Z, Koberova-Ivancakova R. Dental care and oral health in the Czech Republic. *Int Dent J*. 2020.
72. Česká stomatologická komora. Stomatologické výkony pro rok 2026: Změny v úhradách veřejného zdravotního pojištění. Praha, Csehország; 2025.
73. Sagan A et al. Poland: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2011.
74. European Observatory on Health Systems and Policies. Slovakia health system information. Health Systems in Transition. Available: <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/countries-hspm/hspm/slovakia-2025/physical-and-human-resources/human-resources>
75. Smatana M, Pazitny P, Kandilaki D, Laktisova M, Sedlakova D, Paluskova M, et al. Slovakia: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2016;18: 1–210.
76. Munteanu A et al. Dental care policies in Romania (1999–2023). *Healthcare*. 2025.
77. European Observatory on Health Systems, Policies. Bulgaria: Health System Summary. 2024.
78. NEAK. Fogorvosi szolgálatok (2025.12 hó). 2025. Available: https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/fogorvosi_szolgaltatok
79. NEAK. Háziiorvosi szolgálatok (2025.12 hó). 2025. Available: https://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/szerzodott_szolgaltatok/haziiorvosi_szolgaltatok