



**„TÁMOP-4.1.2/A/1-11/1-2011-0015 Egészségügyi Ügyvitelszervező Szakirány:
Tartalomfejlesztés és Elektronikus Tananyagfejlesztés a BSc képzés
keretében”**



Egészségügyi szervezetelmélet és -rendszertudomány e-Book

Dr.Géher Pál, Dr. Jávor András



1. Rendszerelmélet –általános bevezető	11
1.1. A rendszerelmélet meghatározása	11
1.1.1. A rendszerelmélet, mint tudomány	11
1.1.2. A rendszerelmélet, mint módszer (rendszer szemléletű megközelítés)	11
1.2. Rendszerelméleti alapfogalmak	11
1.2.1. Alrendszer, részrendszer, elem	11
1.2.2. Struktúra	12
1.2.3. A rendszer határa, környezet, zavar	12
1.2.4. Az interfész, input-output, folyamat	12
1.3. A rendszerek típusai	13
1.3.1. Nyílt, zárt rendszerek, entrópia	13
1.3.2. Fizikai, fogalmi rendszerek	13
1.3.3. Irányított, adaptív, regeneratív, reflektív, magasabb rendűek, társadalom, transzcendens rendszerek	14
1.4. A rendszerek vizsgálata	14
1.4.1. Analitikus módszer	15
1.4.2. Modellezés módszere	15
1.4.3. Fekete doboz” módszer	15
1.4.4. Rendszerelméleti módszer	15
2. Egészségügyi rendszerek	17
2.1. Az állam és funkciói	17
2.2. A nemzetgazdaság	19
2.3. GDP és GNP fogalma	19
2.4. Az egészségügy definíciója	20
2.5. Demográfiai alapfogalmak	20
2.5.1. Élve születés, halálozás	21
2.5.2. Perinatalis mortalitás	22
2.5.3. Születéskor várható élettartam	23
2.5.4. Termékenységi ráta	25
2.5.5. Haláloki statisztika	26
2.6. Az egészség dimenziói	27
2.7. Az egészségügyi rendszerek fő típusai	27
2.7.1. Biztosítás alapú	27
2.7.2. Állami szolgáltatás	28
2.8. Az egészségügy költségessége	28
2.8.1. Közkiadások, magánkiadások	28
2.8.2. Költségnövekedés (demográfiai trendek, migráció, technológiai költségrobbanás)	28



2.9.	Az egészségügyet meghatározó egyes tényezők	35
2.9.1.	<i>Gazdaság</i>	36
2.9.2.	<i>A környezet</i>	37
2.9.3.	<i>Életmód</i>	37
2.9.4.	<i>Etika</i>	38
3.	Egészségügy a magyar társadalomban	40
3.1.	Magyarország társadalmi rendszerének felépítése	40
3.2.	Az egészségügy célja	41
3.3.	Az egészségügyi rendszerünk felépítése és az egyes elemek funkciója	41
3.3.1.	<i>Az ellátórendszer felépítése</i>	41
3.3.2.	<i>Civil szervezetek</i>	43
3.4.	Egészségügyünk finanszírozása	45
3.4.1.	<i>Állami, önkormányzati és a magánszféra szerepe</i>	45
3.4.2.	<i>Co-payment, hálapénz, közgyógyellátás</i>	45
3.4.3.	<i>OEP</i>	47
4.	A magyar egészségügyi rendszer felépítése I. (egészségfejlesztés)	49
4.1.	Fogalmi kérdések	49
4.1.1.	<i>Az egészség fogalma, különös tekintettel a megelőzésre</i>	49
4.1.2.	<i>Egészségfejlesztés, megelőzés, primer prevenció</i>	49
4.2.	Az egészségfejlesztés szervezeti felépítése	50
4.2.1.	<i>Országos szint</i>	50
4.2.2.	<i>Területi szint</i>	51
4.3.1.	<i>Alapellátás</i>	51
4.3.2.	<i>Szakellátás</i>	53
4.4.	Országos programok	54
4.4.1.	<i>Egészség Évtizedének Népegészségügyi programja</i>	54
4.5.	A társadalom más szereplőinek egészségfejlesztési feladatai	56
4.5.1.	<i>Civil szervezetek tevékenysége</i>	56
4.5.2.	<i>Önkormányzatok feladatai</i>	56
4.5.3.	<i>Más minisztériumok feladatai</i>	57
5.	A magyar egészségügyi rendszer felépítése II. Alapellátás (házi- és fogorvosi)	58



5.1 Az alapellátás fogalma	58
5.2 Az alapellátás szervezete	58
5.2.1. Háziorvosi, házi gyermekorvosi rendszer	59
5.2.2. Védőnői rendszer	61
5.2.3. Fogorvosi alapellátás	62
5.3. Az alapellátás feladata	62
5.3.1. Prevenációs feladatok	62
5.3.2. Gyógyító feladatok	65
5.3.3. Rehabilitációs, gondozási feladatok	65
5.3.4. Hatósági feladatok	66
5.4. Az alapellátás működése	66
5.4.1. Területi ellátási kötelezettség	66
5.4.2. Ügyeleti rendszer	66
5.5. Az alapellátás finanszírozása	67
5.5.1. A háziorvosok finanszírozása	67
5.5.2. A védőnők finanszírozása	68
5.5.3. A fogorvosi alapellátás finanszírozása	68
5.6. Az alapellátás informatikai rendszere, statisztikai adatszolgáltatása	69
5.6.1. OSAP statisztikák	69
5.6.2. Finanszírozáshoz köthető statisztikák	70
6. A magyar egészségügyi rendszer felépítése III. (iskolaorvosi, foglalkozás-egészségügyi)	71
6.1. Iskola-egészségügy	71
6.1.1. Az iskola-egészségügy feladatai	71
6.1.2. Az iskola-egészségügy szervezeti felépítése	72
6.1.3. Az iskola-egészségügy humán erőforrása	72
6.2. Foglalkozás-egészségügy	72
6.2.1. A foglalkozás-egészségügy feladata	73
6.2.2. A foglalkozás-egészségügy szervezeti felépítése	73
6.2.3. Foglalkozás-egészségügy jelentősége a nemzetgazdaság szempontjából (EU, ILO).	75
7. A magyar egészségügyi rendszer felépítése IV. Szakellátás I. (járóbeteg szakellátás)	77
7.1. Szakellátás fogalma	77
7.2. A járóbeteg szakellátás feladatai	80
7.2.1. Prevenációs feladatok	80
7.2.2. Akut ellátás	80
7.2.3. Diagnosztikai és terápiás tevékenység	81
7.2.4. Gondozás	83



7.2.5. Rehabilitáció	84
7.3. A járóbeteg szakellátás szervezeti felépítése	84
7.3.1. Szakrendelők	84
7.3.2. Szakambulanciák	85
7.3.3. Magán ellátás	85
7.3.4. Gondozók	85
7.3.5. Otthoni szakápolás	86
7.4. A járóbeteg szakellátás humán erőforrásai	88
7.4.1. Szakorvosok	88
7.4.2. Asszisztensek	88
7.5. A járóbeteg szakellátás finanszírozása	89
7.5.1. OEP finanszírozás	89
7.5.2. Co-payment	91
7.6. A járóbeteg szakellátás statisztikai rendszere	91
7.6.1. OSAP	91
7.6.2. Finanszírozási statisztikák	92
8. A magyar egészségügyi rendszer felépítése V. Szakellátás II. (fekvőbeteg ellátás)	93
8.1. A fekvőbeteg szakellátás feladata	93
8.2. A fekvőbeteg szakellátás szervezeti felépítése	95
8.2.1. Általános kórház, szakkórház	96
8.2.2. Alapszintű, (városi), megyei és regionális kórház	96
8.2.3. Egyetemi klinikák	97
8.2.4. Országos intézetek	97
8.3. Különleges formák a fekvőbeteg ellátásban	98
8.3.1. Hospice	98
8.3.2. Nappali kórház	98
8.4. A fekvőbeteg ellátás finanszírozása	98
8.4.1. A beruházások finanszírozása	99
8.4.2. A működési költségek finanszírozása	99
8.5. A fekvőbeteg ellátás humán erőforrásai	107
8.5.1. Orvosok	107
8.5.2. Ápolók	108
8.5.3. Asszisztensek	108
8.5.4. Egyéb diplomások	108
8.6. A fekvőbeteg ellátás statisztikai rendszere	108
8.6.1. OSAP	108
8.6.2. Finanszírozási statisztikák	109
9. A magyar egészségügyi rendszer felépítése	110



VI.(rehabilitáció, gyógy idegenforgalom)	
9.1. A rehabilitáció fogalma	110
9.1.1. A rehabilitáció eszköztrendszere	110
9.1.2. A rehabilitáció szervezeti felépítése.	112
9.2. A gyógyidegenforgalom fogalma	115
9.2.1. Gyógyvíz	116
9.2.2. Gyógyfürdő	118
9.2.3. Gyógyszálló	120
9.2.4. Gyógyhely	121
10. A magyar egészségügyi rendszer felépítése	123
VII.(mentés, betegszállítás)	
10.1. A mentés fogalma	123
10.2. A mentőszolgálat felépítése	123
10.2.1. Mentőegységek típusai, feladataik	124
10.3.1. Mentőállomások	127
10.4. A betegszállítás fogalma	127
10.4.1. A betegszállító szervezetek	129
10.5. A mentés, betegszállítás finanszírozása	129
10.6. A mentés és betegszállítás statisztikai adatai	131
11. A magyar egészségügyi rendszer felépítése	132
VIII. (vérellátás – Magyar Vöröskereszt)	
11.1. A vérellátás jelentősége	132
11.2. A vérellátás szervezete	133
11.2.1. A véradó mozgalom, a Magyar Vöröskereszt	133
11.2.2. Országos Vérellátó Szolgálat	134
11.3. Vér és vérkészítmények felhasználása	136
12. A magyar egészségügyi rendszer felépítése	137
IX. (gyógyszerellátás)	
12.1. Gyógyszer	137
12.1.1. Gyógyszertörvény	138
12.1.2. Gyógyszernek nem minősülő, gyógyhatású termék fogalma	138
12.2. Gyógyszerfejlesztés	139
12.2.1. Fázis I-II-III-IV vizsgálatok	139
12.2.2. A gyógyszerfejlesztés irányai (kémia, biológiai)	140
12.3. Gyógyszergyártók	141
12.3.1. A világ gyógyszergyártói	141
12.3.2. Hazai gyógyszergyártók	142
12.4. Gyógyszer nagykereskedők	145



12.4.1. Nagykereskedelem fogalma	145
12.4.2. Gyógyszer nagykereskedők	145
12.5. Gyógyszer kiskereskedelem	145
12.5.1. Gyógyszertárak	146
12.5.2. Kórházi (zárt forgalmú) patikák	147
12.5.3. Kézi gyógyszertár	147
12.6. Magyarország gyógyszerforgalmi jellemzői	148
13. A magyar egészségügyi rendszer felépítése X. (gyógyászati segédeszköz ellátás)	149
13.1. A segédeszközök fogalma	149
13.1.1. Egyes segédeszköz csoportok	149
13.1.2. Segédeszköz rendelés	150
13.2. Segédeszköz gyártók, forgalmazók	150
13.3. Segédeszköz ellátás finanszírozása	152
13.3.1. OEP finanszírozás	152
13.3.2. Co-payment	154
13.3.3. Teljes áron finanszírozott termékek	154
14. A magyar egészségügyi rendszer felépítése XI.(katasztrófa medicina, honvéd egészségügy, katasztrófa ellátás)	155
14.1. Honvéd egészségügy	155
14.1.1. Feladata	155
14.1.2. Szervezeti felépítése	155
14.2. Katasztrófa egészségügy	156
14.2.1 Katasztrófa egészségügyi ellátás szervezete	156
15. Az egészségügy jogi szabályozása	161
15.1. Alkotmányos berendezkedésünk	161
15.1.1. Törvényhozói hatalmi ág	161
15.1.2. Végrehajtó hatalmi ág	161
15.1.3. Igazságszolgáltatás	163
15.1.4. Önkormányzatok	164
15.2 Jogalkotás menete	165
15.2.1. Törvény	165
15.2.2. Kormány/miniszteri rendelet	165
15.2.3. Önkormányzati rendelet	166
15.3. Egészségügyi törvények	166
15.3.1. Alaptörvény	166
15.3.2. Egészségügyi törvény	167
15.3.3. Egészségbiztosítási törvény	167



15.3.4. Gyógyszerekkel kapcsolatos törvények	168
15.3.5. Egészségügyi adatok	168
15.3.6. Egészségügyi kapacitások	169
15.3.7. Egyéb törvények	170
16. Az egészségügy irányítása	171
16.1. Országgyűlés feladata (törvények, országgyűlési határozatok), Egészségügyi Bizottság szerepe	171
16.2. Kormány (kormányrendeletek)	173
16.3. Egészségügyért felelős miniszter	173
16.3.1. EMMI felépítése	173
16.3.2. Egészségügyi államtitkárság	175
16.4. Más miniszterek feladatai	176
16.4.1. Az oktatásért felelős miniszter	176
16.4.2. A szociál- és nyugdíjpolitikáért felelős miniszter	177
16.4.3. A költségvetésért felelős miniszter	177
16.4.4. A katasztrófavédelemért felelős miniszter	177
16.4.5. A környezetvédelemért felelős miniszter	177
16.4.6. Az élelmiszerbiztonságért felelős miniszter	178
16.5. Országos hatáskörű szervek	178
16.5.1. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat	178
16.5.2. OEP	181
16.5.3. Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal	182
16.5.4. Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ	184
16.5.5. GYEMSZI	184
16.5.6. A kormányhivatalok szakigazgatási szervei	187
16.6. Önkormányzatok	187
16.7. Magyar Tudományos Akadémia	188
16.8. Civil szervezetek	188
16.8.1. Szakmai kollégium	188
16.8.2. Tudományos társaságok	190
16.8.3. Beteggyesületek	194
17. Az egészségügy finanszírozása	195
17.1. A működési költségek, amortizáció, fejlesztés	195
17.2. A járulék és adó fogalma	195
17.3. Költségviselők	196
17.3.1. Egyén	196



17.3.2. Önkormányzat	196
17.3.3. Állam	196
17.3.4. OEP	197
17.3.5. Nemzetközi források	199
17.4. A működési költségek	200
17.4.1. OEP finanszírozás	200
17.5. A beruházások, fejlesztések finanszírozása	211
17.5.1. Költségvetési források	211
17.5.2. Önkormányzati források	211
17.5.3. Európai Unió források	211
17.5.4. Egyéni hozzájárulások	212
18. Humán erőforrás az egészségügyben, képzés	213
18.1. Egészségügyi szakemberképzés	213
18.1.1. Középfokú képzés	213
18.1.2. Orvos, gyógyszerész, fogorvos	215
18.1.3. BSc képzések	216
18.2. Az egészségügyi dolgozók megoszlása szakma szerint	217
18.3. Bérvizonyok az egészségügyben	218
18.4. Szakképzés (orvos, fogorvos, gyógyszerész)	221
18.5. Folyamatos továbbképzés	226
18.6. Kihívások a humán erőforrás területén	226
18.6.1. Migráció	227
19. Kutatás az egészségügyben	229
19.1. A kutatások típusai	229
19.2. A kutatások jogi szabályozása	229
19.2.1. Ovidói egyezmény	229
19.2.2. Egészségügyi (1997. évi CLIV. törvény) és a humán genetikai kutatásokról szóló törvények (2008. évi XXI. törvény)	230
19.2.3. Büntetőtörvénykönyv	231
19.3. Kutatási programok	232
19.3.1. Egészségügyi Tudományos Tanács	233
19.3.2. Nemzeti Innovációs Hivatal (Nemzeti Kutatási és Technológiai Hivatal)	234
19.3.3. Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok	235
19.4. Tudományos minősítés rendszere	235
19.4.1. Egyetemek (PhD)	236
19.4.2. Magyar Tudományos Akadémia	238



20. Európai Unió és az egészségügy	240
20.1. EU intézményrendszere és működése	240
20.1.1. Tanács, Parlament, Bizottság, Biztosok, Igazgatóságok	240
20.1.2. Döntéshozatal	243
20.2. Egészségügyi kérdések	244
20.2.1. Anyagi javak szabad mozgása	245
20.2.2. Személyek szabad mozgása: határon átnyúló ellátások	245
20.2.3. Munkabiztonság, élelmiszerbiztonság	246
20.2.4. Közös akciók (prevenció)	246
20.2.5. Kutatás (FP7)	246
20.4. EU államok leírása	247
20.4.1. Alapstatisztikák (várható életkor, perinatalis mortalitás, fogyatékoság, egészségi állapot, finanszírozás)	247
20.4.2. Krónikus nem fertőző betegségek (daganatok, kardiovaszkuláris betegségek)	247
20.4.3. A betegségek befolyásolható kockázati tényezői (dohányzás, alkohol)	249
20.4.4. Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban és ellátásban	250



„Arisztotelész: A rendszer több mint a részek összege.”

1. Rendszerelmélet –általános bevezető

1.1. A rendszerelmélet meghatározása

A rendszerelmélet bonyolult rendszerek törvényszerűségeit természettudományos illetve matematikai módszerekkel vizsgáló tudomány. A rendszerek természetétől függetlenül lehetővé teszi azok tanulmányozását. A rendszerelmélet egy jelenség absztrakt szervezetének multidiszciplináris (transzdiszciplináris) tanulmányozása, függetlenül azok részeitől, típusától, időbeli és térbeli szerkezetétől. Általában a közös jellemzőket kutatja a maguk komplexitásában és modelljei (főként matematikai) segítségével leírja azokat.

1.1.1. A rendszerelmélet, mint tudomány

A rendszerelmélet célja a világ és a folyamatok jobb megismerése. Ehhez a különböző tudományokat veszi igénybe, azaz a rendszerelmélet egy integratív tudományág. A rendszerelmélet megalapítója Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) biológus, aki 1937-ben fejtette ki a rendszerelmélet alapjait.

1.1.2. A rendszerelmélet, mint módszer (rendszer szemléletű megközelítés)

A rendszerelmélet egyúttal tudományos módszer is.

Lényege, hogy az adott rendszert a maga teljes valóságában lássuk anélkül, hogy a részletekbe vesznénk. Bonyolultabb rendszereknél célszerű az alrendszerekre bontás és ezek külön-külön vizsgálata, majd a köztük levő kapcsolatok leírása. A rendszer leírásakor igyekezni kell a közös tulajdonságokat kiemelni (absztrahálni). Ehhez módszertani segítség nyújthat, ha a már előzőleg vizsgált rendszerek leírásakor észlelteket analógiaként használjuk fel. Az összetett rendszerek esetében a rendszerelméleti megközelítés a rendszer működésének és szerkezetének leírásának egy jól használható módszere.

A rendszerelmélet eljárásai: leíró, játékelmélet, döntéselmélet, topológia, információelmélet.

A rendszerelmélet alkalmazása rendkívül hatékony és gondolatébresztő eredményeket hoz a különböző tudományágakban (számítástechnika, menedzsment, biológia, szociológia, termodinamika, stb.), mivel az adott tudományág ismeretanyagát a filozófia és a matematikai módszerekkel és elméletekkel kiegészítve vizsgálja. A rendszerelméletnek "köszönheti" létét a mesterséges intelligencia, a humán genom, a neurális hálózatok, az önszerveződő rendszerek felismerése és egyre jobb megismerésük.

1.2. Rendszerelméleti alapfogalmak

1.2.1. Alrendszer, részrendszer, elem



Rendszernek nevezzük az általunk meghatározott kereteken belül egymással valamilyen mértékben összetartozó, egymásra ható, vagy egymástól függő dolgok összességét.

A rendszeren belül megkülönböztethetünk valamilyen szempontból egymással kapcsolatban levő elemeket (lásd alább), amelyek a vizsgálatunk szempontjából valamilyen önálló funkcióval bírnak, de nélkülük a rendszer nem lenne képes fennmaradni. Ezek képezik a rendszer részrendszereit. A rendszer tehát a részrendszerek összességének is felfogható.

Alrendszernek nevezzük a rendszer elemeinek azon halmazát, mely a rendszer szempontjából nem döntő funkciók ellátására szerveződött.

A rendszer legkisebb – a rendszer általunk meghatározott szempontja alapján –részét **elemnek** nevezzük. Ez a rendszer azon legkisebb része, melynek további felbontása vizsgáladásunk szempontjából már érdektelen.

A fentiekből következik, hogy a rendszer, alrendszer és elem relatív fogalmak, azaz egy más szempontú megközelítés esetén a rendszer egy másik rendszer alrendszere vagy akár eleme is lehet.

1.2.2. Struktúra

Struktúra alatt a rendszert alkotó elemek, alrendszerek közti kapcsolatot értjük. A struktúra a rendszer adott pillanatban észlelt és leírt állapota, amikor az elemek helyét és szerepét a rendszerben definiáljuk. Rendszerelméleti megközelítésben a struktúra leírása az egyik legfontosabb feladat.

1.2.3. A rendszer határa, környezet, zavar

A **rendszer határa** a vizsgálat szempontjából a rendszert a környezetétől, más rendszerektől elválasztó közeg. A rendszer meghatározása során fontos annak eldöntése mi tartozik a rendszerbe és mi a környezetébe.

A rendszer definíciójának relatív voltából következik, hogy a rendszer nem önállóan létezik, hanem valamilyen rendszer részeként. Ez utóbbit az általunk meghatározott rendszer **környezetének** nevezzük. A környezet az adott rendszerre hatással van. Rendszerelméleti vizsgálatban fontos a rendszer és környezete kapcsolatának vizsgálata, mivel ez a kapcsolat a rendszerek felosztásának is egyik szempontja lehet.

A rendszereket működésük során olyan jelek, **zavarok** is érik, melyek működésüket hátrányosan befolyásolják. Ezek megismerése a rendszerek működőképessége érdekében szükséges.

1.2.4. Az interfész, input-output, folyamat



Az **interfész** (interface) a rendszer és környezete közti kapcsolat valós vagy virtuális közege. Más megközelítésben a rendszerbe a környezetéből bejutó anyagi vagy virtuális hatások (input) illetve a rendszerből a környezete felé leadott anyagi vagy virtuális hatások (output) továbbítására szolgáló közeg.

Az **input** a rendszert kívülről érő hatások (anyag, energia, információ, stb.). Az **output** a rendszerből a környezete felé történő hatás. Ha az input és az output közt összefüggés van, visszacsatolásról (vagy zárt hurok), ennek hiányában feldolgozó (vagy nyílt hurok) rendszerről beszélünk. Visszacsatolás során a rendszer a bemenettől függően változtatja meg a kimenetét – ezt vezérlésnek is nevezzük. A visszacsatolás egy adott típusú input hatására bekövetkező output-ot jelent. Azonban bonyolult rendszerekben többféle input lehetséges, s ezekhez – visszacsatolás esetében – többféle, de egy-egy adott inputra jellemző output jön létre. Ashby törvénye szerint a visszacsatolással rendelkező zárt hurkú rendszerekben minden lehetséges inputhoz tartozik egy output.

A **folyamat** a rendszer elemeinek kapcsolata egymással, a rendszerben végbemenő állapotváltozások sorozata. A rendszerek irányítása történhet vezérléssel (azaz folyamatos beavatkozással a folyamatokba) vagy önszabályozással (visszacsatolással, lásd előbb). A folyamatvezérléssel a kibernetika tudománya foglalkozik.

1.3. A rendszerek típusai

1.3.1. Nyílt, zárt rendszerek, entrópia

A rendszereket különböző szempontok alapján, különféle módon osztályozhatjuk.

A rendszerek környezetükkel fenntartott kapcsolatok alapján lehetnek zártak vagy nyitottak.

- Zárt rendszer elméletileg az olyan rendszer, amely a környezetével nem tart kapcsolatot, nincs se inputja, se outputja. A zárt rendszer ebben az értelemben azt jelenti, hogy egy adott időszakban nincs a rendszernek kapcsolata környezetével, de kellően nagy időtávot vizsgálva az egyébként rövidebb időtávon zártnak vélt rendszer is valójában nyitott (pl. egy gránitsíkla).
- Nyitott rendszer, amely környezetével, más rendszerekkel kapcsolatot tart fenn.

Az entrópia (görög eredetű szó) egy rendszer rendezetlenségi fokát jellemző mennyiség; rendezetlenségi mérték. Az entrópia fogalmát elsősorban a hőtan és az informatika alkalmazza. Egy zárt rendszerben a spontán folyamatok révén a rendszer entrópiája mindaddig nő, amíg be nem áll egy egyensúlyi állapot, ekkor a rendszer entrópiája maximális.

1.3.2. Fizikai, fogalmi rendszerek



Materiális (fizikai) rendszer a valóságban létező, konkrét rendszer.
Fogalmi (elméleti, absztrakt) rendszer a valóságban nem létező, elvont fogalmak által alkotott rendszer (pl. negatív számok halmaza).

1.3.3. Irányított, adaptív, regeneratív, reflektív, magasabb rendűek, társadalom, transzcendens rendszerek

A rendszer **elemeinek helyzete** alapján statikus és dinamikus rendszer:

- Statikus rendszerben az elemek helyzete, a rendszer struktúrája nem változik.
- Dinamikus rendszerben az elemek helyzete folyamatosan változásban van.

A rendszer **elemeinek funkciója** alapján működő és nem működő (statikus) rendszer:

- Nem működő rendszerben az elemek közti kapcsolat nem változik.
- Működő rendszerben az elemek közti kapcsolatok folyamatosan változnak.

A rendszerek **eredetük** alapján természetes és tervezett rendszerek lehetnek:

- Az ember által létrehozott rendszereket tervezett rendszereknek nevezzük.
- A természetben meglévő rendszereseket természetes rendszereknek nevezzük.

Külső behatásra adott **válasz** alapján determinisztikus és határozatlan rendszerekről beszélünk:

- Ha a rendszer külső hatásra meghatározott módon reagál, determinisztikus rendszerről van szó.
- Ha a rendszer válasza nem kiszámítható határozatlan rendszerről van szó.

Attól függően, hogy a rendszer működésének van-e meghatározott **célja**, beszélünk

- nem cél orientált és
- cél orientált rendszerekről. A célorientált rendszer működése során valamely állapot elérésére törekszik.

1.4. A rendszerek vizsgálata

A rendszerek vizsgálatakor leírjuk struktúráját, rendeltetését, funkcióját, működését, kapcsolatát a környezetével.

Először a rendszer egészét vizsgáljuk, majd ezt követően a környezetét vesszük szemügyre, meghatározzuk a rendszer határait. Ezt követően a rendszert magát vesszük szemügyre; vizsgáljuk és meghatározzuk a rész- és alrendszereket, ezek kapcsolatát egymással. Végül az elemeket vizsgáljuk. A rendszer vizsgálata a rendszer modell leírásával zárul.



A rendszerek vizsgálata analitikus, modellezéses, "fekete doboz" és rendszerelméleti módszerrel történhet.

1.4.1. Analitikus módszer

Homogén elemekből álló rendszerek vizsgálatára alkalmas. Az elemi összetevőket leírja, majd elemzi a közöttük levő kapcsolatot.

1.4.2. Modellezés módszere

Olyan rendszereknél, amelyek még nem léteznek (tervezési fázis), vagy a rendszer közvetlen vizsgálata túl költséges, időigényes volna, akkor fordulunk ehhez a módszerhez.

1.4.3. „Fekete doboz” módszer

Ezt a módszert akkor alkalmazzuk, ha nincs lehetőségünk a rendszer belső részeinek (rész-, alrendszerek) közvetlen vizsgálatára. Ilyenkor a rendszer és környezete kapcsolatából próbálunk következtetni a rendszerre. Vizsgáljuk a különböző külső hatásokra (input) létrejövő válaszokat (output), amelynek révén a rendszer belső szerkezetére vonunk le következtetéseket.

1.4.4. Rendszerelméleti módszer

Komplex rendszerek vizsgálatánál alkalmazzuk. Ilyenkor a rendszert a maga komplexitásában vizsgáljuk, s elkerüljük a részletek külön-külön vizsgálatát. Nem csak a komplex rendszerek vizsgálatában hasznos ez a megközelítés, hanem akkor is, ha a rendszer elemei rendkívül sokfélék, mivel ha ezeket sorba vennénk, elvesznénk a részletekben.

A két leggyakrabban használt módszer összehasonlítása az 1.1. ábrán.

1.1. ábra Az analitikus és rendszerelméleti elemzés összehasonlítása

Analitikus	Rendszerelméleti
Izoláltan, elemekre koncentrálnak.	Egyesít és az elemek közti interakciókra koncentrálnak.
Az interakciók természetét tanulmányozza.	Az interakciók hatását tanulmányozza.
A részletek precizitását hangsúlyozza.	Az egészet értelmezi.
Egy időben egy változóval dolgozik.	A változók csoportját szimultán módosítja.
Időben független, a változást reverzibilisnek tekinti.	Az időben integrál és irreverzibilisnek tekinti a változást.
Részletes és pontos modelleket alakít ki,	Modelljei nem eléggé rigorózusak, de



melyek konkrét esetekben használhatatlanok (pl. ökonometriai modellek).	konkrét esetekben használhatók (pl. Római Klub).
Megközelítése hatásos, ha az interakciók lineárisak és gyengék.	Akkor használható, ha az interakciók non-lineárisak és szorosak.
Használata disciplina-orientált oktatáshoz vezet.	Használata multidiscplináris oktatáshoz vezet.
Olyan akciókat generál, melyek a részletekig programozottak.	Tények (eredmények) által meghatározott akciókhoz vezet.
Olyan tudást generál, melynek céljai gyengén meghatározottak.	Célorientált tudást ad, fuzzy logika!



2. Egészségügyi rendszerek

2.1. Az állam és funkciói (lásd még 15. fejezet)

Az államnak a történelem folyamán változó szerepe volt az élet fő területeinek irányításában. Az írott történelmünk jelentős részében az állam olyan – azóta klasszikussá vált – funkciókat látott el, mint a honvédelem, a belső rend fenntartása, az igazságszolgáltatás, a pénzügyek és az adópolitika. A XIX. században a liberalizmus térnyerésével ehhez társult az oktatásban betöltött egyre fokozódó szerep, majd a klasszikus kapitalizmus idején a jóléti funkciók (szociális ellátás, nyugdíjrendszer). A XX. században ehhez még az egészségügyi ellátásról való gondoskodás különböző mértéke is társult. Természetesen az egyes politikai rendszerekben és államokban nagyon eltérő lehet az állam szerepe. A szocialista rendszerben az állam totalitárius volta abban nyilvánult meg, hogy az élet minden területén az állam irányító szerepet töltött be. Az előbb felsoroltakon túl a gazdaság (állami tulajdonban voltak a gyárak, üzletek, a mezőgazdaság, bankok, stb.) és a szellemi élet (kulturpolitika, oktatás) területén is az állam irányított.

Az állami szerepvállalás lehet totális, azaz az eszközöket is az állam birtokolja, nem csak az irányításban van döntő szerepe (pl. honvédelem), más esetben részleges, azaz az állam az irányítás mellett nem tulajdonolja a végrehajtás eszközeit (pl. magán nyugdíjpénztárak) illetve az állam a feladat ellátását garantálja és a működtetés feltételeit írja elő (pl. háziorvosi rendszer hazánkban).

Az egészségügyi ellátás biztosítása ma sem állami feladat a világ számos országában. Még az Egyesült Államokban is csak a legszegényebbek illetve az idősek egészségügyi ellátása állami feladat (Medicare, Medicaid rendszer), s a világ szegény országaiban sincs a társadalom egésze számára szervezett és államilag garantált egészségügyi ellátórendszer.

Magyarországon az állam szerepvállalása az egészségügyben az elmúlt évtizedekben többször is változott. A rendszerváltásig a szocialista egészségügyben az állam irányító szerepe mellett az állam tulajdonában volt az ellátórendszer valamennyi szegmense (háziorvosi rendelőtől a kórházakig bezárólag), az egészségügyi dolgozók állami alkalmazottak voltak, az egészségügy finanszírozása az állami költségvetésből történt, s az egészségügyi ellátás – fokozatosan - a teljes lakosságra kiterjedt – állampolgári jogon. A rendszerváltás követően ezt a monolit struktúrát, annyiban változtatták meg, hogy

- az állam változatlanul fenntartotta az irányítói jogkörét,
- biztosítási alapokra helyezték az igényjogosultságot, azaz az ellátást csak a járulékot megfizetők kaphatják térítésmentesen vagy részleges térítési díj ellenében,
- a biztosító ugyan önálló költségvetéssel gazdálkodik, de mivel része az államháztartásnak, az esetleges hiány fedezésére az állam garanciát vállal, és egyre nagyobb mértékben adókból fedezi az ellátás költségeit.
- az ellátórendszerben a magán és egyéb (pl. egyházi) tulajdonú ellátók is szerepet kaptak,



- az ellátó rendszerben (még az állami tulajdonúban is) nem csak állami alkalmazottak, de önálló vállalkozók is működhetnek.

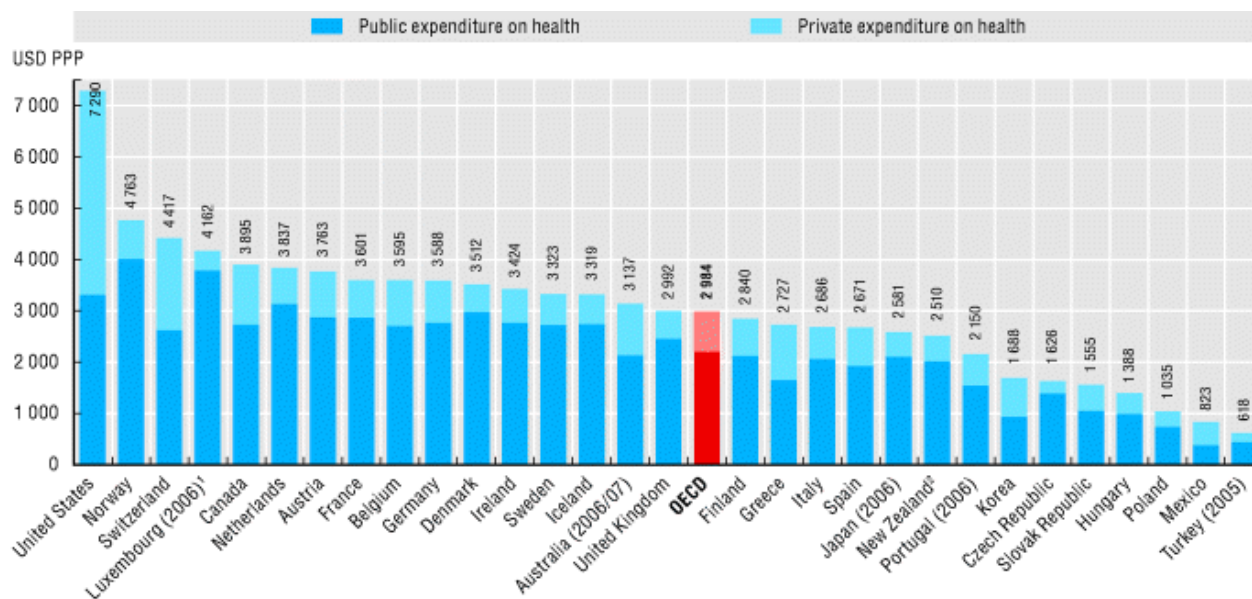
Az egészségügynek az állami működésben betöltött szerepét jól mutatja, hogy az állami nagy elosztórendszerek között hol helyezkedik áll a költségvetés szempontjából (2.1.ábra).

2.1. ábra Az egészségügy részesedése (a költségvetési kiadások százalékában) az állami kiadásokból Magyarországon. (ÁSZ jelentés, Pulay Gy.)

Funkciók	EU-15 2005	Magyarország			
		2005	2006	2007*	2010*
Állami működés	21,2	15,0	14,3	12,7	13,0
Oktatás	11,0	12,5	11,8	11,1	11,1
<u>Egészségügy</u>	<u>14,0</u>	<u>10,2</u>	<u>9,8</u>	<u>9,3</u>	<u>8,7</u>
Szociális védelem	40,3	31,4	31,9	32,5	34,7
Gazdasági funkciók	9,3	13,4	15,9	15,6	13,4
Összesen	100	100	100	100	100

Az egészségügy állami szerepvállalásának másik lehetséges mérőszáma az egészségügyi kiadások (köz és magán kiadások) részaránya a nemzeti jövedelemből (2.2. ábra). (lásd még 2.8.1.)

2.2. ábra Az egészségügyi kiadások részesedése a nemzeti jövedelemből – sötétkék: közkiadások, világoskék: magánkiadások. Az összehasonlíthatóság érdekében az adatokat vásárlóerő paritáson, USD-ban adták meg. (vagabondscholar.blogspot.com/2010/04/health-c)



2.2. A nemzetgazdaság

A nemzetgazdaság egy nemzet (ország) egy adott időszakban rendelkezésre álló termelésének, fogyasztásának, megtakarításainak, beruházásainak összessége.

A nemzetgazdaságnak – szűkebb értelemben – három alanya van. A kormányzat, amely termelő és fogyasztó egyaránt, illetve az állami újraelosztás (adók beszedése és támogatások, stb. kiadása révén) szervezője, illetve esetenként a beruházások támogatója (vissza nem térítendő támogatások). A vállalatok, melyek a termelőként illetve más vállalatok (pl. áramszolgáltató) fogyasztójaként jelennek meg, s többségében ők valósítják meg a beruházásokat is. A háztartások, amelyek a megtermelt javak fogyasztói, illetve a termelés legfontosabb tényezői. A háztartások megtakarítóként is fontos szerepet játszanak a nemzetgazdaság egyensúlyának fenntartásában (állampapírok vétele).

2.3. GDP és GNP fogalma

A **bruttó hazai termék** (GDP=gross domestic product) az ország egy adott idő alatti gazdasági termelésének mértéke.

A GDP az adott idő (év) során előállított termékek és szolgáltatások összessége, függetlenül attól, hogy a felhasználás az adott országban történt-e. (Pl. Magyarország GDP-jét jelentősen- 5-6 %-kal növeli a multinacionális cégek által hazánkban gyártott, de máshol eladott személygépjárművek értéke.) Másként megfogalmazva a GDP egyenlő a fogyasztás, a beruházások és az export összegével, melyből levonják az import összegét (2.3.ábra).

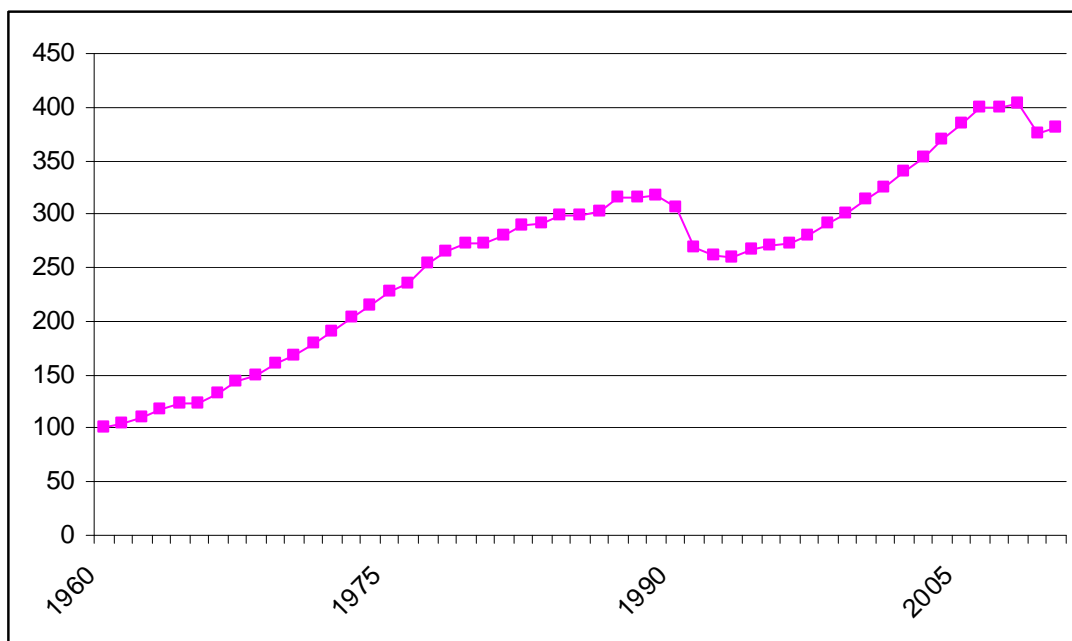
A **bruttó nemzeti termék** (GNP=gross national product) az előbbi (GDP) azon hibáját, hogy „túlbecsüli” az adott ország gazdasági teljesítőképességét, annyiban korrigálja,



hogyan a GDP-ből levonja a hazai devizakülföldiek által előállított termékek és szolgáltatások összegét, de hozzáadja a hazai magánszemélyek és vállalatok külföldön szerzett jövedelmét. Azaz, azokban az országokban – pl. USA, Anglia – ahol a tőkekihelyezés mértéke magas, ugyanakkor viszonylag kevés külföldi tulajdonú vállalat, magánszemély tevékenykedik, ott ez a mutató a GDP-től lényegesen nem tér el, de az olyan országokban, mint pl. hazánk is, ahol viszonylag alacsony a tőkeexport, de magas a devizakülföldiek által előállított érték, ez a szám lényegesen eltér a GDP-től.

Az elméleti vitán túlmenően, a fogalmaknak abban van jelentősége, hogy a GDP-t gyakran egy ország jólétének mérőszámaként értékelik.

2.3. ábra A magyar GDP alakulása 1960-tól, azt bázisévnek (100 %) tekintve. (KSH-STADAT)



2.4. Az egészségügy definíciója

Az egészségügy:

- A társadalom azon tevékenységeinek strukturált rendszere, mely az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését és gyógyítását, krónikus betegségek esetében azok kezelését szolgálja.
- Az ember és ezen keresztül a társadalom szociális biztonságának része, amelynek megteremtése és garantálása – a fejlett országokban - az állam feladata.
- Ebben a feladatban számít az egyén és a társadalom tagjainak aktív közreműködésére.

2.5. Demográfiai alapfogalmak



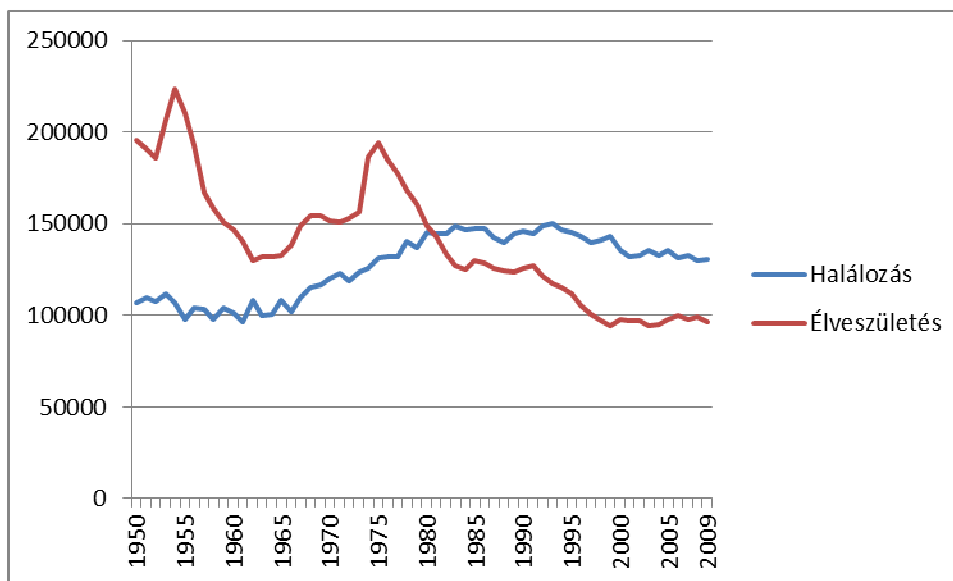
Egy ország jellemzésére demográfiai adatok szolgálnak. Az adatok egységességét nemzetközi szervezetek, elsősorban az Egészségügyi Világszervezet által elfogadott meghatározások biztosítják. Ezáltal a különböző országok adatai, illetve egy ország régióinak, kistérségeinek adatai összehasonlíthatóvá válnak. Ezek az adatok – közvetve – az adott térség egészségügyi ellátásának színvonalára is utalnak. Az adatok az egészségügy tervezése, a források allokációjának megalapozására is szolgálnak. A legjellemzőbb demográfiai adatokat Magyarország példáján mutatjuk be. A magyar adatokat a kötelező adatszolgáltatás rendszerében a Központi Statisztikai Hivatal állítja össze.

2.5.1. Élve születés, halálozás

Magyarországon 1827-től kötelező a születési adatok állami feljegyzése, addig ezt a feladatot az egyházak látták el. 1895-től vált kötelezővé az állami anyakönyvezés. Az élve született (függetlenül a kihordási időtől) gyermekek fogalmába a születés után bármikor elhaltak is beszámítanak, ha születéskor életjeleket mutattak.

A halálozás az adott évben elhunytak száma. Ennél pontosabb megközelítés és a különböző országok összehasonlítását – első megközelítésben - a nyers halálozási arányszám (ráta) mutatja meg. Ez egy adott évben ezer lakosra jutó elhunytak száma, az egész lakosságra vonatkoztatva. Mivel ez az arány nem veszi figyelembe azt, hogy a különböző populációkban eltérő a különböző korosztályok aránya, még ez a szám sem ad értékelhető összehasonlítási alapot a különböző populációkban. Ezt a nehézséget a standardizált halálozási arányszám adja meg, amikor a populációk halálozását egy közös, választott populáció, kor szerinti megoszlásával súlyozva számolják (2.4. ábra).

2.4. ábra A magyar élve születési és halálozási (nyers) adatok 1950-2009. (KSH-STADAT)

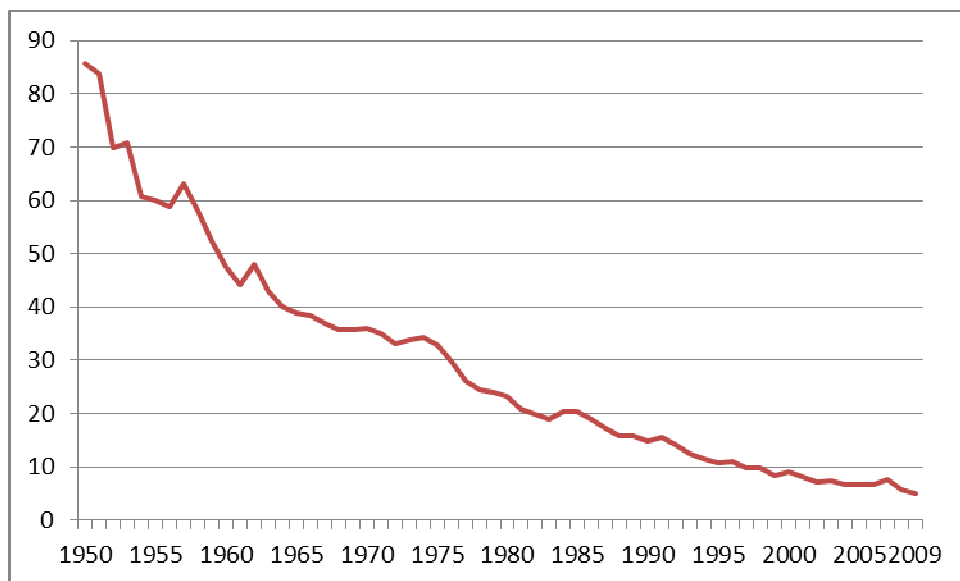


2.5.2. Perinatalis mortalitás

Perinatalis szaknak nevezzük a szülést követő 168 órát – az élet első hetét. Az ezen idő alatt elhunyt gyermekek (függetlenül attól, hogy a terhesség melyik időszakában történt az élve születés) számát vetítjük 1000 szülésre, s ez a perinatalis mortalitás mérőszáma. A perinatalis mortalitás egy adott ország egészségügyi kultúráját (várandósok életmódja) és az egészségügyi ellátás színvonalát (terhesgondozás) és hozzáférhetőségét jelzi, azaz az adott ország fejlettségének egyik mutatójaként használják. Magyarországon ez a mutató 7 ezrelék, Csehországban 4 alatt, Romániában 8 felett volt 2011-ben.

Hasonló mérőszámnak tartják a csecsemőhalandóságot, azaz az egy éves kor alatt elvesztett gyermeke számát ezer élve születésre vetítve (2.5. ábra). A fejlett országokban ez a mutató 10 ezrelék alatt van. Magyarországon 2010-ben ez a mutató 5,3 ezrelék volt.

2.5.ábra A csecsemőhalandóság (1 000 élveszületésre vetítve) alakulása Magyarországon 1950-2009. (KSD-STADAT)

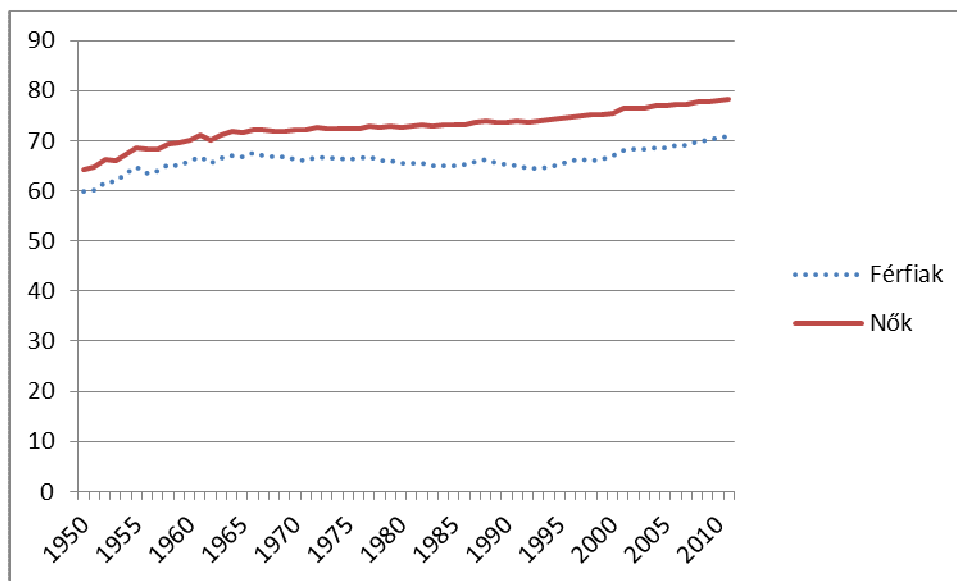


2.5.3. Születéskor várható élettartam

Az egyik leggyakrabban idézett adat, amelyet az adott ország, s egészségügyi rendszere fejlettségének mutatószámaként is használnak, noha értéke nem csak az egészségügy teljesítőképességén múlik (pl. háborúk hatása).

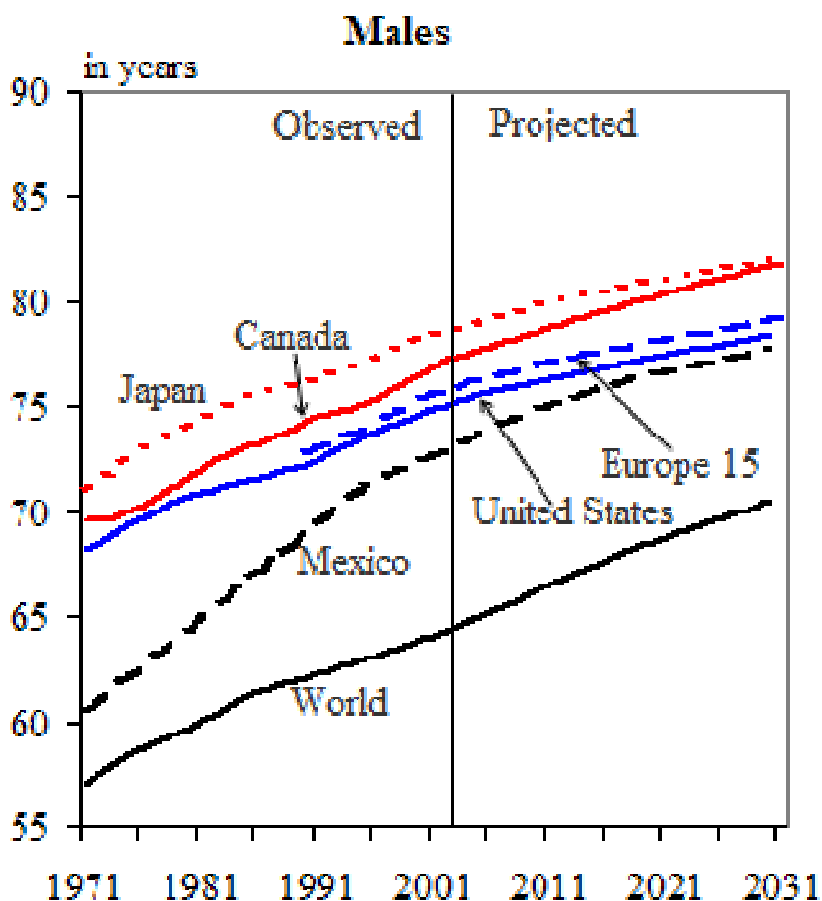
Ez a szám azt mutatja meg, hogy az adott évben születettek, ha életük során a halálozási viszonyokat jelentősen befolyásoló esemény nem volna (pl. háborúk, járványok) átlagosan hány évet élhetnének meg. A kiszámítás alapja az adott időszakban érvényes korszpecifikus halálozás (lásd 2.5.1). Magyarországon a 2011-ben született férfiak várható élettartama 70,9 év, a nőké 78,2 év volt, ezen értékek 1990-ben 65,1 és 73,7 év voltak. (2.6 ábra)

2.6.ábra A születéskor várható élettartam alakulása Magyarországon 1950-2011. (KSH-STADAT)



A fejlett országokban a XIX. század végén, a XX. század elején az általános életviszonyok javulása következtében, majd a XX. század közepétől az orvostudomány fejlődése (védőoltások) révén a gyermek és csecsemőhalandóság nagymértékű csökkenése következtében jelentősen javult a születéskor várható élettartam. A XX. század végén a halálozások is jelentősen későbbre tolódtak a gyógyító orvostudomány fejlődése révén, de ez már csak kisebb mértékben tudta növelni a születéskor várható élettartamot (2.7. ábra).

2.7.ábra A férfiak születéskor várható élettartamának alakulása (számolt és prognosztizált) egyes országokban és ország csoportokban (<http://www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/figures/figure11a-en.gif>)



2.5.4. Termékenységi ráta

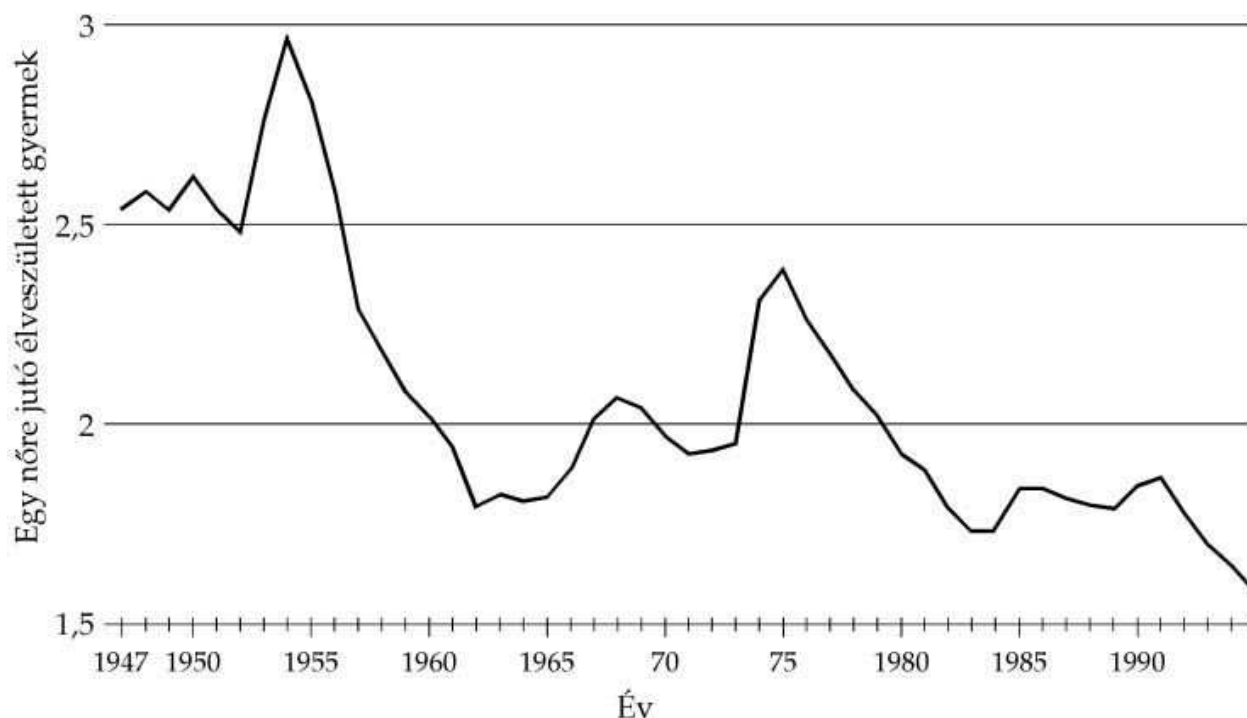
A teljes termékenységi arányszám (TFR=Total Fertility Rate) a szülőképes korú (15-49) nőkre számított születések átlaga.

Biológiai okokból (meddőség, a potenciális anya súlyos betegsége, stb.) a népesség egyszerű reprodukciójához (azaz a népességszám fenntartásához) ennek a számnak a 2,1-et meg kellene haladnia. Ekkor a populáció létszáma nem csökkenne, mert ez a születésszám nem csak a szülőket, de az utód nélkül elhaltak számát is pótolná.

Magyarországon az elmúlt évtizedekben ez az arányszám fokozatosan csökkent. A mutatószám az 1960-as évek elején csökkent a kritikus 2,1 érték alá, s azóta is, kisebb javulások (1970-es évek: GYES bevezetése, „Ratkó” korszak gyermekeinek szülőképes korba lépése, stb.) ellenére fokozatosan tovább csökken (2.8. ábra).



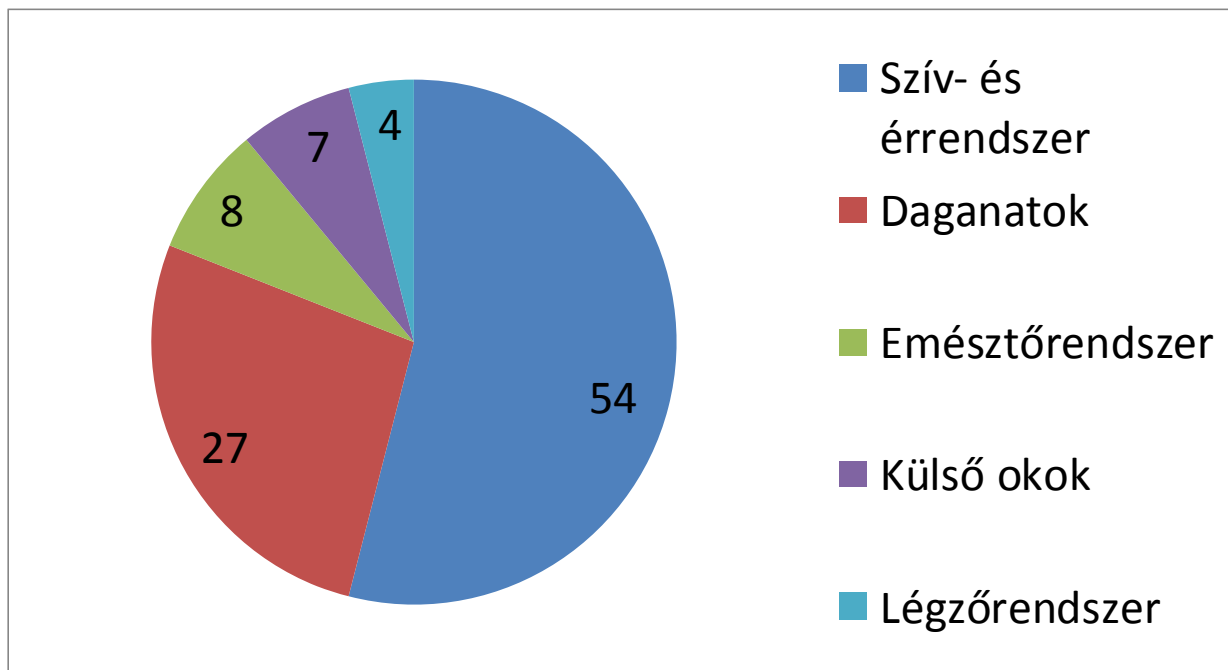
2.8. ábra A termékenységi ráta alakulása Magyarországon az elmúlt évtizedekben (mek.niif.hu/02100/02185/html/img/2_5_06g.jpg).



2.5.5. Halálóki statisztika

A halálozás esetén kötelező az elhunyt halálának megállapítása, amit csak orvos végezhet. Ekkor kötelező a halott vizsgálati bizonyítvány kitöltése, amely tartalmazza a halál közvetlen okát és a halálhoz vezető betegségeket, szövödményeket. A halott vizsgálati bizonyítvány egyéb hatósági (pl. anyakönyvezés, temetkezés) célok mellett a halálóki statisztika alapja. A halálókként szereplő betegségeket a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) előírása szerinti megnevezéssel és kóddal köteles megnevezni a kitöltő orvos. Az ennek alapján készült statisztika a halálozások okait mutatja be (2.9. ábra) A korcsoportra vetített halálozás további elemzéseket tesz lehetővé, s mivel hasonló statisztikát, azonos elvek szerint az Egészségügyi Világszervezethez (WHO) tartozó valamennyi országban vezetnek, így az adatok összehasonlíthatóak. Nemzetközi összehasonlításról a 20. fejezetben esik szó.

2.9. ábra A halálozások vezető okai Magyarországon (%)



2.6. Az egészség dimenziói

Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya. (WHO)

Az egészség fenti definíciójából következik, hogy az egészség több dimenziójú fogalom.

- Biológiai egészség: a szervezet megfelelő működése.
- Mentális egészség: a tiszta és következetes gondolkodás képessége.
- Emocionális egészség: az érzések felismerésének, ill. azok megfelelő kifejezésének képessége.
- Szociális egészség: másokkal való kapcsolat kialakításának egészsége.
- Leleki egészség: személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveink, illetve a tudat nyugalmanak és az önmagunkkal szembeni békéje.

2.7. Az egészségügyi rendszerek fő típusai

Az egyes országok egészségügyi rendszerei jelentősen különböznek egymástól, ezért felosztásuk többféle szempont szerint történhet.

2.7.1. Biztosítás alapú



A biztosítás alapú rendszerek fő jellemzője, hogy az egészségügyi ellátás feltétele az egyén (és családja) biztosítási jogviszonya egy adott egészségbiztosítóval. A biztosítás lehet kötelező jellegű (minden munkáltatóra, bizonyos keresethatárig, stb.) vagy önkéntes. Ezen túlmenően működhet egy vagy több egészségbiztosító az egészségbiztosítás rendszerében. További felosztásra ad alkalmat, hogy az állam milyen szerepet vállal a biztosító(k) működtetésében, fenntartásában.

A biztosítás alapú ellátás fő jellemzője, hogy a fizető (a biztosított és adott esetben munkaadója) és a szolgáltató mellett egy harmadik szereplő, a biztosító intézi a pénzügyi transfereket, a kockázatmegosztás elve (azaz a költségeket a kockázatközösség - a biztosítottak összessége – viseli és nem közvetlenül az egyén) alapján. A szolidaritáson alapuló rendszer általában nem engedi meg, hogy a jövedelem nagyságán túlmenő szempontok alapján történjen a befizetés előírása, szemben az üzleti (kockázati) biztosítókkal, ahol az adott egyén kockázati tényezőinek meglététől (életkor, korábbi megbetegedések, krónikus betegségek megléte, eltartottak száma, stb.) függ a díjfizetés mértéke.

2.7.2. Állami szolgáltatás

Ebben az esetben az állam az egészségügyi rendszer fenntartója és az egészségügyi ellátás feltételeit és keretét is az állam szabja meg. Ebben az esetben a rendszer finanszírozása államilag beszedett adókból, a költségvetésben megtervezett módon történik. Azaz itt is kockázatközösség áll fenn (az adófizetők összessége), s nem a megbetegedett egyén fizeti meg közvetlenül az ellátás során felmerülő költségeket.

2.8. Az egészségügy költségessége

2.8.1. Közkiadások, magánkiadások, (lásd még 3. és 17. fejezet)

Az egészségügyre költött összegek különböző szempontból vizsgálhatók. A legáltalánosabb szempont, hogy ki fedezi a költségeket.

Közkiadás esetén a költségek fedezetét a közösség biztosítja vagy az állam központi szervei az állami költségvetésből, vagy a települési önkormányzatok. Természetesen a költségfedezet az egyénektől, vállalatoktól származik a befizetett adókból, járulékokból és egyéb bevételekből.

Magánkiadás esetén a költségeket közvetlenül az egyén viseli (2.2. ábra).

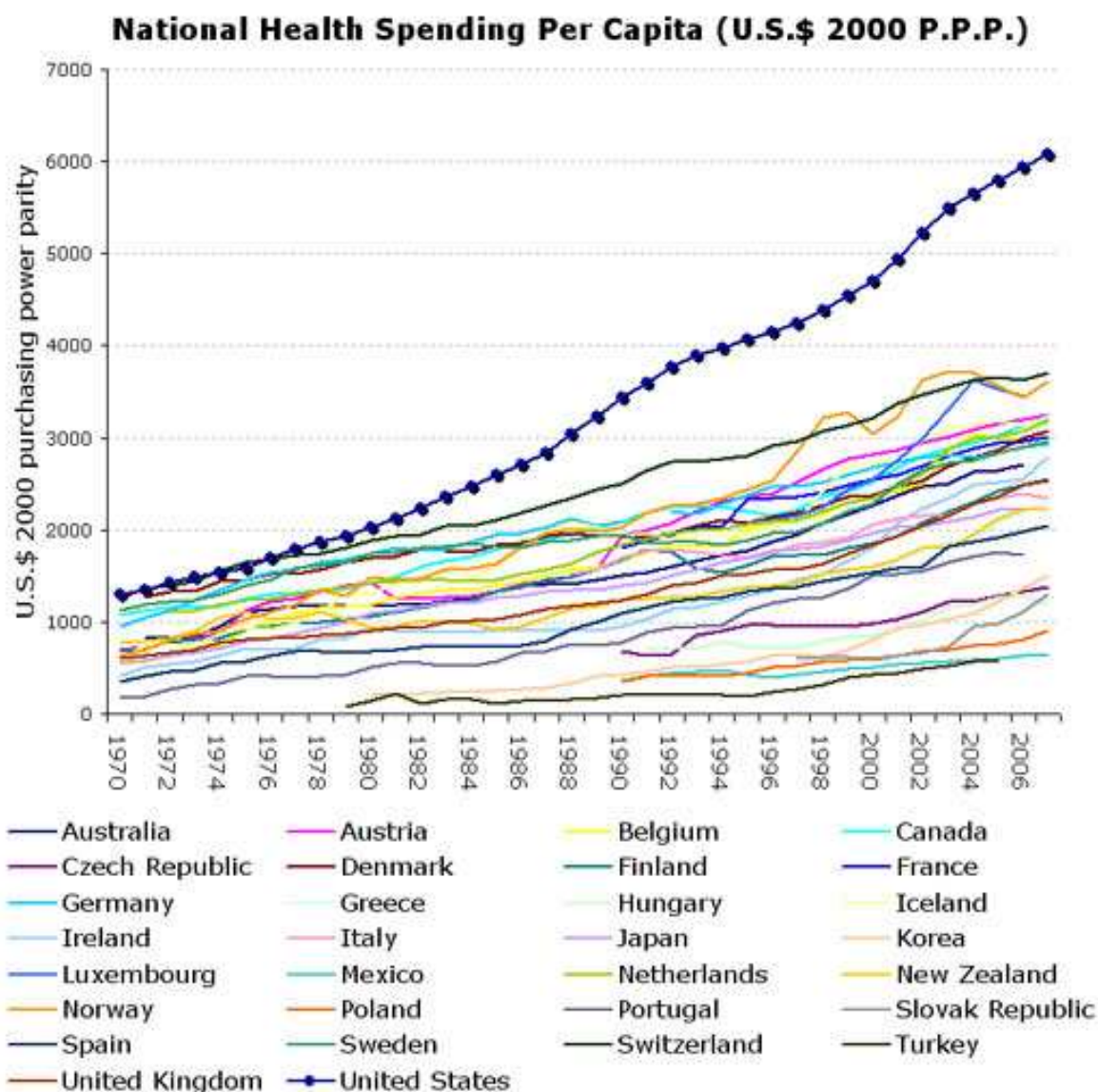
Megjegyzendő, hogy az is időszakonként és országonként változik, mit tartunk egészségügyi költségnek (pl a prevenció költségei – fogkefe, fogkrém vétel költségei). Az OECD egészségügyi számlák rendszere ezen próbál változtatni azzal, hogy tagországai egységes definíciók alapján számolják ki az egészségügyi költségeket.

2.8.2. Költségnövekedés (demográfiai trendek, migráció, technológiai költségrobbanás)



A XXI. század egészségügyét világszerte komoly kihívások érik, amelyek közül a legnagyobb gondot a költségnövekedés okozza (2.10. ábra).

2.10.ábra Az egészségügyi költségek növekedése a világ különböző országaiban USD-ban, vásárlóerő paritáson számolva. (<http://economix.blogs.nytimes.com/2009/07/08/ck/>)



Az egészségügyi ellátásoknak a kor színvonalán történő biztosítása számára legfontosabb kihívások:

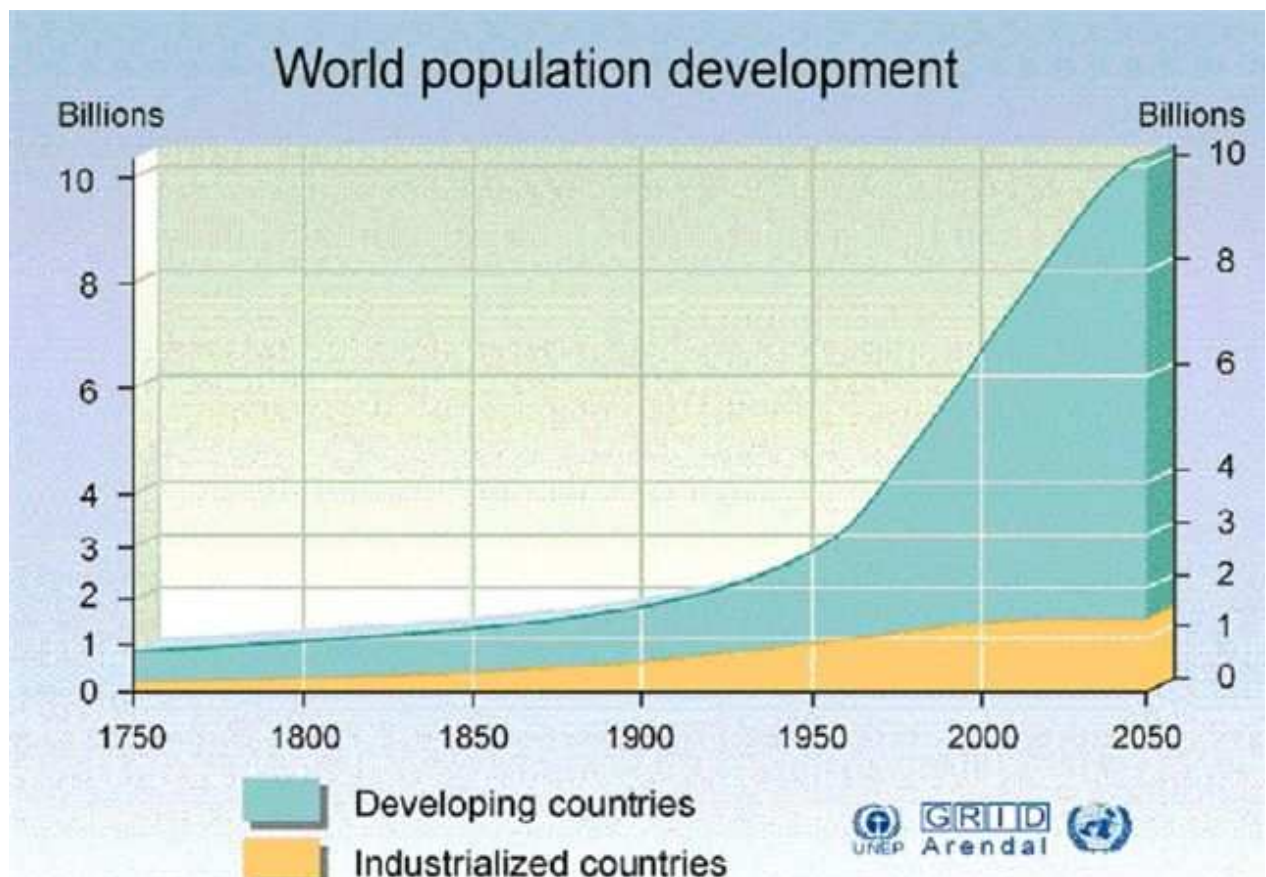


- a demográfiai változások;
- a népesség migrációjának hatásai;
- az egészségügyi ellátás költségeinek folyamatos növekedése.

Ezek a hatások az egyes országokat, ország csoportokat eltérő mértékben érintik. Magyarország a kihívások szempontjából a fejlett országokéhoz hasonló problémákkal néz szembe.

A **demográfiai** változások eltérő módon érintik a különböző országokat. A világ népessége globálisan növekszik (2.11. ábra).

2.11.ábra A világ népességének alakulása (<http://www.treehugger.com/World-Population-Growth-2050.JPG>) (billions= milliárdok, developing = fejlődő, industrialized= fejlett országok)

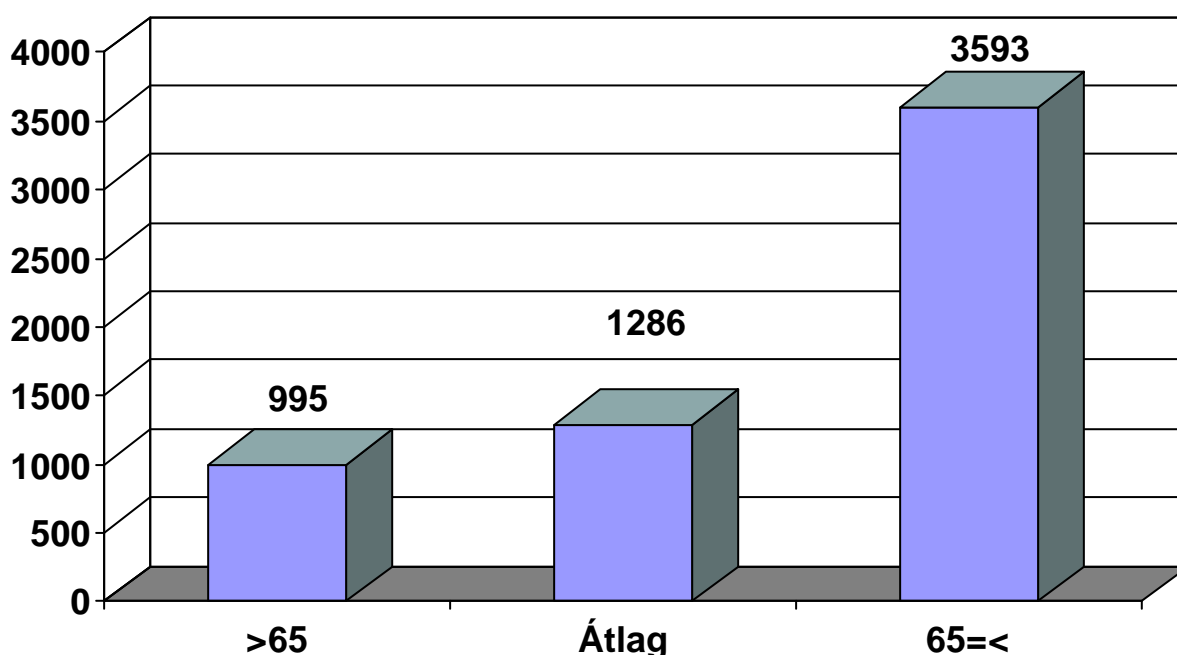


Ugyanakkor ez a növekedés földrészenként eltérő. A fejlődő országokban a növekedés jelentős, bár a XX. században tapasztalt emelkedés már megállt és ezekben az országokban is fokozatosan csökken a növekedés üteme. A fejlett országokban a lakosság szám természetes



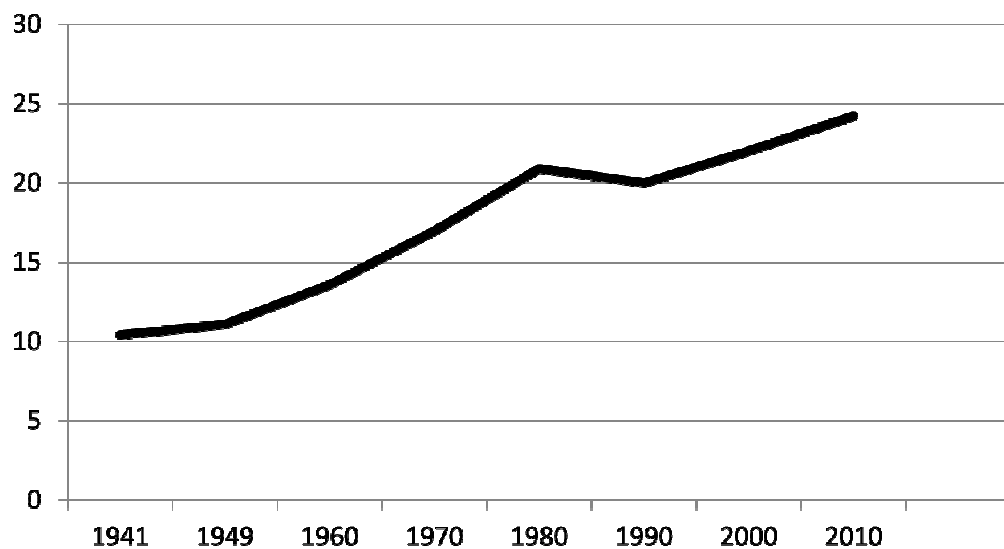
szaporodása megállt, sőt néhány országban – így hazánkban is - csökkenőben van. Amíg a magas reprodukciós rátájú országokban a fiatalok, a gyerekek egészségügyi ellátása okoz komoly gondot, addig a fejlett országokban az időskorúak részarányának növekedése, s ezáltal az egészségügyi ellátás iránti igény növekedése jelent egészségpolitikai és gazdasági kihívást (2.11. ábra).

2.11. ábra. Az egészségügyi ellátás költségeinek alakulása az életkor függvényében az Egyesült Államokban (1985-ös adatok USD-ban).



Az idős népesség eltartottsági rátája azt mutatja meg, hogy a 65 éven felüliek száma hogyan aránylik a 15-64 évesek számához. Ez leegyszerűsítve azok arányát mutatja meg, hogy akiknek járulékaiból az egészségügyi rendszert finanszírozni kellene. Magyarországon ez a mutató fokozatosan „romlik” (2.12. ábra).

2.12. ábra Az idős népesség eltartottsági rátájának alakulása Magyarországon 1941-2010. (KSH-STADAT)



A világ történetében folyamatosan zajlott és most is zajlik a népek **migrációja**, vándorlása (2.13 ábra).

2.13. ábra A népek vándorlása Európában a középkorban.



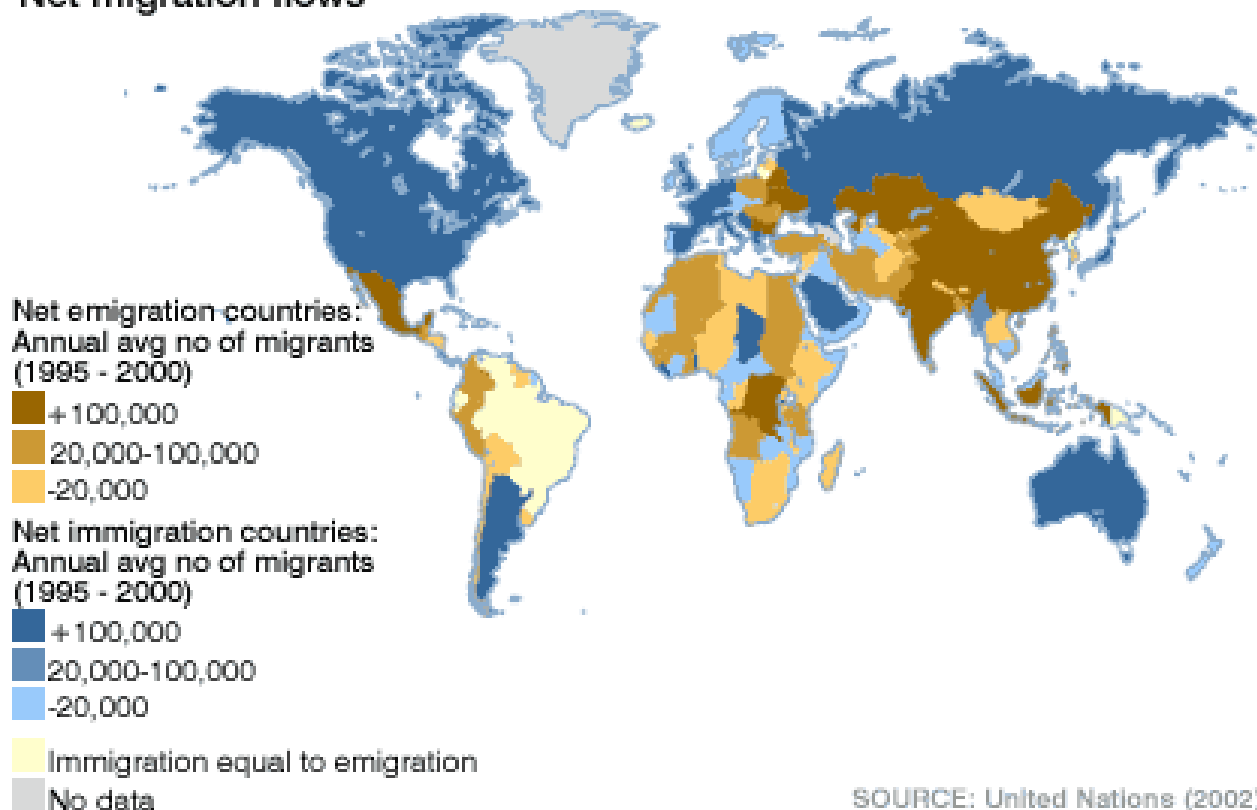
Vannak kibocsátó országok (zömmel a gazdaságilag gyengén fejlett országok) és vannak fogadó országok (főleg a fejlett gazdasággal rendelkező, „gazdag” országok) (2.14. ábra).

2.14. ábra.

A világ mai migrációs folyamatai (marukuwato.multiply.com/journal/item/79)



Net migration flows



A migráció számos oka közül kiemelendők a háborús konfliktusok és a gazdasági okok. Az okoktól függően a migráció hatása is eltérő az egyes országokra. A háborús konfliktusok miatti migráció a kibocsátó országokban munkaerőhiányhoz, gyakran a képzett munkaerő hiányához, s gazdasági veszteséghez vezet. A gazdasági okokból távozóknak esetében is a kibocsátó országot érik veszteségek, hiszen a képzettségre, egészségügyi ellátásukra fordított – bármily alacsony – ráfordítás elveszik az adott országban.

Ugyanakkor a fogadó országokban is gazdasági problémákat okozhat a nagyszámú háborús migráns fogadása, egészségügyi ellátása „katasztrófa helyzetben” (pl. az „arab tavasz” nyomán Dél-Európában). A gazdasági okokból migráns tömegek befogadása társadalmi beilleszkedési zavarokat, a munkaerőpiac krízishelyzetében konfliktusokat eredményez („multikulturalizmus” problémái). Általánosságban igaz, hogy a migránsok egészségügyi kultúrája és egészségi állapota alacsonyabb színvonalú a befogadó államok állampolgáraihoz képest, ez az adott ország egészségügye számára többlet feladatot és terhet jelent.

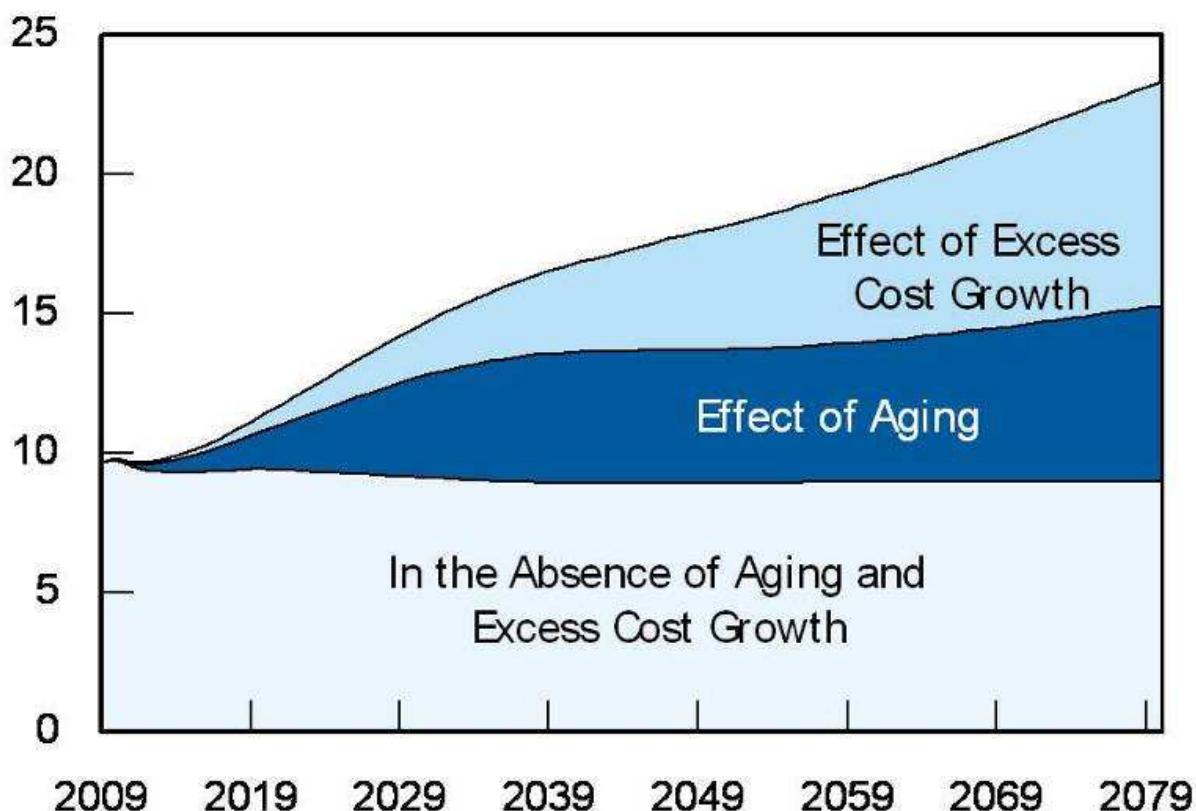
Az egészségügyi ellátás **technikai fejlődése** –ellentétben más területeken tapasztaltakkal – nem jár a munkaerő szükséglet csökkenésével, sőt az új specialitások (pl. intenzív terápia) még fokozottabban munkaerő igényesek, s általában képzettebb munkaerőt



foglalkoztatnak. A technikai fejlődés egyre hatékonyabb eszközöket hoz létre, de ezek egyúttal komplikáltabbak és költségesebbek is (pl. röntgen gép helyett komputertomográf-CT). Hasonló a helyzet a gyógyszeripar esetében is. Az új, hatékonyabb készítmények kifejlesztése a mai kor szigorúbb hatásági előírásai miatt sokkal költségesebb (lásd. 12.2 fejezet), s az új szerek gyakran nem a hagyományos kémiai, hanem a jóval költségesebb biotechnológiai úton kerülnek előállításra, mindez itt is a költségnövekedés irányába hat.

Összefoglalóan a fejlett országokban a költségnövekedés főbb elemeit a 2.15. ábra mutatja be.

2.15. ábra Az egészségügyi költségnövekedés okainak változó aránya.
(<http://cboblog.cbo.gov/wp-content/uploads/2009/07/slide10.jpg>)



2.9. Az egészségügyet meghatározó egyes tényezők: (lásd még 4. fejezet)

Egy ország, ezen belül egy-egy egyén egészségi állapotát számos tényező befolyásolja. Ebben a fejezetben néhány, az egyén egészségére ható, s ezáltal a népesség egészségi állapotát,



ennek következtében az egészségügyi ellátást befolyásoló tényezőt vizsgálunk meg részletesebben.

2.9.1. Gazdaság

Az nyilvánvaló, hogy a gazdaság állapota, teljesítőképessége meghatározza – bizonyos határok között – az egészségügyre fordítható forrásokat, elsősorban a közkiadások révén, de közvetve a magánkiadásokat is érinti. A közkiadások meghatározásában az államnak ugyan meghatározó szerepe van, de a világszerte egyre kiteljesedőben lévő globalizáció több tekintetben szűkíti az állam döntési lehetőségeit.

A globalizáció jól látható következménye a multinacionális vállalatok megjelenése, melynek következtében egyre kevesebb, de egyre nagyobb méretű vállalatok jönnek létre, melyek kontroll alatt tartása feszegeti az egyes államok képességeit. A multinacionális vállalati döntés következtében munkahelyek tömege szűnhet meg, a multinacionális vállalat nyereségadó megfizetésében – pontosabban az adócsökkentésében - jóval szélesebb lehetőségekkel rendelkezik, mint egy kisebb, helyi vállalat.

A gazdasági globalizáció másik következménye Európában az egységes valuta, az euro bevezetése. Ez szintén csökkenti a kormányok döntési képességeit a pénzügyek területén, így közvetve az egészségügyre fordítható forrásokra is hatással van.

A globalizáció hatása az áruk, szolgáltatások és emberek szabad mozgása. Ebből az áruk szabad mozgása úgy érinti az egészségügyet, hogy egy egységesülő világpiacon alakulnak ki a gyógyítás költségei: az energia, a gyógyszerek, az orvosi eszközök, stb. ára (lásd még a 20. fejezetet). Mindezek összességében a gyengébben fejlett gazdaságokat érintik kedvezőtlenül, hiszen a magasabb világpiaci ár miatt a rendelkezésre álló forrásokból kevesebbet tud vásárolni.

A gazdaságban végbemenő folyamatok közül a privatizáció is érinti az egészségügyi ellátást. Világszerte megfigyelhető a magánszektor térnyerése az egészségügyben, mivel az államok nem tudnak a fejlesztésre kellő forrást biztosítani. A magánszektor jellemzően a technikai haladás okozta költségrobbanást lovagolja meg. Az új technikák (pl. MR, PET, haemodialysis, stb.) megjelenésekor a közösségi tulajdonban levő egészségügyi intézmények nem képesek az új, költséges berendezések beszerzésére abban az ütemben, ahogy irántuk az igény robbanásszerűen megnő. Ilyenkor a magánszféra beruházásai révén komoly pozíciókat szerezhet egyes ellátási formákban. Ez jelentős konfliktusforrás azért, hogy a non-profit közszféra és a for-profit magánszféra azonos területen működik, de eltérő érdekeltséggel.

A privatizáció különösen a volt szocialista országokban jár olykor komoly konfliktusokkal.

A költségek növekedése folyamatos harcot eredményez a költségvetési források elosztásában. Nem csak az egészségügy költségessége nő, de olyan új közösségi költségekkel járó területek is megjelennek, melyek fedezete komoly kihívás a források elosztásánál (pl. környezetvédelem költségei).



2.9.2. A környezet

Az egészségi állapotra, s ezáltal az egészségügyre környezetünk jelentős befolyással bír. Itt elsősorban azokat a negatív hatásokat részletezzük, melyek egyértelműen növelik a betegségek kockázatát, ezáltal az egészségügyre fordított források jelentős részét kötik le.

A környezetszennyezés minden formája (víz, levegő, talaj) valamilyen formában károsítja az élőlényeket. Éppen ezért fontos jelenünk, de különösen a jövőnk szempontjából a környezet lehető legtermészetesebb –szennyezéstől mentes – formában megtartani illetve helyreállítani. A környezetvédelem a népegészségügyi programoknak is hangsúlyos része (4.4.1 fejezet). Magyarországon a betegségek 14-16 %-áért a környezeti tényezők tehetőek felelőssé. A különböző kémiai anyagok a direkt toxikus hatásuk mellett onkogének – daganatkeltők- és allergének lehetnek. Ezért fontos a hulladékkezelés megoldása, hogy a hulladékban előforduló onkogén hatású szennyeződés ne érhesse el a vízbázisokat (ezáltal ivóvíz révén ne kerülhessen a szervezetünkbe), ne szennyezhesse a talajt (ezáltal a növényekbe épülve ne juthasson be a szervezetünkbe). (Az Európai Unió előírásai a vízbázisok védelméről eredményezik azt, hogy Magyarországon számos település vízminősége - pl. magas arzén tartalom miatt - nem felel meg az előírásoknak. Emiatt a türelmi idő lejártával (2012.) tovább már emberi fogyasztásra nem használhatók.) Allergizáló hatásuk révén megnő a légzőszervi betegségek (rhinitis allergica, asthma), a bőrbetegségek (kontakt ekcéma, urticaria), és gyomor bélrendszeri (alimentáris allergia) betegségek száma.

A globális felmelegedés sokat vitatott jelenségének kialakulásában részben a környezetszennyezés, részben egyéb okok (erdőirtás, fokozott CO₂ kibocsátás, az ózonlyuk csökkenése, stb.) játszanak szerepet. Következménye a szélsőséges időjárási helyzetek egyre gyakoribbá válása (2012-ben Magyarországon 5 hőhullám követte egymást, ugyanakkor példátlan aszály volt), s a méréselt égővi országokban is a tartósan magas hőmérséklet. Következményesen megnő az akut kardiovaszkuláris halálozás, a kiszáradás (amely a csecsemőket és az időseket érinti) okozta morbiditás.

A demográfiai változások miatt megnő az időskorúak aránya és létszáma a társadalmon belül. Ez nem csak az egészségügyre ró feladatokat, hanem új iparágak és szolgáltatások életre hívója is (nyugdíjas házak, otthonápolási rendszer).

2.9.3. Életmód

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők közül kiemelkedik az életmód szerepe. Nem a legerősebb megközelítés, hogy elsősorban a helytelen életmód kedvezőtlen hatásaira koncentrálnak az egészségnevelés.



Magyarországon számos olyan életmódbeli eltérés tapasztalható, amely jelentősen hozzájárul az Európában hasonló fejlettségű országokhoz képest szokatlanul magas morbiditási és mortalitási mutatókhoz. Ezek a mozgásszegény életmód, a helytelen táplálkozási szokások, a magas és kedvezőtlen struktúrájú alkoholfogyasztás, a dohányzás magas aránya, a kábítószer fogyasztás terjedése.

A fogyasztói szemlélet elterjedése számos negatív vonása mellett azzal a pozitív változással is járt, hogy a fogyasztók tudatosabbá váltak, egyre többen vannak tisztában a táplálkozás jelentőségével, a tápanyagok tulajdonságaival. Terjedőben a mozgásszegény életmód ellensúlyozására a kerékpározás, a fitness-kultúra. Természetesen mindezeknek korlátot szab az egészségtudatos életmód gyakran költségesebb volta.

2.9.4. *Etika*

Az egészségügy ellátás fejlődése számos olyan etikai kérdést vet fel, melynek társadalmi szintű, megnyugtató megoldására van (volna) szükség. Etikai kérdések elsősorban az élet két végén merülnek fel.

Világnézeti alapon alapkérdés annak eldöntése, hogy az élet mikor kezdődik: a fogantatással, azaz attól az időponttól kezdve, amikor már feltehetően életképes lenne a magzat, vagy a születéskor. Az etikai kérdés akként merül fel, hogy a megtermékenyített petesejtet lehet-e átültetni, lehet-e beavatkozásokat végezni rajta. Lehet-e a génállományt átalakítani, az emberi géneket embertől függetlenül (lombikban) továbbtenyésztetni, szaporítani (klónozás). Mindezt az orvostudomány fejlődése lehetővé teszi. Ugyanakkor a kérdés szenzitív volta miatt számos országban szabályozzák az ezzel kapcsolatos kutatásokat. Az emberi genetikai állomány klónozása számos országban – így hazánkban is - törvényileg tiltott (lásd 15.4 és 19.2 fejezet).

Az orvostudomány fejlődése azt is lehetővé teszi, hogy az emberi életet mesterséges módon, gépi eszközökkel akkor is fenntartsuk, ha ezek nélkül beállna a halál. Természetesen a gyógyításban ezeknek az eszközöknek nagyon fontos helye és szerepe van. Az etikai kérdések akkor merülnek fel, amikor egy biztosan halálos betegségben alkalmazzák, a kérdés különösen akkor merül fel élesen, ha az élet ilyen meghosszabbítása ellen az érintett cselekvőképessége birtokában tiltakozott. Az eutanázia két formája:

- a passzív eutanázia, amikor a várható rosszabbodás ellenére nem avatkozik be a kezelőszemélyzet, elkerülendő a felesleges további szenvedést,
- az aktív eutanázia esetén – megfelelő jogi feltételek megléte esetén - a kezelőszemélyzet a halálos beteget aktív eszközökkel segíti a halálba. Európa egyes országaiban (Hollandia, Svájc) az aktív eutanázia törvényesen szabályozott módon engedélyezett.



Különösen a közfinanszírozott egészségüggyel rendelkező országokban vet fel etikai kérdéseket a források szűkössége és a szükségletek növekedése közt feszülő ellentét. Legelősebben ez az új technológiák bevezetése körül jelentkezik. Mivel az új technológia (pl. gyógyszer) nemcsak rendszerint drágább, de bevezetése nem teszi szükségtelenné teljes mértékben az addig alkalmazott technológiát. Azaz nettó forrásbővítés szükséges a befogadásához, ami nem vagy csak korlátozottan áll rendelkezésre. Az egészségpolitikai döntés, hogy az új technológia milyen módon kerülhet bevezetésre:

- más területekről forrást von el,
- szűk keretek közt (szigorú szakmai feltételrendszer, adminisztratív korlátok, co-payment, stb.) engedélyezi.

Az előbbi technikák mellett alakulnak ki a várólisták, mely további etikai kérdéseket vet fel. Vajon kik élvezhetnek előnyt a várólistán (azaz előzhetik meg a már listán levőket):

- azok, akiknek súlyos az állapotuk (szemben az enyhébb súlyosságú, az életvitelt nem befolyásoló, nem veszélyeztető állapotú betegekkel);
- azok, akik gyógyulása társadalmi érdek (aktív korú dolgozó szemben a nyugdíjas, inaktív beteggel);
- azok, akik hajlandóak az anyagi korlátok miatt felállított listát úgy megkerülni, hogy maguk vállalják a kezelés teljes vagy részleges költségét?



3. Egészségügy a magyar társadalomban

3.1. Magyarország társadalmi rendszerének felépítése. (lásd még 15. fejezet)

Alkotmányos berendezkedésű az az állam, ahol érvényesül az államhatalmi ágak megosztása, a népszuverenitás elve, a törvények uralma, az emberi jogokat az állam garantálja, és az állampolgárok a törvény előtt egyenlő jogokkal bírnak. Ilyen Magyarország államformája is.

Az Alaptörvény az az okirat, mely szabályozza Magyarország jogrendjét, az állampolgárok alapvető jogait és kötelezettségeit, meghatározza az államszervezetre vonatkozó alapvető szabályokat. Mivel az Alaptörvény az állam legmagasabb szintű törvénye, egyetlen más jogszabály sem lehet ellentétes vele. Betartását az Alkotmánybíróság garantálja. Alaptörvényünket 2011. április 18-án fogadta el az Országgyűlés és 2012. január 1-től hatályos.

Magyarországon többpárti demokrácián alapuló politikai rendszer és a magántulajdonon alapuló gazdasági rendszer működik.

Alapelv a népszuverenitás elve. Ez jelenti a közhatalomban való állampolgári részvételt, a közvetlen és képviselői demokrácia intézményeinek útján. Ehhez kapcsolódik az általános, közvetlen, titkos választójog, amely a népszuverenitás, a demokratikus hatalomgyakorlás legfőbb legitimáló tényezője. Így minden hatalom a néptől ered, melyet népképviselő útján vagy közvetlenül gyakorolnak (pl. népszavazás útján). A politikai rendszer legitimitását a választások teremtik meg, melyeken az önkormányzatok, az országgyűlés tagjait választják meg, akik a törvényhozó hatalmat alkotják illetve a végrehajtó hatalom (kormányzat, polgármesteri hivatal) ellenőrzését végzik. Ez utóbbi, azaz a hatalmi ágak - végrehajtó, bírói, és törvényhozó hatalom - szétválasztása a modern demokráciában a kölcsönös intézményi korlátok rendszerét jelenti és a hatalommal való visszaélés megakadályozását szolgálja.

A másik alapelv a törvények uralma. Ez azt jelenti, hogy az ország törvényei a közakarat kifejezői. Ezért minden állami szervnek, minden állampolgárnak és a társadalom valamennyi szervezetének kötelessége tisztelni a törvényeket. A jogállam jogbiztonságot jelent. Ez a modern állam működésének alapja.

Fontos elem a törvények megfogalmazásában és alkalmazásában az emberi jogok érvényesítése. Ezek minden embert kivétel nélkül születésüktől fogva megilletnek. Léteznek kollektív szabadságjogok, személyi szabadságjogok, gazdasági, szociális és kulturális jogok, valamint részvételi jogok. Ezek közé tartoznak például az élethez, tulajdonhoz, véleménynyilvánításhoz, való jogok, a lelkiismereti- és szólásszabadság. Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatát 1948. december 10-én fogadták el az ENSZ-ben. Magyarországon az Alaptörvény garantálja az emberi jogok betartását.

Egy alkotmányos berendezkedésű demokratikus államban valamennyi embert megillet a törvény előtti egyenlőség. Minden állampolgárra, társadalmi állástól és vagyoni helyzetétől függetlenül ugyanazok a törvények vonatkoznak, azok megszegéséért egyforma büntetés róható ki rájuk.



3.2. Az egészségügy célja (lásd még 4. fejezet)

Az egészségről és egészségügyről Magyarország Alaptörvénye a XX. és XVII. cikkekben így fogalmaz:

„Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.

A ... jog érvényesülését Magyarország genetikailag módosított élelmiszerektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és ivóvízhez való hozzáférés biztosításával, a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezésével, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatásával, valamint a környezet védelmének biztosításával segíti elő.”

„Minden munkavállalónak joga van az egészségét, biztonságát és méltóságát tiszteletben tartó munkafeltételekhez.”

3.3 Az egészségügyi rendszerünk felépítése és az egyes elemek funkciója

3.3.1 Az ellátórendszer felépítése

A magyar egészségügy a progresszív betegellátás elvén épül fel. A cél, hogy a beteget a lehető legalacsonyabb, de még olyan szinten gyógyítsák meg, ahol a feltételek a beteg állapotából eredő szükségleteihez már adóttak.

Az egészségügyi ellátás alapja a háziorvosi rendszer, mely a nagyobb településeken külön válik felnőtt és gyermek alapellátásra. A háziorvosi rendszer a védőnői rendszerrel, a fogászati alapellátással, a foglalkozás-egészségügyi ellátással és – bizonyos elméleti megkötések mellett – az otthoni szakápolással együtt alkotja az alapellátás rendszerét.

A progresszív ellátás következő szintje a szakellátás, melynek járó-, és fekvőbeteg ellátási részét különböztetjük meg.

A járó betegek szakellátása a szakrendelők, gondozók révén az alapellátásban szakmai vagy technikai (felszereltség) hiányában nem megoldható esetek ellátásának helye. A kórházakban működő szakambulanciák a speciális ellátások helyei, illetve a komplikáltabb esetekben a gondozási feladat ellátói.

A fekvő betegek ellátása a kórházi rendszerben történik, olyan esetekben, amikor a beteg állapota nem teszi lehetővé a járó betegként történő ellátását, illetve az ellátás kórházi benntartózkodást kíván. Bizonyos mértékig a járó betegek ellátása, de a fekvőbetegek ellátása egyértelműen három progresszivitás szintre osztható:

- Alapszint, városi kórházi szint, az egyszerűbb, de mégis kórházi ellátást kívánó általában sok beteget érintő betegségek ellátási helyszíne, rendszerint csak néhány alapszakma van jelen (belgyógyászat, sebészet, szülészet).
- Megyei szint, ahol a komplikáltabb, szinte valamennyi specialitást magában foglaló ellátó hely, ahol a betegségek szinte teljes spektrumát képesek kezelni.



- Regionális szint: majdnem minden orvosi specialitásban vannak olyan viszonylag ritka betegségek, illetve ritka, vagy olyan beavatkozások, ahol a szakértelem és műszerezettség költségessége miatt csak a műszerek teljes idejű kihasználása esetén érdemes azokat telepíteni. Az előbbiek esetében csak több millió lakos esetén érnek el olyan számot, hogy ellátásukra fel kell készülni. (Idegsebészet, onkológia)
- Országos szint: olyan nagyon ritka beavatkozások, melyek elvégzésre szakembert, műszerezettséget és háttérszolgáltatásokat országosan egy-két helyen érdemes csak fenntartani (transzplantáció, ritka műtéti beavatkozások).

3.3.1.1 Az állami ellátórendszer

A rendszerváltást követően az addigi tulajdonosi struktúra jelentős változása következett be. A monolitikus állami tulajdonlás helyébe – a gazdasághoz hasonlóan – többszektorú tulajdonlás lépett. A kórházak döntő többsége, valamennyi szakrendelő a városi illetve a megyei önkormányzatok tulajdonába kerültek. Az egyetemek, az országos intézetek és a szanatóriumok állami tulajdona változatlan maradt, ezek felett a tulajdonosi jogokat az egészségügyért felelős miniszter gyakorolta. 1993-tól az egyetemek, így az orvoskarral rendelkező egyetemek tulajdonosi jogai – korlátozásokkal - az oktatásért felelős miniszter hatáskörébe kerültek. Néhány speciális intézmény más minisztériumok hatáskörébe került (börtönkórház: igazságügyért felelős miniszter; belügyi kórház: belügyminiszter; MÁV kórház: gazdasági miniszter; honvéd kórház: honvédelmi miniszter). A későbbiekben a reprivatizáció során néhány kórház visszakerült az eredeti tulajdonos egyházakhoz.

Az alapellátás biztosítása a települési önkormányzatok feladata lett, a rendelők tulajdonjogával egyetemben.

Ebben a struktúrában változást hozott, hogy az alapellátásban lehetőség nyílt a tulajdonosi jogokat is átadni az alapellátást végző vállalkozó házi orvosnak.

2010-től ismét jelentős tulajdonosi átrendeződés következett be a Semmelweis tervben lefektetett elvek mentén. Az egyházi és magánkórházak kivételével valamennyi önkormányzati tulajdonban levő kórház állami tulajdonba került át, s a tulajdonosi jog gyakorlása az egészségügyért felelős miniszter feladata lett. A speciális kórházak állami irányítása változatlan maradt, azzal, hogy időközben a BM és a MÁV tulajdonában levő kórházakat egyesítették a Honvéd kórházzal, amelynek tulajdonosi jogkörét változatlanul a honvédelmi miniszter látja el. Folyamatban van az önkormányzatok tulajdonában levő szakrendelők átvétele is, ahol, a tulajdonos eddig a megyei önkormányzat volt, ott ez az átvétel már megtörtént.

A fentiek alapján jelenleg egy túlnyomóan állami tulajdonlású ellátórendszer alakult ki Magyarországon.

3.3.1.2 Az önkormányzati ellátórendszer



A települési önkormányzatok (városok, falvak) feladata az alapellátás biztosítása a területükön élők számára. Ezt megtehetik saját tulajdonú, saját alkalmazásban álló szakemberekkel, de megtehetik nem önkormányzati alkalmazottakkal is, szerződéses alapon.

A települési önkormányzatok egy része szakellátás biztosításában is részt vesz a tulajdonukban álló szakrendelők révén. Míg a rendszerváltás idején a szakrendelőkben dolgozók egyöntetűen alkalmazottak voltak, mára arányuk –különösen a szakorvosok között– jelentősen csökkent. A szakorvosok többsége szerződéses viszonyban látja el a szakrendelői feladatokat.

3.3.1.3 A magánszféra szerepe az egészségügyi ellátásban

Magyarországon pontos adat nincs arra nézve, hogy a betegellátásban mekkora szerepet töltenek be a magánszférában dolgozók. Amennyiben a szakmai előírásoknak megfelel, bárki nyithat Magyarországon betegellátást nyújtó intézményt (járó vagy fekvőbeteg intézményt). Azonban itt az ellátás teljes összegét a betegnek kell állnia, mert ebben az esetben a kötelező egészségbiztosító nem téríti meg az ellátást a szolgáltatónak. A jogszabály lehetővé teszi, hogy az egészségbiztosító – a tulajdonos típusától függetlenül – szerződést kössön magán szolgáltatóval, ez esetben viszont a beteg számára az ellátás ugyanolyannak minősül, mintha állami intézményben kapta volna – azaz nem kell külön fizetnie.

Az ellátórendszer egyes szegmenseiben a magánszféra jelentős szerepet tölt be: ilyen a vesepótló kezeléseket (dialízis) nyújtó centrumok, a képző diagnosztika egyes területei (CT, MRI, PET), valamint a laboratórium vizsgálatok területe. Ellátási érdekből a biztosító magán szolgáltatóval is szerződik olyan helyeken, ahol az ellátást az állami szektor nem képes biztosítani (pl. fogszabályozás, angiológia, stb.).

Bizonyos mértékig a háziorvosi/gyermekorvosi rendszer is magánellátásnak tekinthető, hiszen a „funkcionális privatizáció” nyomán az alapellátást nyújtók nem az önkormányzat alkalmazottai, hanem saját maguk foglalkoztatói. Egyes esetekben a rendelő tulajdonjoga is az ellátást végző szakembereké.

A gyógyszertárak teljes mértékben magántulajdonban vannak, s hasonló a helyzet a gyógyászati segédeszköz forgalmazó üzletekkel is.

3.3.2 Civil szervezetek (lásd még 4., 11., 16. és 19. fejezetek)

3.3.2.1 Magyar Vöröskereszt (lásd még 11. fejezet),

A Magyar Vöröskereszt a Genfi Egyezmény alapján a háború áldozatainak (polgári és katonai) megsegítésére világszerte létrejött Vöröskereszt és Vörös Félhold szervezetek közé tartozik. Az eredeti feladatán túlmenően részt vesz a katasztrófa elhárításban, az elsősegély nyújtási ismeretek átadásában, a véradás szervezésében és karitatív tevékenységével a szociális ellátásban is szerepe van.



3.3.2.2. Betegszervezetek (lásd még 16. fejezet),

A civil szféra megerősödése tette lehetővé, hogy a betegellátás kérdéseibe a betegek önszerveződő egyesületeinek – a betegek nevében fellépve – beleszólása lehessen. A betegek egyesületei a civil törvény alapján megalakított társadalmi egyesületek. Elsősorban a krónikus betegségekben szenvedőknek vannak hatékony érdekképviselői ellátó szervezeteik. Európa nagy részén, elsősorban a skandináv államokban többszázéves tagsággal bíró erős egyesületek nem csak érdekképviselőt látnak el, hanem részt vesznek a betegoktatásban, pénzügyileg támogatják az orvostudományi kutatásokat. Magyarországon számos betegségben szerveződött egyesület: asthma, sclerosis multiplex, diabetes mellitus, osteoporosis, stb.

A krónikus betegséggel élők külön csoportját képezik a fogyatékosokkal élők, ahol a szervezés alapelve a fogyatékos típusa és nem betegség: vakok és csökkentlátók, hallássérültek, mozgássérültek, értelmi fogyatékosok. Ezeknek a szervezeteknek a szociális ellátásban törvényben biztosított jogosítványaik vannak. (Pl. Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ) – kijelölési jog a személygépkocsi vásárláshoz adható támogatások elbírálásánál.)

3.3.2.3. Tudományos társaságok (lásd még a 16. és 19. fejezet)

A különböző orvosi, fogorvosi és gyógyszerész specialitások már az 1800-as évek végén tudományos egyesületeket hoztak létre. Ezek célja elsősorban tagjaik szakmai érdeklődésének kiteljesítése hazai és nemzetközi tudományos megbeszélések szervezése, tudományos folyóiratok kiadása révén. A szervezetek nagy számát jelzi, hogy a szövetségüknek, a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetségének (MOTESZ) 121 tagegyesülete van. Megjegyzendő, hogy a tagság önkéntes, azaz a társaságok száma ennél jóval több. A tudományos társaságok teremtik meg a fórumát az egyes egészségpolitikai döntések szakmai kiértékelésének. A tudományos társaságoknak formális, jogilag garantált szerepe nincs a magyar egészségügy szervezetében.

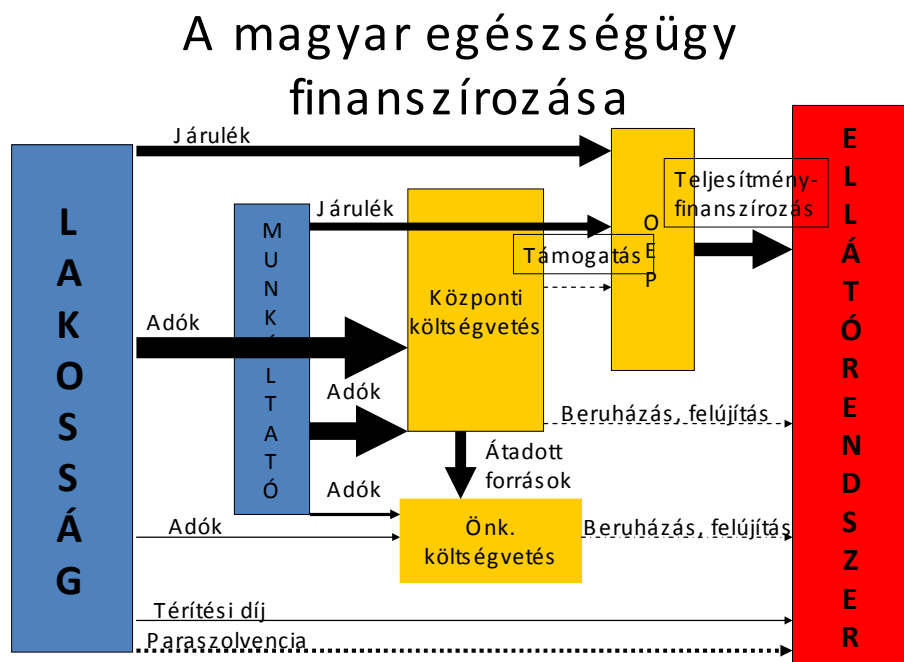
3.3.2.4 Kamarák. (lásd még 16. fejezet)

A kamarák független, demokratikus, célszerű testületek, melyet a magyar jogrend köztisztviselői jogokkal ruház fel.

A kamarák tagjaik számára szakmai érdekvédelmet biztosítanak, és egyúttal biztosítják tagjaik etikus tevékenységét is. A kamaráknak a folyamatos továbbképzésben is szerepe van, elsősorban az ő feladatuk a képzések minőségbiztosítása. Az egészségügy területén orvosi (pszichológusok és egészségügyben a betegellátásban résztvevő diplomások), gyógyszerészi és szakdolgozói kamara működik. Az egészségügy területén a betegellátó munka végzésének feltétele az érvényes működési engedély, amit csak az kaphat meg, aki tagja a hivatásrendi kamarának. A többször módosított 2006. évi XCVII. Törvény rendelkezik a kamarákról (tagsági feltételek, szervezeti felépítés, tisztségviselők és választásuk, a kamara feladatai).

3.4 Egészségügyünk finanszírozása: (lásd még 17. fejezet)

Az egészségügyünk finanszírozását sematikusán a 3.1. ábra mutatja be:
3.1. ábra A magyar egészségügy finanszírozásának sematikus vázlata



3.4.1 Állami, önkormányzati és a magánszféra szerepe

A társadalombiztosítás hatókörébe tartozó egészségügy finanszírozása duális. Ez azt jelenti, hogy a működési költségeket az egészségbiztosító, a beruházás és a fenntartás költségeit a tulajdonos viseli – azaz a működtetés és amortizáció költségei külön utakon jutnak el a fenntartókhoz. A működtetés költsége nem a szolgáltatás áráként, hanem társadalombiztosítási támogatásként jut el a szerződött szolgáltatóhoz. A költségvetési intézményekben a nagyobb értékű felújítások, eszközpótlások fedezete általában pályázati úton – EU-s források bevonásával- történik, azaz nem rendszerszerűen szervezett.

Az egészségbiztosítóval szerződésben nem állók esetében (jellemzően a magán ellátók) a tulajdonos feladata a működtetési költség kigazdálkodása is, s értelemszerűen az amortizáció, beruházás költségeinek előállítása is. Amennyiben egy köztulajdonban levő intézmény valamely tevékenységére nincs szerződése az egészségbiztosítóval, akkor annak teljes költsége is a működtetőt terheli, amit az tovább terhelhet az ellátást igénybe vevőre.

3.4.2 Co-payment, hálapénz, közgyógyellátás



Az egészségügy finanszírozásában – bizonyos meghatározott esetekben - az ellátást igénybe vevők is fizetnek részleges vagy teljes térítési díjat (angolul: **co-payment**). A biztosítási rendszer alapelve, hogy azért fizetnek a biztosítottak járulékot, hogy amikor ellátást igénybe veszik, ne kelljen fizetőképességüket gyakran meghaladó összeget fizetniük, de valamilyen mértékben ők is járuljanak hozzá a felmerült költségek fedezéséhez. Mivel a co-payment bevezetések vagy mértékének változtatásakor az ellátást igénybe vevők száma mindig csökken, sok egészségpolitikus ezt eszköznek tekinti a „szükségtelen” ellátások fékezésében. Ugyanakkor az ilyenkor elmaradt orvos-beteg találkozások hátterében a beteg fizetéseképtelensége áll, s ennek következménye az adott betegség, későbbi, akkor már halaszthatatlan, de jóval drágább ellátása lesz.

A magyar egészségügyben a gyógyszerellátás jelentős mértékben alapul a beteg és a biztosító közös tehervállalásán. A biztosítói támogatás mértékét a gyógyszer ára, a kezelés tartóssága, s a tényleges betegség szabja meg. Hasonló elvek érvényesülnek a segédeszköz ellátásban is. Jelentős mértékű a co-payment a fogászati ellátásban is, különösen az újabb technológiák (pl. fogbeültetés) alkalmazásakor jelentős mértékű a co-payment. A járó-, és fekvőbetegellátásban ritka esetektől (beutaló nélkül igénybevett beutaló köteles szakellátás, ápolási otthonokban bizonyos nap elteltével) eltekintve nem gyakori a co-payment alkalmazása.

A co-payment fizetési kötelezettségének anyagi helyzete miatt nem mindenki képes eleget tenni. Ezért azon biztosított, akiknek ellátási költsége (legtöbbször gyógyszer) tartósan magas, de ugyanakkor jövedelme alacsony a szociális védőháló részeként „**közgyógyellátásban**” részesülhet, azaz a co-payment alól felmentést kap. Ez esetben a biztosított helyett az igazolványt kibocsátó önkormányzatot terheli a beteg által fizetendő rész. Annak elkerülése érdekében, hogy ne lehessen visszaélni a rendszerrel folyamatosan változtatják a rendszer igénybevételének feltételeit.

A magyar egészségügyben az 1950-es évektől, az egészségügy állami kézbe vétele után és a társadalmi változások miatt (az egészségügyi ellátás a szolgáltatások között, mint „nem-termelő” szektor volt besorolva, az orvosok, mint értelmiségiek csak a munkásosztály és a dolgozó parasztság után, mint társutasok kerültek a társadalmi létrára) az egészségügyi dolgozók bére jelentősen elmaradt a népgazdasági átlagtól. Ezért az alacsony kereset kompenzálására társadalmilag „elfogadott” jelenséggé vált, hogy a gyógyításban közreműködők (elsősorban orvosok, de nővérek, asszisztensek, beteghordók, takarítók, stb.) borraalót, eufémikusan **hálapénzt** kapjanak. Ennek következménye lett az a kriminalitás területére tartozó deviancia, amikor egyesek kikényszerítik a betegtől az egyébként önkéntesen adható hálapénzt. A hálapénz mértéke becslések szerint a 100 milliárd forintot is eléri évente. Hálapénzt azonban csak a gyógykezelésben részt vevők egy kisebb része kap, ami külön feszültségforrás a betegellátásban. A hálapénz megszüntetésére szavakban minden kormányzat programot hirdetett, de tényleges és látható eredményt egyik sem ért el. Ugyanakkor különböző okokból a hálapénzt legalizáló intézkedések is születtek:



- a hálapénz az adóbevallásban szerepelhet, és adóalapot képezhet,
- a Magyar Orvosi Kamara Etikai kódexe csak az előzetes elfogadást illetve a kikényszerítést tiltja (ami amúgy egyértelműen a korrupció kategóriájába tartozik, és büntető tényállást alapol meg!), de elfogadását az ellátás befejezését követően már nem,
- a Munka Törvénykönyve elfogadását a munkahelyi vezető engedélyéhez köti, stb.

Sajnálatos módon a hálapénz eddigi története arra bizonyíték, hogy bevezetése viszonylag könnyen ment, de megszüntetése nagyon komplex feladat, amihez nemcsak elhatározás, de pénz és az emberi szokások megváltoztatásának nehéz feladatán túlmenően kellő idő is szükséges.

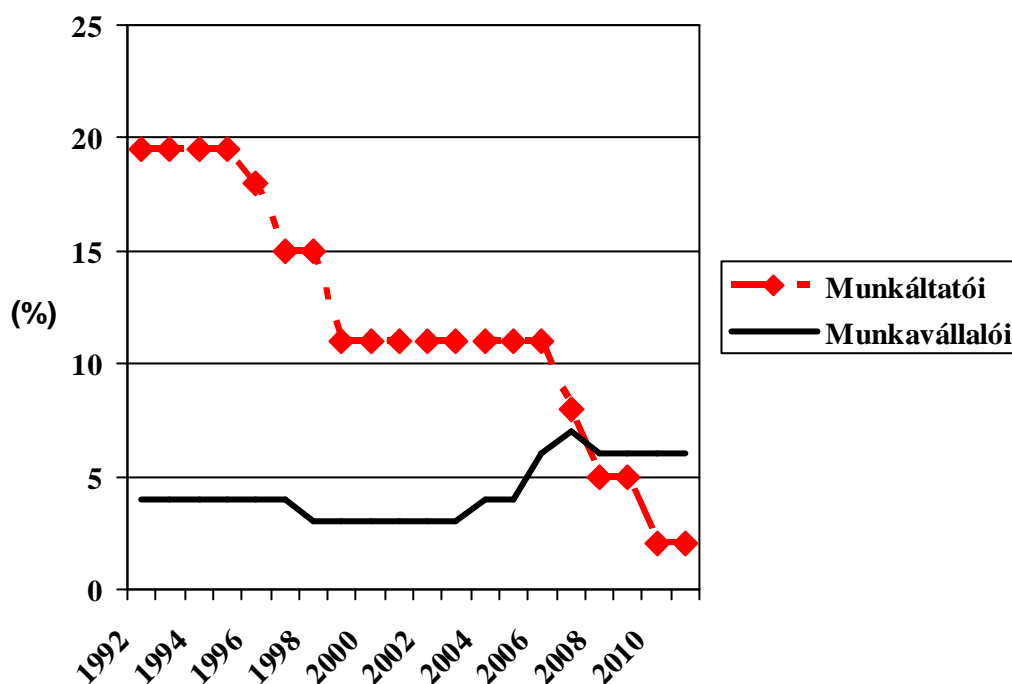
3.4.3 OEP

3.4.3.1 Járulékok

Az egészségbiztosítási törvényben meghatározott módon a munkáltatók és a munkavállalók jövedelemarányosan – ennek mértéke több alkalommal változott – járulnak hozzá a társadalombiztosítás kiadásaihoz. (3. ábra) A járulék emellett lehet fix összegű illetve a két rendszer egymás mellett is működtethető. Magyarországon 1997-2009. között változó összegű (1800-4520 Ft) fix járulékfizetési kötelezettség is terhelte a munkavállalókat. A járulék (legyen akár fix és jövedelemarányos) bevétel azonban az egészségbiztosítás költségeit nem teljesen fedezi, a hiányt az állami költségvetés adókból származó bevételeiből rendezik.



3.2.ábra A munkavállalói és a munkáltatói járulékok alakulása a bruttó fizetés arányában (%) 1992-2011.



3.4.3.2 Adók.

A központi költségvetés és a helyi önkormányzatok költségvetésében egészségügyi kiadások címén elszámolt összegek eredete az adóbevétel. Ezek az adóbevételek egyrészt a beruházási és fejlesztési költségek fedezetéül szolgálnak, másrészt a működtetés költségeinek esetleges hiányát hívatott pótolni (a működtetés költségeit ugyanis elvileg az egészségbiztosítás által juttatott összegekből kellene fedezni).

A működési költség hiányát a központi költségvetésben egyrészt az állami tulajdonú intézmények esetében a tulajdonosi jogot gyakorló minisztérium fejezetében, illetve az Egészségbiztosítási Alap hiánya esetében a központi költségvetésben – rendszerint a zárszámadáskor – találhatjuk meg.

A központi költségvetés olyan módon is segítheti, illetve gyengítheti az Egészségbiztosítási Alap költségvetését, hogy egyes egészségügyi eljárásokat állami feladatnak (mentés, terhesség megszakítás, stb.) vagy éppen egészségbiztosítási (pl. transzplantációk) feladatnak deklarálja.



4. A magyar egészségügyi rendszer felépítése I. (egészségfejlesztés)

4.1. Fogalmi kérdések

A népegészségügy a társadalom egészének szervezett tevékenysége, amelynek célja a lakosság egészségi állapotának javítása az egészség megőrzése, a betegségek megelőzése révén. A népegészségügy feladata a lakosság egészségi állapotának és az erre ható kockázati tényezőknek figyelemmel kísérése és elemzése.

Ezen belül kiemelt jelentősége van az egészség determinánsok azonosításának, melyek döntő mértékben befolyásolják a betegek egészségmagatartását, és ezen keresztül egészségi állapotát. Ezek azok az egészségügyi ellátáson kívüli tényezők, mint a képzettség, a gazdasági jólét, az etnikai hovatartozás, szociális kirekesztettség vagy akár a környezetszennyezés, hogy csak a legfontosabbakat említsük körükből.

4.1.1. Az egészség fogalma, különös tekintettel a megelőzésre

Az egészségügy a társadalom azon tevékenységeinek strukturált rendszere, mely az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését és gyógyítását, krónikus betegségek esetében azok kezelését szolgálja. Az ember és ezen keresztül a társadalom szociális biztonságának része, amelynek megteremtése és garantálása az állam feladata, melyben számít az egyén és a társadalomtagjainak aktív közreműködésére. (lásd a 2.4. fejezet) A meghatározásból jelen fejezet témája szempontjából két elem fontos:

- a) az egészségügy fontos területe a megelőzés,
- b) az egyén és társadalom tagjainak aktív közreműködése szükséges egy jól funkcionáló egészségügy létrehozásához.

4.1.2. Egészségfejlesztés, megelőzés, primer prevenció,

Az egészségfejlesztés célja az egészségi állapot és az életminőség javítása, az egészség megőrzése. Elsődleges eszközei a megelőzés és az egészségnevelés.

Miért beszélünk egészségfejlesztésről és nem egészség megőrzésről, ahogy ezt korábban tettük? Az egészség megőrzés kifejezés használata azt feltételezi, hogy más feladata egy embernek nincs, mint egész életében arra törekedjen, hogy ne érje károsodás, ne alakuljon ki betegség. Ez filozófiailag úgy is értelmezhető, hogy egy passzív, defenzív, a születésből adódó egészségi állapot konzerválása a cél.

Az egészség fejlesztése ugyanakkor egy aktív, az egyén aktuális életkorához, társadalmi környezetéhez, gazdasági aktivitásához illesztett tudatos preventív életmódot jelent, amit az élet előrehaladtával el kell tudni sajátítani, magunkévá kell tenni, és tudatosan alkalmazni kell annak érdekében, hogy egészségesek legyünk.



Azaz amíg az egészség megőrzése egy passzív, idejét múlt szemléletet tükröz, az egészség fejlesztése aktív, tudatos szembenézést jelent az egészségünket veszélyeztető életkörülményekkel és jobban garantálja a sikeres primer prevenció érvényesülését mindennapi életünkben.

A primer prevenció célja a rizikófaktorok azonosítása, elemzése, majd a rizikófaktorok csökkentése, illetve megszüntetése, kiiktatása. Ez egyúttal a primer prevenció definíciója is.

Másodlagos prevenció (szekunder prevenció) a már kialakult betegség progressziójának korai felismerése, amikor kezelése még a legtöbb sikerrel kecsegtet, viszonylag alacsony költségráfordítással. Ezt leginkább szűrővizsgálatok útján tudjuk elérni. Szűrni csak olyan betegségeket szabad, amelyeket felfedezésük esetén el is tudunk látni, azaz van rá eredményes és költséghatékony terápia és a megfelelő források (személyi és anyagi) azok végrehajtására rendelkezésre állnak. A szűrővizsgálatok végzéséért elsősorban a háziorvosok, házi gyermekorvosok felelősek, de léteznek tömeges, a lakosság bizonyos korosztályai számára szervezett, tömeges szűrővizsgálatok is (emlőtumorok, női méhnyakrák és vastag- és végbélrákok irányába). Sokat vitatott tömeges szűrővizsgálat a tüdőszűrés, mely történelmi szerepet töltött be a TBC felszámolásában a II. világháború után. De miután a TBC sem incidenciájában, sem prevalenciájában ma már nem nevezhető népbetegségnek, így Európában elhagyásra került. Sajnos a tüdő daganatainak szekunder prevenciójában pedig nem elég eredményes.

Szokás harmadlagos, terciér prevencióról is beszélni, amely alatt a rehabilitációt értik.

Az egészségfejlesztés része a család-, és nővédelmi gondozás, az ifjúság-egészségügyi gondozás, a sportegészségügyi gondozás.

A megelőzés szélesebb értelemben magában foglalja a környezet-, és település-egészségügyet, az élelmezés-, és táplálkozás-egészségügyet, a foglalkozás-egészségügyet, a járványügy egyes elemeit (védőoltások, szűrővizsgálatok, rágcső-, és rovarirtás, fertőtlenítés).

4.2. Az egészségfejlesztés szervezeti felépítése

Az egészségügyben az egészségfejlesztés az állami népegészségügyi szolgálat feladata, irányítója Országos Tisztifőorvosi Hivatal, az Országos Egészségfejlesztési Intézet szakmai háttérével. A területen a kormányhivatalok Népegészségügyi Szakigazgatás szervei (egészségfejlesztési osztályok) az egészségfejlesztés gazdái.

4.2.1. Országos szint

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Hivatal feladatai:



1. Felügyeletet gyakorol az ország közegészségügyi-járványügyi viszonyai felett.
2. Figyelemmel kíséri a lakosság egészségügyi állapotát és az egészségügyi rendszer működését.
3. Vizsgálja a természeti, települési, lakó-, és munkahelyi környezet fizikai, kémiai, biológia, pszichoszociális tényezőit.
4. Tudományosan megalapozza a közegészségügyi követelményeket.
5. Ellenőrzi a közegészségügyi követelmények betartását.
6. Intézkedik azok érvényesülése érdekében.
7. Ennek érdekében irányítja a népbetegségek megelőzését az egészségügyi ismeretek terjesztését.

Az ÁNTSZ felügyeli az alap-, szakellátás, a család- és nővédelmi intézmények, az anya-, és csecsemővédelmi intézmények, a mentálhigiénés szolgálatok, a foglalkozás-egészségügy, az iskola-egészségügy, a sportegészségügy és a gyógyszerellátás egészségfejlesztési tevékenységét (lásd a 4.3 fejezetet).

4.2.2. Területi szint

Valamennyi megyében a kormányhivatalokban működő Népegészségügyi Szakigazgatási szervek (korábbi ÁNTSZ-ek) keretében működnek az Egészségfejlesztési osztályok, amelyek feladata az adott megyében az egészségfejlesztési programok koordinálása, szervezése és szakmai ellenőrzése.

4.3.1. Alapellátás

A **házi orvosi, házi gyermekorvosi szolgálat** az alapellátás keretében végzi:

- egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadást és szűrést (lásd részletesen az 5.3.1. fejezetben);
- az egészségnevelést és az egészségügyi felvilágosítást;
- a hozzá bejelentkezett személyek egészségi állapotának ellenőrzését (az életkorhoz kötött szűrővizsgálatok elvégzése és az egyes népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban való közreműködés (4.1.ábra), valamint együttműködés az ellátási területén ilyen szűrővizsgálatot végző egészségügyi szolgáltatóval és a végrehajtásért felelős szervvel);

4.1. ábra Az országos szűrési programok

- 25 és 65 év között népegészségügyi céllal egyszeri negatív eredményű szűrővizsgálatot követően háromévenként nőgyógyászati onkológiai méhnyak szűrés, különös figyelemmel a méhnyak elváltozások sejtvizsgálatára (citológia) és kolposzkópos vizsgálatára,
- 45 és 65 év között népegészségügyi céllal két évenként az emlő lágyrész röntgenvizsgálatán alapuló emlőszűrés (mammográfia),



- 50 és 70 év között a Nemzeti Rákellenes Program keretében kísérleti programként prosztataaszűrés,
- 50 és 70 év között a Nemzeti Rákellenes Program keretében kísérleti programként a gyomor-bélrendszeri eredetű vérzés szűrése.

- közreműködik a terhesgondozásban;
- a csecsemők és gyermekek tanácsadását;
- az újszülöttek, a veszélyeztetett csecsemők és gyermekek szükség szerinti preventív látogatása (házi gyermekorvosok rendelésén 2010-ben 10.041.554-en jelentek meg, a házi gyermekorvosok 667.442 otthoni vizitet végeztek, melyek 42 %-a preventív célzatú volt);
- és területén közegészségügyi-járványügyi feladatokat lát el (védőoltások, fertőző betegségekkel és fertőző betegségekre gyanús személyekkel kapcsolatos tevékenységek, kórokozó-hordozókkal kapcsolatos tennivalók, ételmérgezések esetén szükséges teendők).

Az **iskola-egészségügyi szolgálat** (iskolaorvos és védőnő, fogorvos és asszisztens közreműködésével látja el) feladata a 3-18 éves gyerekek illetve a 18 éven felüli középfokú oktatásban résztvevők ellátása. Egészségfejlesztési feladatai:

- iskolai egészségnevelés;
- szűrővizsgálatok;
- az életkorhoz kötött kötelező védőoltások beadása;
- a pályaválasztási tanácsadás;
- a beiskolázás előtti vizsgálatokat, a szakmai alkalmasság elbírálása, a szakképzést is nyújtó oktatási intézményekben az időszakos alkalmassági vizsgálatok elvégzése;
- a harmonikus testi és lelki fejlődést veszélyeztető körülmények, alkohol- vagy drogfogyasztás észlelése esetén a szülőkkel és a pedagógusokkal történő konzultáció után tanácsadás biztosítása, szükség esetén intézkedés kezdeményezése;
- a közegészségügyi követelmények érvényesülésének ellenőrzése:
 - a bölcsődében, a nevelési-oktatási intézményben folyó étkeztetés ellenőrzése,
 - a járványügyi előírások betartása,
 - fertőző megbetegedés esetén a szükséges járványügyi intézkedések.

A **sportegészségügyi** ellátást végzők egészségfejlesztési feladatai:

- a sportban részt vevő személyek előzetes alkalmassági vizsgálata és rendszeres ellenőrzése;
- a fokozott fizikai megterhelésre alkalmatlan személyek kiszűrése, a rejtett megbetegedések feltárása;
- a sporttevékenységre és az ezzel kapcsolatos életmódra vonatkozó tanácsadás.

Gyermekfogászat, iskolafogászat végzők prevenciósi feladatai:



- szűrővizsgálatok;
- iskolai egészségnevelés.

Foglalkozás- egészségügyi szolgálat elsődleges feladata a munkakörnyezetből származó egészségkárosító veszélyek és kockázatok előrelátása, felismerése, értékelése és kezelése. Ez jellegzetesen prevenciós tevékenység. A prevenció legfontosabb területei:

- a munkakörnyezeti kóroki tényezők okozta és a munkavégzésből származó megterhelések, illetőleg igénybevétel vizsgálata és befolyásolása;
- a munkát végző személyek munkaköri egészségi alkalmasságának megállapítása, ellenőrzése és elősegítése révén a munkát végző személy egészségének megővése.

A **védőnői szolgálatot**, amelynek elsősorban prevenciós feladatai vannak, a súlyos egészségügyi helyzet miatt hozták létre két világháború között. Az anya-, gyermekvédelemnek XIX. századból eredő hagyományai, a XX. század kezdete Magyarországnak társadalmi, gazdasági és ebből következően demográfiai, népmozgalmi változásai keltették életre a védőnői hálózatot, melyek napjainkig érezhetően meghatározzák a célokat, elveket és módszereket. Először az Országos Stefánia Szövetség alakult meg 1915-ben, melyet 1927-ben követett a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat megalakulása. A két szolgálat 1941-ben egyesült és működésük mind a mai napig igazi „hungarikum” az Európai Unióban. A szolgálat célja a családok egészségének megőrzése. Feladatai:

- Nővédelem. A gyermekvállalás optimális körülményeinek biztosítása. Családtervezési ismeretek.
- Várandós anyák gondozása. (Anyai egészségmegőrzés a magzati fejlődés ellenőrzése, a szövődmények korai felismerése, megelőzése, szülésre, anyaságra történő felkészítés) 2010-ben 122.820 várandós anyát gondoztak a hálózat keretein belül.
- Gyermekágyas anyák gondozása, melynek keretében 483.915 látogatást végeztek.
- 0-6 éves gyermekek gondozása.
- Családgondozás.

A korábban terhesgondozásnak nevezett tevékenység a szülész-nőgyógyász szakorvos, háziorvos, védőnő és kismama együttműködésén alapul. A várandósnak terhesgondozási könyvet kell vezetni, s legalább négyszer kell megjelennie (harmadik trimeszterben kétszer) a terhesgondozáson, hogy a gyermekszüléssel kapcsolatos pénzügyi ellátásokat igénybe vehesse. Manapság a „terhes” kifejezés használata kerülendő, hiszen az nem teherként nehezedik a várandós kismamára és a családokra. Aki ezt így látja, az vagy egyáltalán nem vállal gyereket vagy csak keveset, esetleg könnyebben választja az abortuszt. Régen a magyar nyelvben használt volt az „áldott állapot” kifejezés, ma inkább várandósságról beszélünk. Mindkét kifejezés azt üzeni, hogy a gyermekvállalás, gyermekvárás mind az egyénre, mind a társadalomra nézve pozitív jelleggel bír.

4.3.2. Szakellátás



A szakellátás során is léteznek primer és szekunder prevenciós programok, míg a terciér prevenció zömmel itt történik,

Nyilvánvaló, hogy a betegellátás során történhet olyan ismeretek átadása, mely jól hasznosul gyógyulás után az egészség fejlesztésében. Akár az egyének későbbi életében, akár családtagjaik körében. A rizikófaktorok azonosítása is történhet szakellátás keretében. (pl. minden orvosi vizsgálatnál megkérdezzük a beteget, hogy dohányzik-e. Akkor is, ha az előző nap már ezt megkérdezték és ismerik a választ. Ezzel is kifejezve a dohányzás kiemelkedő népegészségügyi jelentőségét!)

A szekunder prevencióban gazdag a szakellátás palettája. Maga a szervezett szűrővizsgálatok lebonyolítása, a gyanús betegek kivizsgálása, a kiszűrt kórképek azonosítása a szakellátás feladata. De ugyanilyen az onkológiai éberség kialakítása. Ez azt jelenti, hogy minden panasz mögött arra kell gondolni először, lehet-e a panasz hátterében rosszindulatú daganat vagy sem. Hasonlóan fontos a bármilyen szakorvosi vizsgálat esetén elvégzett vérnyomásmérés, a hipertóniás betegek kiszűrése érdekében.

4.4. Országos programok

Azt felismerve, hogy a helyi egészségfejlesztési programok hatékonysága országos szinten nem kellően kielégítő a fejlett országokban országos népegészségügyi programokat hoztak létre, az adott országot leginkább érintő problémák megoldására. Jelen fejezetben csak az egészségfejlesztési célokkal foglalkozunk, A programoknak az egészségfejlesztés, prevenció mellett értelemszerűen foglalkozni kell a kockázati tényezőkkel rendelkezők esetleges kezeléséről, a szűrési programok során észlelt betegek ellátásának megszervezéséről, azaz nem tisztán prevenciós programokról van szó. Magyarországon az elmúlt évtizedekben több országos népegészségügyi program került kidolgozásra:

1994. Népegészségügyi program (az úgynevezett Kertai –program, amit dr. Kertai Pál, a rendszerváltozás után hivatalba lépett első országos tisztifőorvos dolgozott ki, melynek végrehajtását a kormányváltás anulálta.).

2001. Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program.

2003. Az Egészség Évtizede Johan Béla Nemzeti Program (lényegében az előző program minimálisan bővített változata).

2006. Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja (nem új program, hanem az előző program, melynek nevéből Johan Béla elhagyásra került).

A programok átdolgozását az egyes kormányok eltérő egészségpolitikai felfogása indokolta.

4.4.1. Egészség Évtizedének Népegészségügyi programja



A 46/2003 (IV.16.) Országgyűlési határozat értelmében 2003-2013 között érvényes az „Az Egészség Évtizede Johan Béla Nemzeti Program”-ja, a későbbiekben a program nevéből kikerült Johan Béla neve.

A program 4 stratégiai irányba és 19 alprogramba szervezi a feladatokat. A program több prioritást is tartalmaz. Ezek:

- Szív-, érrendszeri betegségek.
- Daganatok.
- Mozgásszervi betegségek.
- Mentális egészség.
- Ifjúság.
- Idősek.

A program szerkezete: minden programrész a cél leírásával kezdődik, ezt követi a helyzetismertetés, majd táblázatban foglalva a stratégiai irányainak megfelelően a feladatok és a szükséges akciók leírása, végül a várható eredmények leírása.

A négy stratégiai irány:

- I. Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása.
- II. Egészséges életmód programja.
- III. Az elkerülhető halálozások megelőzése.
- IV. Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer.

A stratégiai irányokon belül 19 alprogram következik a fenti szerkezetben.

I. Egészséget támogató társadalmi környezet kialakítása:

- Egészséges ifjúság.
- Idősek egészségi állapotának javítása.
- Esélyegyenlőség az egészségért.
- Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein.

II. Egészséges életmód programja:

- Dohányzás visszaszorítása.
- Az alkohol és drogmegelőzés.
- Egészséges táplálkozás és étel-miszer-biztonság.
- Aktív testmozgás elterjesztése.
- Közegészségügyi és járványügyi biztonság.
- Nemzeti Környezet-egészségügyi Akcióprogram.

III. Az elkerülhető halálozások megelőzése:

- Koszorúér- és agyérbetegségek okozta megbetegedések.
- halálozások visszaszorítása.
- Daganatos megbetegedések visszaszorítása.
- A lelki egészség megerősítése.
- Mozgásszervi betegségek csökkentése.



- AIDS-megelőzés.

IV. Az egészségügyi és népegészségügyi intézményrendszer:

- Népegészségügyi szűrővizsgálatok.
- Ellátásfejlesztés.
- Erőforrás-fejlesztés.
- Monitorozás-informatika.

4.5. A társadalom más szereplőinek egészségfejlesztési feladatai

A népegészségügyi programok sikere attól függ, mennyire sikerül megszólítani a társadalom egészét, s azon belül az egyes programok célcsoportjait. Bármennyire is jogszabályi előírás az egészségügyi szolgáltatók részére az egészségfejlesztés ügyének előmozdítása önmagában az egészségügy nem tud sikereket elérni. Ezért fontos a civil szféra és az egészségügyön kívüli állami és önkormányzati szereplők bevonása a programok megvalósításába.

4.5.1. Civil szervezetek tevékenysége

A civil szervezetek közül az országos jelentőségű Magyar Vöröskereszt végez jelentős egészségfejlesztési munkát. Az egészséges életmód terjesztésében vállal részt a Tudományos Ismeretterjesztő Társulat. Az orvostudományi egyesületek közül a Fodor József Iskolaegészségügyi Társaság, a Pápai Páriz Egészségnevelési Egyesület, a Magyar Faluegészségügyi Társaság, a Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság végez munkát az egészségfejlesztés egyes területein.

A fentiekén kívül számos helyi szervezet végez időlegesen vagy tartósan egészségfejlesztési tevékenységet az adott településen, régióban. A tevékenység finanszírozása jelent mindenhol alapvető problémát, mivel a támogatási források szűkössége (közadakozás, szponzorok, önkormányzatok) mellett a rendelkezésre álló pályázati források is jelentősen csökkentek illetve hullámozó mértékük nem teszi lehetővé a tevékenység tartós fenntartását.

4.5.2. Önkormányzatok feladatai

A helyi önkormányzatok feladata az egészséges életmód közösségi feltételeinek biztosítása. Ez a feladat érinti a környezetvédelmet, az önkormányzat által fenntartott intézményekben az egészséges környezet és táplálkozás biztosítását, s az egészségfejlesztéssel kapcsolatos civil kezdeményezések támogatását.

Szándékaikat, stratégiájukat sokszor „Egészségterv”-ben foglalják össze. (Az egészségterv az egészségi kockázatelemzés módszereivel készül egyéni, családi, települési, kistérségi, megyei és országos szinteken megfogalmazott terv, amely az egyének és a közösségek számára különféle prevenciók és szolgáltatási stratégiák hatását több időtávra előre jelzi, és lehetővé teszi az egészség fejlesztését és a szükségletek optimális kielégítését.)



4.5.3. Más minisztériumok feladatai

Az Emberi Erőforrás Minisztérium (illetve elődje a Nemzeti Erőforrás Minisztérium) létrejöttével azonos minisztérium irányítja az egészségügy mellett az egészségfejlesztés másik fontos szereplőjét az oktatást, valamint az egészségfejlesztés egyik eszközének tekinthető szabadidősportot.

Ugyanakkor más minisztériumoknak is feladatai vannak az egészségfejlesztés és prevenció területén.

- A honvédelmi tárca a hivatásos állományú katonaságban saját szervezete révén irányítja az egészségfejlesztési feladatokat.
- A vidékfejlesztésért felelős minisztérium irányítja az élelmezési lánc biztonságáért felelős hatóságot. Ugyanezen tárca felelős a környezetvédelmi feladatok végrehajtásáért is.
- A nemzetgazdasági tárca munkaügyi részlege irányítja a foglalkozás egészségügyi szolgálatokat, melyeknek szakmai irányítása az egészségügyi államtitkársághoz tartozik.
- A közigazgatási és igazságügy minisztérium felelőssége a kormányhivatalok és az azokon belül működő népegészségügyi szakigazgatási szerveinek irányítása a ÁNTSZ szakmai háttérével.



5. A magyar egészségügyi rendszer felépítése II. Alapellátás (háziiorvosi, fogorvosi)

5.1. Az alapellátás fogalma

Az alapellátás az a lakosság-közeli ellátási forma, amely az általánosan igénybe vett "alap" (nem szak) ellátásokat biztosítja. Az alapellátás hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolaton alapuló, a lakosság által nemre, korra és a betegség természetére tekintet nélkül, a lakos által

- közvetlenül,
- a lakóhely-közelen (lehetőleg lakóhelyén),
- egyenlő eséllyel igénybe vehető,
- behatárolt szakmai kompetenciájú gyógyító ellátások, és egyes
- egészségügyi szakszemélyzet által nyújtott prevenció, rehabilitációs és gondozó jellegű ellátások összessége.

Az alapellátás igénybevétele jellemzően a lakos tartós (nem eseti) választásán alapul. Az alapellátás holisztikus szemléletű, a lakos egészségi állapotáért (nem csak a gyógyításáért) felelős.

Az alapellátás hagyományosan praxisokra alapozott ellátási forma, de az utóbbi évtizedekben megjelentek a közösségi, az orvosi együttműködésre alapozott formái is. A horizontális integrációt (ahol azonos tudású, feladatú praxisok működnek együtt) nevezzük csoportos praxisnak, a bővített kompetenciájú, a szakellátásból egyszerűbb feladatokat átvevő, eltérő tudású és képzettségű orvosok vertikális integrációjára alapuló együttműködést pedig csoportpraxisnak hívjuk.

Az egészségügyi törvény 88.§-ának meghatározása szerint:

"Az alapellátás célja a közösség egészségét fejlesztő megelőző tevékenység, illetve az egyén egészségi állapotának figyelemmel kísérése, valamint egészségügyi felvilágosítása és nevelése, a külön jogszabályban meghatározott kompetencia keretében történő gyógykezelése, gondozása és rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett. Ezen kívül a szakorvoshoz történő irányítása a betegség megállapítása, kezelési terv készítése vagy terápiás ellátás céljából, a beteg gyógykezelése, házi ápolása és rehabilitációja a kezelőorvos által javasolt terápiás terv alapján, és szükség esetén a beteg otthonában történő ellátása, illetőleg a beteg otthonában végzendő szakorvosi konzílium kérése."

5.2. Az alapellátás szervezete

Az alapellátás nem azonos a háziiorvosi ellátással, és egy betegnek (szakfeladatonként) több alapellátó orvosa/gondozója is lehet.



Az alapellátás területei ma Magyarországon az egészségügyi törvény 152. § értelmében:

- a háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátás,
- a fogorvosi alapellátás,
- az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátás,
- a védőnői ellátás,
- az iskola-egészségügyi ellátás.

Az alapellátásba tartozó ellátási formákat a különböző országokban eltérően állapítják meg. Magyarországon az alapellátásba tartozik a háziiorvosi és házi gyermekorvosi szolgálat, a védőnői szolgálat és a fogorvosi alapellátás. Vitatott, mert a fogászati ellátáshoz hasonlóan alap- és szakellátásból áll, de ennek ellenére többen idesorolják a foglalkozás-egészségügyi ellátást is. Az egészségügyi törvény szerint az iskola-egészségügyi ellátás is alapellátás körébe tartozik, ezt azonban a 6. fejezetben tárgyaljuk.

Az alapellátásra jellemző, hogy a kötelező egészségbiztosítás keretében térítésmentesen, beutaló nélkül vehető igénybe, s fő szabályként a területi ellátási elv alapján kerülhet a biztosított az alapellátásba. Ha szükséges, az alapellátásban dolgozó beutalhatja a beteget a szakellátás megfelelő szintjére és helyére. A kormányzat alapellátással kapcsolatos háttérintézménye az ÁNTSZ keretén belül működő Országos Alapellátási Intézet és az Országos Gyermekegészségügyi Intézet. A háziiorvostan alapszakmaként 36 hónapos képzési idő után szerezhető meg.

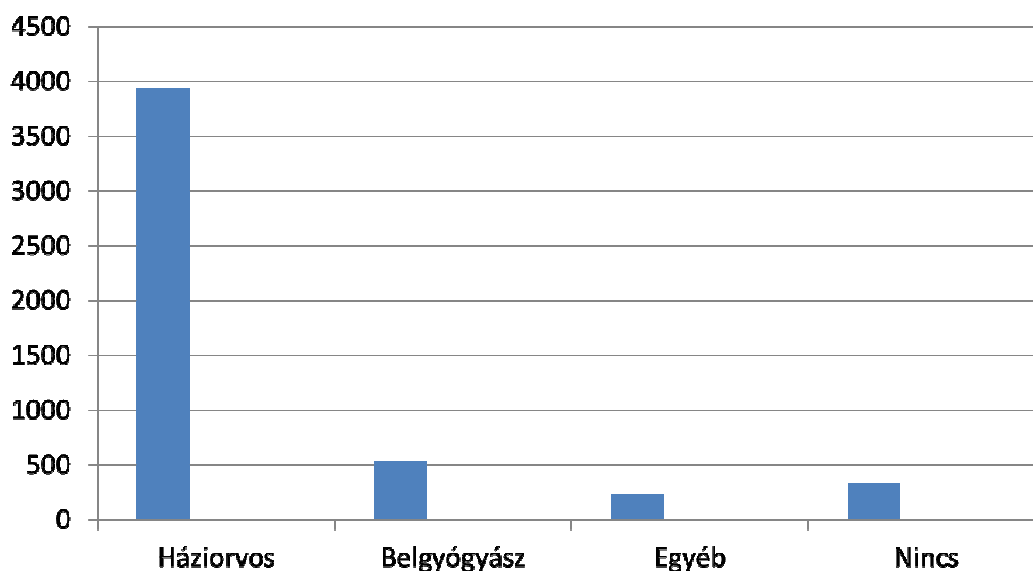
5.2.1. Háziiorvosi, házi gyermekorvosi rendszer

Házi gyermekorvosi (18 éves korig), felnőtt háziiorvosi és „vegyes” (felnőtt és gyerek) praxisokból álló ellátórendszer került Magyarországon kialakításra. A mintegy 1500 gyermekorvosi praxis a városokban és a városok környékén működik.

Minden biztosított tartozik egy, a lakóhelye szerint az ellátásért felelős önkormányzat által kijelölt területen illetékes háziiorvoshoz, házi gyermekorvoshoz a területi ellátási kötelezettség alapján. A szabad orvosválasztás alapján mindenki jelentkezhet másik háziiorvoshoz is, akinek nem a területi ellátási kötelezettségi területén lakik, aki őt területi ellátási kötelezettségének ellátásán felüli „kapacitása” terhére fogadhatja. A háziiorvoshoz/házi gyermekorvoshoz a biztosítottnak be kell jelentkeznie, azaz „orvost kell választania”.

Háziiorvosi ellátást szakvizsga (háziiorvostan vagy belgyógyászat+10 év gyakorlat vagy egyéb szakvizsga + 25 év gyakorlat), működtetési jog (vagyon értékű jog – elidegeníthető, egy orvos egy adott praxis, ÁNTSZ adja ki) és működési engedély (szakmai+technikai+ jogi feltételek, ÁNTSZ adja ki) birtokában lehet végezni (5.1. ábra). A háziiorvosok területi ellátási kötelezettséggel (túlnyomórészt egyéni vállalkozói, ritkábban önkormányzati alkalmazottként) vagy anélkül (csak vállalkozói formában) láthatják el feladataikat.

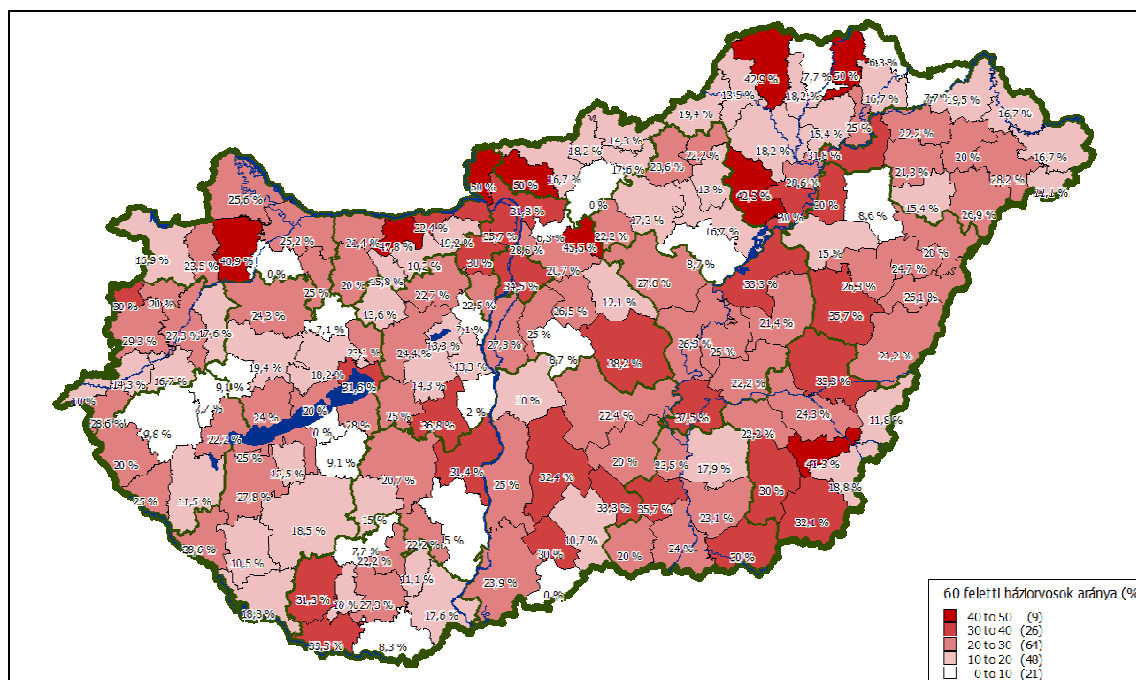
5.1. ábra A háziiorvosok megoszlása szakképzettségük szerint (KSH 2007.)



A háziorvosok mellett egészségügyi végzettségű asszisztens dolgozik, aki az adminisztrációs feladatok mellett az orvosi ellátásban nyújt segítséget a háziorvosnak és végez a betegek otthonában orvosi utasításra egyszerűbb egészségügyi tevékenységeket (pl. vérvétel, injekció beadása).

Mivel a háziorvosi ellátás gyakran második szakvizsgaként megszerzett szakvizsga birtokában kerül ellátásra, ezért a háziorvosok átlagéletkora eleve magasabb más szakmákhoz viszonyítva. Ugyanakkor a háziorvosok átlagéletkorának és a nyugdíjkorhatár felett dolgozók arányának fokozatos növekedése figyelhető meg, ami súlyos problémák forrása lehet a közeljövőben (5.2 ábra).

5.2. ábra A 60 éven felüli háziorvosok aránya (Dr. Füredi Gyula – OALI)



A háziorvosi ellátás másik problémája a betöltetlen háziorvosi praxisok száma. A 6500 praxisból tartósan betöltetlen mintegy 100-120 praxis. Az itt lakók ellátása helyettesítéssel vagy központi gyakornokok révén történik.

5.2.2. Védőnői rendszer

Az 1915-ben megalakult Stefánia Szövetség a csecsemőhalandóság csökkentését tűzte célul maga elé, nem abból a megközelítésből, hogy ezt magas színvonalú intézmények végezzék, hanem a lakosság közt dolgozó védőnői rendszer megteremtésével (Tauffer Vilmos). 1927-től 1941-ig egy másik szervezet a Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat már ennél bővebb feladatokat látott el. Az anya és csecsemővédelem mellett iskola-egészségügyi feladatai, szociális gondozás, idősök otthoni gondozása és nem utolsósorban a tuberkulózis és a nemibetegségek elleni küzdelemben vett részt (Johan Béla megszervezésében). A két szervezet 1941-ben egyesült és 1948-tól épült ki a mai védőnő rendszer, mely a megelőzés mellett a gyógyításban is szerepet kapott.

A védőnők elsősorban az alapellátásban tevékenykednek, mint területi védőnők és iskola-védőnők. 2010-ben az alapellátásban 1032 iskola védőnői, 1022 területi-védőnői és 2782-en „vegyes” védőnői munkakörben dolgoztak. A védőnők a területi önkormányzat alkalmazottai és a területi elv alapján végzik munkájukat, védőnői körzetekben. Egy átlagos védőnői körzetet úgy alakítottak ki, hogy mintegy 250 gondozott jusson egy védőnőre. (Mintegy 1000 védőnő 500-nál több gondozottat lát el.) A területi védőnők 1 millió gyermeket, az iskolai védőnők mintegy 900 ezer iskolást látnak el.



A szakellátásban a kórházi szülészeti osztályokon dolgozik mintegy 70 kórházi védőnő, akik a várandós és szoptatós anyákat segítik a szülésre felkészülésben, illetve az újszülött ellátásában. Az ÁNTSZ keretében működő Családvédelmi Szolgálatban mintegy további 100 védőnő dolgozik. Az ÁNTSZ keretén belül a területi és iskolai- védőnő munkát mintegy 100 irányítási feladatot betöltő védőnő végzi.

5.2.3. Fogorvosi alapellátás

A házi orvosi ellátáshoz hasonlóan, beutaló nélkül vehető igénybe a fogorvosi alapellátás, az egészségbiztosítóval szerződésben álló alapellátást nyújtó fogorvosoknál. A fogorvosok is területi ellátási kötelezettséggel működnek (azaz a számukra meghatározott területről kötelesek fogadni a betegeket) felnőtt, vagy vegyes (felnőtt és 14-18 évesek) praxisokban. Az alapellátás nyújtó fogorvosok meghatározott rendelési időben (ezen túl ügyeleti rendelések vannak kijelölve) fogadják a betegeiket az alábbi szolgáltatásokkal:

- fog és szájbeteg vizsgálat, kezelése, gondozása,
- szűrővizsgálatok,
- góckutatás,
- a terhes nők fogászati gondozása,
- sürgősségi ellátás,
- keresőképtelenségbe vétel,
- szakellátásra irányítás.

A fogászati alapellátás szűrővizsgálatai:

- a szájüreg és a maxillo-facialis tájék stomatológiai vizsgálata keretében
 - az arc és az állcsontok megtekintése,
 - az ajkak, a szájüreg nyálkahártyájának és a nyelvnek a megtekintése,
 - környéki nyirokcsomók és a nyálmirigyek megtapintása;
- a fogazat vizsgálata keretében
 - szuvas, tömött és hiányzó fogak, valamint fogpótlások jelenlétének megállapítása,
 - a fogágy vizsgálata, ínygyulladás, fogágy gyulladás, fogmozgathatóság regisztrálása,
 - a szájhygiéne vizsgálata, lepedék, fogkő jelenlétének megállapítása;
- gyermekeknél a fog- és állcsont-rendellenességek megállapítása.

5.3. Az alapellátás feladata

Ebben az alfejezetben csak a házi orvosi, házi gyermekorvosi szolgálat feladataira térünk ki.

5.3.1. *Prevenációs feladatok (lásd még 4. fejezet)*

- az egészséges lakosság részére nyújtott tanácsadás és szűrés,



A szűrések életkorhoz kötöttek, s az életkori sajátosságokhoz igazodnak.

0 - 4 napos korban

- a) teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére,
- b) testtömeg, testhossz, fej/mell-körfogat mérése és a hazai standardok szerinti értékelése,
- c) ideggyógyászati vizsgálat,
- d) csípőficam szűrése,
- e) érzékszervek működésének vizsgálata:
 - ea) hallás vizsgálata,
 - eb) látás vizsgálata (vörös visszfény, pupilla-reakció, látásmagatartás),
- f) veleszületett anyagcsere-betegségek:
 - fa) galactosaemia (összgalaktóz-szint és Gal-1-PUT), hypothyreosis, biotinidáz hiány,
 - fb) tömegspektográfiás vizsgálattal, egy vizsgálati mintából: jávorfaszörp betegség (MSUD), tyrosinaemia I, II, citrullinaemia I (argininosuccinát synthase hiány, ASS), arginosuccinic aciduria (arginosuccinát lyase hiány, ASL), homocystinuria, rövid-láncú acyl-CoA dehydrogenase hiány (SCAD), közép-láncú acyl-CoA dehydrogenase hiány (MCAD), hosszú-láncú hydroxi-acyl-CoA dehydrogenase hiány (LCHAD), nagyon hosszú-láncú acyl-CoA dehydrogenase hiány (VLCAD), Carnitin-palmytoil transferase hiány (CPT-I, II), Carnitin transzport zavara (CT), multiplex acyl-CoA dehydrogenase defectus (glutársav aciduria GA II), beta-ketothiolase (oxothiolase) hiány, glutársav aciduria I (GAI), isovaleriánsav acidaemia (IVA), metilmalonsav acidaemia (MMA), propionsav acidaemia (PA), 3-hydroxi-3-metilglutaryl-(HMG-)-CoA lyase, methylcrotonyl CoA karboxylase hiány (MCC) multiplex carboxylase hiány, phenylketonuria újszülöttkori szűrése.

1, 3 és 6 hónapos korban

- a) teljes fizikális vizsgálat, különös tekintettel a fejlődési rendellenességek szűrésére,
- b) mozgásszervi vizsgálat, csípőficam szűrése 4 hónapos korig,
- c) idegrendszer vizsgálata,
- d) rejtett heréjűség vizsgálata,
- e) a pszichomotoros és mentális fejlődés vizsgálata,
- f) érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás).

1-6 éves kor között, évente

- a) teljes fizikális vizsgálat,
- b) idegrendszer vizsgálata,
- c) rejtett heréjűség vizsgálata 2 éves korig, herék vizsgálata évente,
- d) pozitív családi anamnézis esetén szerológiai szűrővizsgálat coeliakia irányában, 1 éves korban,
- e) testmagasság, testtömeg (fej-körfogat szükség szerint, mellkas-körfogat mérése), a fejlődés és tápláltsági állapot értékelése hazai standardok alapján,
- f) a pszichés, motoros, mentális, szociális fejlődés és magatartásproblémák vizsgálata, gyanú esetén szakellátásra irányítás,



- g) érzékszervek működésének vizsgálata (látás, kancsalság, hallás) és a beszédfejlődés vizsgálata,
- h) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc rendellenességeire (tartáshiba, scoliosis),
- i.) vérnyomás mérése 3-6 éves életkor között évente.

6 -18 éves kor között

- a) teljes fizikális vizsgálat és ennek rögzítése,
- b) a kórelőzmény ismételt felvétele az öröklődő malignus betegségek vagy hajlamosító állapotok (pl. familiáris colon polyposis) irányába, szükség esetén szakorvosi vizsgálat,
- c) a családi anamnézis, a tápláltsági állapot, az életmódbeli tényezők alapján a szív és érrendszeri betegségek, a metabolikus szindróma és a diabetes mellitus szempontjából veszélyeztetett gyerekek kiszűrése, szakellátásra irányítása,
- d) golyvaszűrés 11 éves életkortól,
- e) a testmagasság, testtömeg, mellkas körfogat mérése, a testi fejlettség és tápláltsági állapot hazai standardok szerinti értékelése, a nemi fejlődés értékelése,
- f) hangulati, magatartászavarok, tanulási nehézségek feltárása, szükség esetén szakellátásra irányítás,
- g) érzékszervek vizsgálata (látásélesség, színlátás, hallás),
- h) mozgásszervek vizsgálata: különös tekintettel a lábstatikai problémákra és a gerinc-rendellenességekre (tartáshiba, scoliosis, Scheuerman),
- i) vérnyomásmérés.

21 éves korban

- a) a családi anamnézis adatainak frissítése, különös tekintettel a szülők és a testvérek között a korai életkorban (férfiaknál 55 évnél, nőknél 65 évnél fiatalabbaknál) jelentkező szívkoszorúér-betegségre, érelmeszesedéssel kapcsolatos szélütésre, verőérszűkületre,
- b) életmódbeli tényezők (táplálkozási szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás) feltárása,
- c) részletes fizikális vizsgálat, testsúly, has körfogat, testmagasság, testtömeg index meghatározása, vérnyomásmérés,
- d) abdominális obesitas (has körfogat nőknél ≥ 80 cm, férfiaknál ≥ 94 cm) esetén a metabolikus szindróma más alkotóelemei (triglicerid-szint, HDL-koleszterin-szint, vérnyomásérték, éhomi vércukorszint) fennállásának a vizsgálata,
- e) a 2-es típusú diabetes mellitus szempontjából nagy kockázatú személyeknél (elhízás, a diabetes mellitus családi halmozódása, a kórelőzményben gestatio diabetes) orális glükóz tolerancia teszt elvégzése (éhomi és 120 perces értékek értékelése) vagy ennek kivitelezhetetlensége esetén éhomi és postprandiális vércukorszint meghatározása,
- f) a teljes kardio-vaszkuláris kockázat felmérése,
- g) vesebetegség szempontjából nagy kockázatú személyeknél (öröklődő vesebetegség familiáris előfordulása, hipertónia, diabetes mellitus, stb. fennállása) szérum kreatininszint, a



kreatinin clearance becsült értékének a meghatározása, vizeletvizsgálat (tesztcsíkkal): fehérje- és haematuria meghatározása,

- h) a családi kórelőzmény elemzése a 40 éves kor alatt a szülők és a testvérek között előforduló benignus és malignus szolid tumorokra, valamint hajlamosító állapotokra,
- i) sztomato-onkológiai vizsgálat, különös tekintettel a parodontosusra, mint ateroszklerózisra is hajlamosító tényezőre, valamint az ajak- és szájüregi rákra hajlamosító állapotokra,
- j) látásvizsgálat.

65 éves kor felett

- a) az életkorral járó fokozott kardio-vaszkuláris kockázat miatt kétévente,
- b) kétévente a panaszt nem okozó ateroszklerózis tüneteinek a vizsgálata (a perifériás artériák tapintása és meghallgatása), ultrahangos áramlásméréssel („mini-Doppler”) a boka-kar index meghatározása,
- c) kétévente a vesebetegség szempontjából nagy kockázatú személyeknél (hipertónia, diabetes mellitus) szérumban kreatinin szint, a kreatinin clearance becsült értékének a meghatározása, vizeletvizsgálat: fehérjeürítés, haematuria meghatározása,
- d) kétévente sztomato-onkológiai szűrés,
- e) évente az érzékszervek vizsgálata,
- f) évente mellkas-szűrővizsgálat (tüdőszűrés)

- a terhesgondozásban való közreműködés,
- az egészségnevelésben és az egészségügyi felvilágosításban való részvétel.

5.3.2. Gyógyító feladatok

- A gyógyító-megelőző alapellátás keretében a hozzá forduló beteg vizsgálata, gyógykezelése, egészségi állapotának ellenőrzése.
- Szükség esetén a beteg szakorvosi vagy fekvőbeteg-gyógyintézeti vizsgálatra, gyógykezelésre való utalása.
- Ügyeleti szolgálatban való részvétel –külön szerződés alapján.
- Kézi gyógyszer-tár működtetése azokon a helyeken, ahol ügyeleti időben nem érhető el a gyógyszer-tár.

5.3.3. Rehabilitációs, gondozási feladatok (lásd még 9. fejezet)

- A szakorvosi ellátás után az egészségük teljes mértékű visszanyerése érdekében betegek orvosi rehabilitációja.
- A krónikus betegek önálló, vagy a megfelelő szakorvos által irányított gondozása (pl. cukorbetegség, magas vérnyomás betegség, ízületi betegségek).
- Az ápolásra szoruló betegek otthoni szakápolásának megszervezése. Az otthoni szakápolást külön ellátórendszer végzi, amely szakápolást, gyógytornát, dietetikai tanácsadást és segítséget nyújt a beteg otthonában, az egészségbiztosító megfelelő indokoltság esetén 2x14 alkalmat finanszíroz a szolgáltatóknak. A javaslatot a beteg



kezelőorvosa adja ki, s a beteg háziorvosa szervezi meg az ellátást a megfelelő – területi ellátási kötelezettséggel rendelkező – szolgáltatóval, s szakmailag is ellenőrzi a szolgáltató működését az adott beteg vonatkozásában.

5.3.4. *Hatósági feladatok*

- A különböző alkalmassági vizsgálatokról (pl. személygépkocsi vezetés), jogosultságokról (pl. mozgássérült) igazolás kiadása.
- A munkaképtelenné vált betegek táppénzbe vétele.
- Az ellátási területén elhunytak illetve a hozzá bejelentkezett és elhunytak halott vizsgálati bizonyítványának kiállítása.

5.4. Az alapellátás működése

5.4.1. *Területi ellátási kötelezettség*

Ahogy arról már az előzőekben szó volt az alapellátás jellemzően területi ellátási kötelezettséggel működik. Az alapellátás működtetője az önkormányzat. Az önkormányzat testülete jelöli ki, módosítja a körzetek határait. Az önkormányzat és az adott alapellátó közti viszonyt polgári jogi szerződés rögzíti. Ebben a szerződésben kerül kikötésre az a törvényi feltétel, hogy a szolgáltató a kijelölt területen életvitelszerűen élő (lakcímkártyával rendelkező) egyéneket térítésmentesen fogadni köteles, róla háziorvosi (védőnői, fogorvosi alapellátó) törzskartont kell felvennie. (Természetesen az ideiglenesen az ellátási területén tartózkodókat is köteles ellátni, ha hozzá fordulnak ezek az ún. eseti ellátások.)

A háziorvos, a fogorvos a kötelezően ellátandó betegei mellett önkéntesen vállalhat alapellátási feladatokat a nála jelentkező, de a körzetén kívül lakók részére is.

5.4.2. *Ügyeleti rendszer*

A háziorvosi és a fogászati alapellátásnak folyamatos rendelkezésre állást kell biztosítani a hozzá fordulóknak részére. Mivel az alapellátásban dolgozóakra is vonatkoznak a Munka Törvénykönyv munkaidő korlátokat tartalmazó rendelkezései, ezért egy személyben nyilvánvalóan nem lehet ténylegesen folyamatos ellátást biztosítani. Ezt a problémát kiküszöbölendő hozták létre az ügyeleti rendszert, amelynek két alaptípusa van a központi és az összevont ügyeleti rendszer.

Az ügyeleti szolgálat feladata az ügyeleten megjelent betegek ellátása, szükség esetén további ellátásra irányítása. Az ügyelet látja el a mozgásképtelen betegeket otthonukban, a helyszínre kiszállva. Az ügyeleti szolgálatnak nem feladata a különböző igazolások kiadása, a táppénzbe vétellel kapcsolatos ügyintézés. Az ügyeleti szolgálat igénybevétele térítésmentes.

A központi ügyeleti rendszer –különösen a nagyvárosokban, de a településközpontokban is – mindig egy adott erre a célra kialakított helyen működik, ezáltal a



lakosság számára egyértelmű, hogy ügyeleti időben hova kell fordulnia. Az ügyeletet vagy a központi ügyelet területén dolgozó házi orvosok, vagy erre szerződött orvosok látják el.

Az összevont ügyeleti rendszerben több körzet házi orvosai közösen látják el az ügyeleti szolgálatot. Ebben az esetben minden ügyeleti időszakban az ügyeletet adó házi orvos rendelője az ügyelet színhelye, azaz a lakosságot az ügyeleti területen levő rendelőkben és egyéb módon tájékoztatni kell, hogy az adott napon az ügyelet hol található, hogyan hívható ki lakásra.

5.5. Az alapellátás finanszírozása

5.5.1. A házi orvosok finanszírozása

A területi ellátási kötelezettséggel bíró házi orvosok finanszírozása több elemből tevődik össze:

1.) Fix díj + területi pótlék: kártyaszám alapján járó díj, amelyet a körzet típusa alapján szorzószámmal módosítanak (1,1-es szorzó önálló épületben dolgozik; 1,2-es a szorzó, ha több településen van rendelője és 1,5-ös a szorzó, ha hátrányos helyzetű térségben működik, illetve speciális feltételek teljesülése esetén). 5.3.ábra.

5.3.ábra A házi orvosi fix díj összege (43/1993 (III.3.) Kormányrendelet)

Körzet típus	Kártyaszám	Fix díj (Ft)
Gyermek körzet	-600	290 000
	601-799	272 000
	800-	235 000
Vegyes körzet	-1200	271 000
	1201-1499	250 000
	1500-	214 000
Felnőtt körzet	-1200	253 000
	1201-1499	235 000
	1500-	197 000

2.) A „kártyapénz” a házi orvosánál nyilvántartott biztosítottak életkorával korrigált fejkvóta, amelyet további szorzóval korrigálnak, amely a házi orvos szakképzettsége és praxisban eltöltött éveinek száma alapján került kialakításra (1,0-1,3).1 pont értéke 2012. novemberétől 186 Ft.

3.) Az eseti ellátások díja. Azon betegek ellátása után, alkalmanként kapja a házi orvos, aki nem hozzá van bejelentkezve (ennek összege 600 Ft/ eset).



4.) Ügyeleti ellátás – amelyet külön szerződés alapján lát el a házi orvos. Az ügyeleti ellátás díjazásának az alapja az ellátandó lakosság szám, melyet a település nagyságtól és az ügyelet típusától (központi) eltérő szorzószámokkal korrigálnak.

5.) Hatósági ügyintézés díja. A különböző, az egészségbiztosítás által nem fedezett ellátásokért a vizsgált személy díjat fizet. (Pl. látogatás: 3200 Ft, véralkohol vizsgálat: 4350 Ft, gépjárművezetői alkalmassági vizsgálat: 6550 Ft).

A területi ellátási kötelezettséggel rendelkező házi orvosok a területi önkormányzattól, melynek törvényben előírt az ellátási kötelezettség biztosítása, különböző mértékű támogatást kaphatnak a rendelő fenntartására, az ügyelet ellátására.

A területi ellátási kötelezettséggel bíró házi orvosok az általuk ellátott körzetben végzett tevékenységük eszmei értékének a „praxisjognak” az elidegenítésekor a rendelést átvevő házi orvostól megváltást kaphatnak. (A praxis ára.)

A területi ellátási kötelezettség nélkül, de egészségbiztosítással szerződésben álló házi orvosok csak „kártyapénzt” kapnak.

5.5.2. A védőnők finanszírozása

A védőnők finanszírozása pontrendszer alapján történik. A pontokat az ellátottak száma, kora, és a körzet sajátosságai alapján alakítják ki. 2012. novemberétől 1 pont értéke 312 forint. Az OEP által biztosított finanszírozás mellett a védőnői ellátás költségeihez (munkabér, rendelő fenntartása és működtetése, utazási költségek) a fenntartó önkormányzat is hozzájárul.

5.5.3. A fogorvosi alapellátás finanszírozása

Az alapellátásban a beteg:

- 18 éves koráig,
- a terhesség megállapításától a szülést követő 90 napig,
- 60 éves életkora felett térítésmentes ellátásra jogosult, kivéve a fogtechnikai költségeket.

A beteg életkorától függetlenül támogatott fogászati ellátások:

- sürgősségi ellátás,
- szűrővizsgálat (meghatározott gyakorisággal, pl. 18 éves kor felett évente egyszer),
- szakorvosi beutaló alapján góckutatás és más alapbetegségekhez kapcsolódó fog- és szájbetegségek kezelése,
- fogmeztartó kezelés,
- fogsebészeti ellátás,
- fogköeltávolítás,
- ínyelváltozások kezelése.



A fogorvosi ellátás finanszírozása az elvégzett tevékenységek pontszáma alapján történik. Ehhez járul a körzet jellege alapján megállapított fix díj.

5.6. Az alapellátás informatikai rendszere, statisztikai adatszolgáltatása

5.6.1. OSAP statisztikák

A statisztikáról szóló 1993. évi XLVI törvény rendeli el az országos adatszolgáltatást az OSAP (Országos Statisztikai Adatgyűjtő Program) keretében. A házi orvosok jelentési kötelezettségét a KSH-nak az 5.4. ábra tartalmazza. Az OSAP része a halott vizsgálati bizonyítvány is, melyet a kiállításától számított 7 napon belül kell a bizonyítványt kiállítónak beküldenie.

5.4. ábra A házi orvosok OSAP jelentési kötelezettsége (KSH-2012.)

Szám.	Tárgy	Gyakoriság	Határidő
1018	Az egészségügyi ellátás állás- és létszámkimutatása	évenként	a tárgyévet követő január 30.
1021	Jelentés a házi orvosok és házi gyermekorvosok tevékenységéről	évenként	a tárgyévet követő január 30.

Az Emberi Erőforrás Minisztérium számára is kötelező statisztikai adatok szolgáltatása (5.5. ábra).

5.5. ábra Az EMMI által elrendelt kötelező adatszolgáltatások

Szám.	Tárgy	Gyakoriság	Határidő
1488	Jelentés a bruttó 100 ezer Ft értékhatár feletti tárgyi eszköznek minősülő egészségügyi gépek és műszerek állományának változásáról	évenként	a tárgyévet követő január 30.
1630	Épületkataszter az egészségügyi szolgáltatókról	évenként	a tárgyévet követő január 30.
1670	Jelentés az emberi mérgezési esetekről	évenként	a tárgyévet követő március 31.
2230	Informatikakataszter az	évenként	a tárgyévet



egészségügyi szolgáltatókról		követő január 30.
---------------------------------	--	-------------------

5.6.2. *Finanszírozáshoz köthető statisztikák*

A 43/1999 (III. 3.) Korm. rendelet 17.§ előírja a házi orvosok kötelező adatszolgáltatását a finanszírozó OEP felé.

A rendelet 2. és 20. számú mellékletében rögzített adatokat havonta, a tárgy hónapot követő hónap 10. napjáig köteles jelenteni a finanszírozónak. 2011. január 1-je után a házi orvosi szolgálatok jelentési kötelezettségüknek az Elektronikus Jelentésküldő Rendszer (eJelentés) használatával tesznek eleget.

A tételes betegforgalmi jelentés (B300) főbb elemei:

- A házi orvosi szolgálat (jelentő) alapadatai. (11 rekord)
- A megjelent betegre vonatkozó (betegforgalmi) adatok. (16 rekord)
- Diagnózisok. (5 rekord)
- Továbbküldési adatok. (9 rekord)
- Vényfelírás adatai. (9 rekord)
- Közgyógyellátás adatai. (5 rekord)
- Szűrések adatai. (7 rekord)
- Gondozás adatai. (8 rekord)
- Utazási utalvány adatai. (4 rekord)



6. A magyar egészségügyi rendszer felépítése III. (iskolaorvosi, foglalkozás-egészségügyi)

1. Iskola-egészségügy

Az iskola-egészségügyi ellátás az alapellátás része. A 26/1993. (IX.3.) NM rendelet szabályozza az iskola-egészségügyi ellátást.

6.1.1. Az iskola-egészségügy feladatai

A 3-18 éves óvodába, iskolába járó, valamint a 18 év feletti, nappali tagozatos, középiskolai oktatásban résztvevők megelőző jellegű ellátása. Az iskolafogászati tevékenység preventív és gyógyító elemekből áll. Az iskolaorvos és iskolafogász feladatait az alábbiakban foglaltuk össze a fenti jogszabály mellékletei alapján.

Az iskolaorvos feladatai:

- A gyermekek, tanulók egészségi állapotának vizsgálata, követése a 2., 4., 6., 8., 10. és 12. évfolyamokban
- A krónikus beteg és fogyatékos gyermekek fokozott ellenőrzése.
- Szakmai alkalmassági vizsgálatok elvégzése, pályaválasztási tanácsadás.
- Közegészségügyi és járványügyi feladatok (életkorhoz kötött és kampányoltások elvégzése, a járványügyi előírások betartásának ellenőrzése, fertőző megbetegedések esetén járványügyi intézkedések elrendelése, az étkeztetés ellenőrzése.
- Elsősegélynyújtás.
- Résztétel a nevelési-oktatási intézmény egészségnevelő tevékenységében (egészséges életmódra nevelés, egészségügyi információk közlése a szülőkkel és a pedagógusokkal, önvizsgálati alapismeretek tanítása).
- Környezet-egészségügyi feladatok (az intézményi környezet ellenőrzése, a tanulók gyakorlati oktatásával kapcsolatos munkahelyi körülmények figyelemmel kísérése).

Az iskolafogász feladatai:

- Fogászati gondozás: preventív és terápiai ellátás.
- Évente két alkalommal a rendelőben elvégzi a tanulók csoportos fogászati vizsgálatát és kezelését. Elvégzi az óvodások szűrővizsgálatát az óvodában, évente legalább egyszer.
- Évente legalább egy alkalommal meglátogatja a körzetéhez tartozó nevelési-oktatási intézményeket, az intézmények vezetőivel rendszeres kapcsolatot tart.
- Kiemelt gondozásban részesíti a fogyatékos és más módon veszélyeztetett gyermekeket.
- Egészségügyi felvilágosító és nevelő tevékenységet folytat, részt vesz a nevelési-oktatási intézményben folyó egészséges életmódra nevelésben, az egészségtan oktatásban.



6.1.2. Az iskola-egészségügy szervezeti felépítése

Valamennyi nevelési, oktatási intézmény köteles működtetni iskola-egészségügyi ellátást. Az iskola-egészségügyi ellátás az iskolaorvos és a védőnő közös munkáján alapul, amelyet a fogorvos munkája egészít ki. Az iskolaorvos és a védőnő a gyermek házi gyermekorvosával és a területileg illetékes védőnőjével egyeztetve végzi megelőző tevékenységét.

800 tanuló esetén főállású iskola-védőnőt kell alkalmazni, gyógypedagógiai intézményben ez a szám 400 tanuló. Iskolaorvosi feladatot 800 főig részállásban, lehet ellátni, gyógypedagógiai intézményben 800 tanulóra főállású iskola-orvost kell alkalmazni.

Az iskolafogászatot alapvetően a területen működő fogászati alapellátás biztosítja. 1200 tanuló létszám esetén önálló fogorvost kell alkalmazni.

6.1.3. Az iskola-egészségügy humán erőforrása

Az iskola-egészségügyi ellátást iskolaorvosok, iskolafogászok és védőnők főállásban vagy részállásban látják el.

Iskolaorvosi feladatokat - lehetőség szerint iskola-egészségtan és ifjúságvédelem szakvizsgával is rendelkező - háziorvos, belgyógyász vagy csecsemő-gyermekgyógyász szakorvosorvos láthat el. Szakmunkásképző iskolában, szakiskolában és szakközépiskolában tanuló 14 éven felüliek esetében üzemorvosi szakorvosi képesítéssel rendelkező szakorvos is elláthatja az iskolaorvosi feladatokat.(3.§ (1))

Az iskolaorvosok tudományos szakmai szervezete az 1966-ban alapított Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság. A szakképesítés neve: iskola-egészségtan és ifjúságvédelem szakorvosa. Ezt a szakképesítést belgyógyászat vagy foglalkozás-orvostan alapszaktámák megszerzése után 33 hónap, csecsemő- és gyermekgyógyászat vagy háziorvostan alapszaktámák megszerzését követően 24 hónap szakképzési időt teljesítve lehet megszerezni. Az ifjúság-egészségügyi gondozásban 230 szakorvos vesz részt.

A védőnőket illetően utalunk az 5.2.2. fejezetre.

Iskolafogászati feladatokat gyermek-fogszakorvos vagy gyermekfogászatban jártas fogorvos láthat el. A szakorvos képzés keretében a gyermek-fogszakorvosi képesítés 36 hónapos képzést követően szerezhető meg.

2. Foglalkozás-egészségügy

A foglalkozás-egészségügy a munkahelyek egészségi és biztonsági kérdéseivel foglalkozik, amelybe beletartozik a munkavégzők munkaköri alkalmasságának megállapítása, rendszeres ellenőrzése, a munkakörülmények okozta betegségek megelőzése és felderítése. Más



megfogalmazásban a foglalkozás-egészségügy feladata a munkahelyi megterhelés, valamint a munkahelyi tényezők felkutatása és ellenőrzése.

A munkavédelemről az 1993. évi XCIII. törvény rendelkezik. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat szabályait a többször módosított 89/1995. (VII. 14.) Korm. rendelet írja elő.

A foglalkozás-egészségügyi ellátás biztosítása a munkáltató feladata. 2010-ben Magyarországon 100 296 gazdálkodó egységben működött foglalkozás-egészségügyi szolgálat. Ezt a feladatot a munkáltató elláthatja saját foglalkozás-egészségügyi szolgáltatóval, vagy szerződhet foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásra speciálizált egészségügyi vállalkozással, vállalkozóval. A foglalkozás-egészségügy nem tartozik az egészségbiztosító által finanszírozott ellátások körébe.

6.2.1. A foglalkozás-egészségügy feladata

- a.) A foglalkozás-egészségügyi szolgáltatónak jogszabályban előírt időközönként a munkavégzés körülményeit vizsgálnia kell:
 - Munkakörnyezeti műszeres vizsgálatok (a kémiai kóroki tényezők: por; a fizikai kóroki tényezők: zaj, rezgések, megvilágítás, sugárzások; a klímátényezők; a fizikai megterhelés vizsgálata).
 - A biológiai expozíciós tényezők vizsgálata.
- b.) A dolgozók alkalmazhatóságát a munkavégzés előtt, illetve ha a munkakörülmények megváltoznak, valamint a jogszabályban előírt a veszélyeztetettségnek megfelelően gyakorisággal szakmai alkalmazhatóságát.

Foglalkozási betegségek felosztása:

- a.) Fizikai kóroki tényezők (zaj, vibráció, ionizáló sugárzás, túlnyomásban végzett munka) okozta betegségek.
- b.) Kémiai kóroki tényezők (ólom, higany, klór, és más vegyületek) okozta betegségek.
- c.) Biológiai tényezők (gomba okozta bőrbetegségek, kullancs által terjesztett betegségek, hepatitis) okozta betegségek.
- d.) Pszichoszociális tényezők (munkahelyi stressz, kiégés) okozta betegségek.

6.2.2. A foglalkozás-egészségügy szervezeti felépítése

A foglalkozás-egészségügy szakmai irányítását, a kormányzat háttérintézményeként a Nemzeti Munkaügyi Hivatal Munkavédelmi és Munkaügyi Igazgatóság Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztálya (előző nevén Országos Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Intézet). Feladata a 323/2011. (XII. 28.) Korm. rendelet alapján:

- a munkahigiénés és foglalkozás-egészségügyi tevékenységgel összefüggő kormányzati döntések, stratégiák megalapozása, felmérése;



- a környezeti (munkakörnyezeti) és biológiai monitorozás módszertanának kialakítása és fejlesztése;
- részvétel az európai uniós tagállami működéssel kapcsolatos, közösségi jogharmonizációs, továbbá az Európai Unió döntéshozatali folyamataiban a munkahigiéne, valamint a foglalkozás-egészségügy területén;
- a munkaegészségügyi vonatkozású hazai és európai uniós programok végrehajtásával kapcsolatos feladatok megoldása;
- a munkaegészségüggyel foglalkozó hazai és nemzetközi szervezetek tevékenységében részvétel;
- ellátja a túlnyomásos munkahelyen foglalkoztatottakat;
- elvégzi a kézi lőfegyverek, lőszeres, gáz- és riasztófegyverek megszerzésének és tartásának egészségi alkalmassági vizsgálatát, a hajózási egészségi alkalmasság másodfokú vizsgálatát.

A munkáltató – eltérő megállapodás hiányában - dolgozók munkahelyi veszélyeztetettsége alapján képzett kategóriák (A-D kategória) szerint fizet díjat a vele szerződésben álló foglalkozás-egészségügyi szolgáltatónak.

A főmunka-időben biztosítani kell a szolgálatban egy orvos és egy ápoló jelenlétét:

a) „A” foglalkozás-egészségi osztály esetén az 1000 munkavállalónként,

b) „B” foglalkozás-egészségi osztály esetén az 1200 munkavállalónként,

c) „C” foglalkozás-egészségi osztály esetén az 1500 munkavállalónként,

d) „D” foglalkozás-egészségi osztály esetén a 2000 munkavállalónként.

Az „A” kategóriába tartozik 101 ezer, a „B” kategóriába 501 ezer, a „C” kategóriába 988 ezer és a „D” kategóriába 474 ezer munkavállaló.

A foglalkozás orvostan szakorvosi képzési ideje 48 hónap. A foglalkozás-egészségügyi alapellátást mintegy 850 főállású és mintegy 1500 mellékállású szakorvos biztosítja (6.1. ábra).

6.1. ábra A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok főbb tevékenységei (KSH-2011.)

Alkalmassági vizsgálat	1 907 000
Munkahelyi foglalkozás-egészségügyi vizsgálat	51 000
Foglalkozási betegség miatt gondozottak száma	1 412
Rehabilitált gondozottak száma	30 925
Sürgősségi ellátás	79 847
Munkakörhöz kötött védőoltások száma	104 492

A munkahelyeken működő foglalkozás-egészségügyi szolgálatok alapellátásként működnek, amennyiben kiegészítő vizsgálatokra van szükség, a vizsgálandó személyt a



foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyekre irányíthatja. Ezekből megyénként 1-4 működik, jellemzően a kórházakhoz integrált szakrendelőkből. Jegyzéküket az Egészségügyi Közlöny LVIII. évfolyam 1. számában (2008. január 18.) tették közzé. A szakellátásban mintegy 150 orvos dolgozik.

Bizonyos betegségek (keszonbetegség) gyanúja esetén a Nemzeti Munkaügyi Hivatal Munkavédelmi és Munkaügyi Igazgatóság Munkahigiénés és Foglalkozás-egészségügyi Főosztályához kell a beteget vizsgálatra irányítani (1.előbb).

6.2.3. Foglalkozás-egészségügy jelentősége a nemzetgazdaság szempontjából (EU, ILO).

Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OSHA. Székhelye: Bilbao, Spanyolországban.) a munkahelyi biztonság javítása, az egészségesebb munkahelyek megteremtése érdekében az Európai Unió háttérintézménye. Feladatát kutatásokkal, statisztikai adatok elemzésével és az ezek alapján kialakított kockázatelemzés módszerével tölti be. A szervezet hálózatot működtet a tagországokban, ezek a „fókuszpontok”, ezt a szerepet Magyarországon a Munkaügyi Főfelügyelőség tölti be.

Az 1919-ben alapított Nemzetközi Munkaügyi Szervezetnek (ILO) Magyarország 1921. óta tagja. A szervezet a később megalakult ENSZ munkaügyekkel foglalkozó szervezete. A szervezet felépítése:

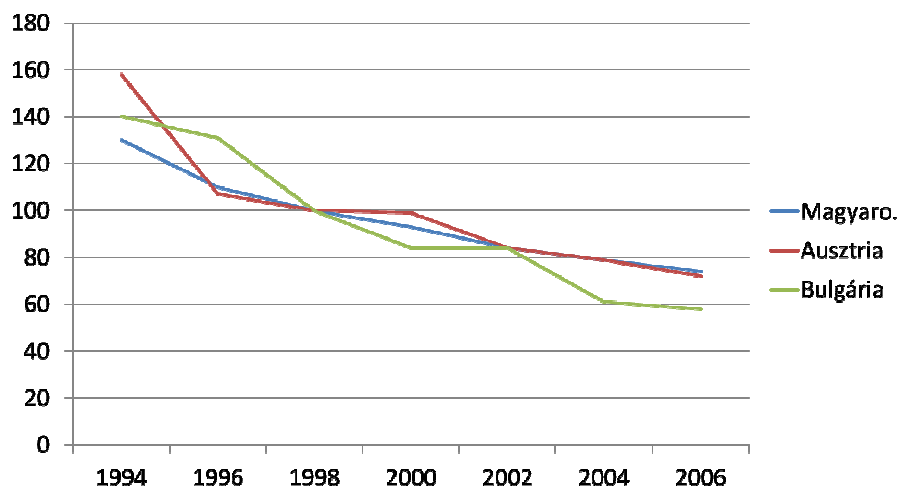
- A munkát érintő alapvető jogok és elvek.
- A munkavállalás.
- Szociális védelem.
- Szociális dialógus.

A Szociális védelem osztályhoz tartozik a munkahelyi egészség és a munkahelyi biztonság kérdése. Az ILO háttérszervezeteként ezen a területen az International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS) működik, mely világszerte gyűjti a munkahelyi betegségekre vonatkozó adatokat.

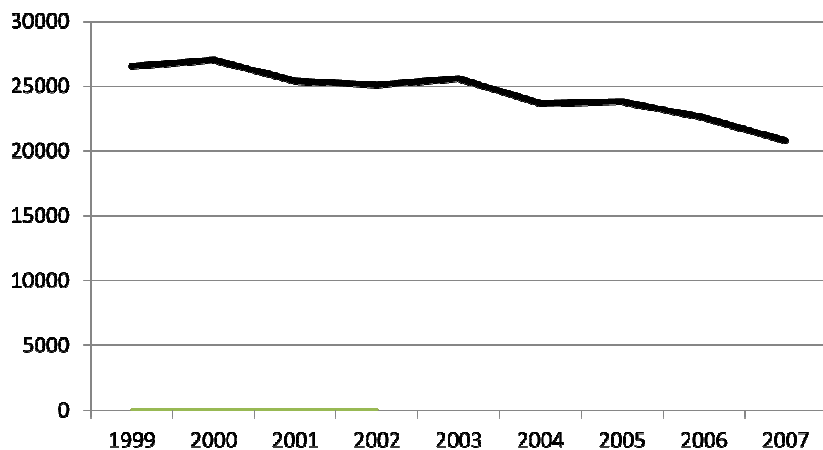
Magyarországon 2006-ban 3,5 halálos munkahelyi baleset jutott 100 000 munkavállalóra. 2008-ban 116 haláleset történt, legtöbb (41) az építőiparban.

A súlyos és az összes munkahelyi baleset, betegség adatait ábrákban mutatjuk be. (6.2-3. ábrák)

6.2. ábra A súlyos (3 napnál hosszabb betegállománnyal járó) foglalkozás betegségek gyakoriságának változása százalékban 1998-hoz (100%) viszonyítva. (EUROSTAT)



6.3. ábra Valamennyi munkával összefüggő betegségi eset száma Magyarországon (CIS)





7. A magyar egészségügyi rendszer felépítése IV. Szakellátás I. (járóbeteg szakellátás)

1. Szakellátás fogalma

A szakellátás a speciális képzéssel bíró szakorvosok által nyújtott specializált ellátások összessége. Azon betegségek diagnosztizálása és kezelése tartozik ebbe a körbe, melyeket az alapellátás orvosa képzettség vagy felszereltség hiányában nem tud elvégezni. A szakellátás olyan gyógyító-megelőző ellátás, amelyhez speciális orvosi tudás szükséges, amit az orvosok a szervezett posztgraduális képzés során sajátítanak el. (szakorvos=specialista)

Alapvetően két formája van: a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-szakellátás. Megjegyzendő, hogy több új keletű ellátási forma nem illeszthető be ilyen merev kategóriákba (nappali kórház, egynapos sebészet).

Az általános **járóbeteg-szakellátás** a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján szakorvos által végzett egyszeri illetve, alkalmasszerű egészségügyi ellátás. Fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg egészségi állapotának veszélyeztetése nélkül, rendszeres tömegközlekedés igénybevételével megközelíthetően (lakóhelyének közelében) kell biztosítani.

A járóbeteg szakellátásban tevékenykedő szakmák felsorolását a táblázat tartalmazza (7.1 ábra). A gyakorlatban a járóbeteg szakellátást klinikai (betegellátást közvetlenül végzők) és diagnosztikai (laboratórium, képalkotó vizsgálatok, stb.) bontásban is szokták vizsgálni.

7.1. ábra A járóbeteg szakellátás tevékenységei –szakmakóddal (2008.)

SZAKMAKÓD	SZAKMA
001	Belgyógyászat
002	Sebészet
003	Traumatológia
004	Szülészeti-nőgyógyászat
005	Csecsemő- és gyermekgyógyászat
006	Fül-orr-gégegyógyászat
007	Szemészet
008	Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás
009	Neurológia
010	Ortopédia
011	Urológia, andrológia
012	Klinikai onkológia
013	Fogászati szakellátás
014	Reumatológia és fizioterápia



015	Intenzív betegellátás
016	Fertőző betegellátás
017	Felvételi egység (szakfeladat szerint)
018	Pszichiátria
019	Tüdőgyógyászat
022	Mozgásszervi rehabilitáció
024	Sugárterápia, onkoradiológia
027	Angiológia, phlebológia, lymphológia
028	Haematológia
029	Allergológia és klinikai immunológia
030	Endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
031	Gastroenterológia
032	Tüdő- és mellkassebészet
033	Érsebészet
034	Idegsebészet
035	Stroke (neurológiai szakfeladat)
036	PIC (neonatológiai szakfeladat)
037	Nefrológia
038	Oszteoporózis centrum (szakfeladat szerint)
039	Szívsebészet
040	Kardiológia
041	Gyermek- és ifjúságpszichiátria
042	Dialízis (műveseállomás)
043	Alkohológia (pszichiátriai szakfeladat)
044	Drogbetegellátás
045	Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat)
046	Sürgősségi betegellátás
048	Gyermeksebészet
049	Plasztikai (égési) sebészet
050	Labordiagnosztika
051	Röntgen diagnosztika és terápia
052	Tomográfia
053	Ultrahang-diagnosztika és terápia
054	Patológia és kórszövettan
055	Aneszteziológia
056	Speciális diagnosztikai munkahelyek



057	Fizio- és mozgásterápia
059	Lézerdiagnosztika és terápia
061	Véradozsolgálat és szövetbank
065	Nukleáris medicina
066	AIDS diagnosztika és terápia
068	Pszichoterápia
069	Egyéb diagnosztika és terápia
071	Pszichológia
072	Pedagógia és Logopédia
076	Dietetika
0A2	Klinikai genetika
0A3	Kézsebészet
0A8	Foniátria
0A9	Geriátria
601	Foglalkozás-egészségügyi szakellátás
604	OEP, MEP felülvizsgálat
692	Akupunktúra
721	Logopédia
722	Gyógypedagógia
741	Gyógytorna
742	Gyógymasszázs
743	Konduktori tevékenység
754	Fizioterápiás (szak.)
G01	Belgyógyászat (gyermek)
G02	Sebészet (gyermek)
G03	Traumatológia (gyermek)
G04	Szülészet-nőgyógyászat (gyermek)
G06	Fül-orr-gégegyógyászat (gyermek)
G07	Szemészet (gyermek)
G09	Neurológia (gyermek)
G10	Ortopédia (gyermek)
G11	Urológia, andrológia (gyermek)
G18	Pszichiátria (gyermek)
G19	Tüdőgyógyászat (gyermek)
G30	Endokrinológia, anyagcsere és diabetológia (gyermek)



G31	Gastroenterológia (gyermek)
G37	Nefrológia (gyermek)
G40	Kardiológia (gyermek)
G51	Röntgen diagnosztika és terápia (gyermek)
Q08	Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás – gondozó
Q09	Neurológia – gondozó
Q12	Klinikai onkológia – gondozó
Q18	Pszichiátria – gondozó
Q19	Tüdőgyógyászat – gondozó
Q41	Gyermek- és ifjúságpszichiátria – gondozó
Q43	Alkohológia (pszichiátriai szakfeladat) – gondozó
Q44	Drogbetegellátás – gondozó
Q45	Addiktológia (pszichiátriai szakfeladat) – gondozó

2. A járóbeteg szakellátás feladatai

7.2.1. *Prevenációs feladatok*

Lásd a 4.3.2. fejezetben.

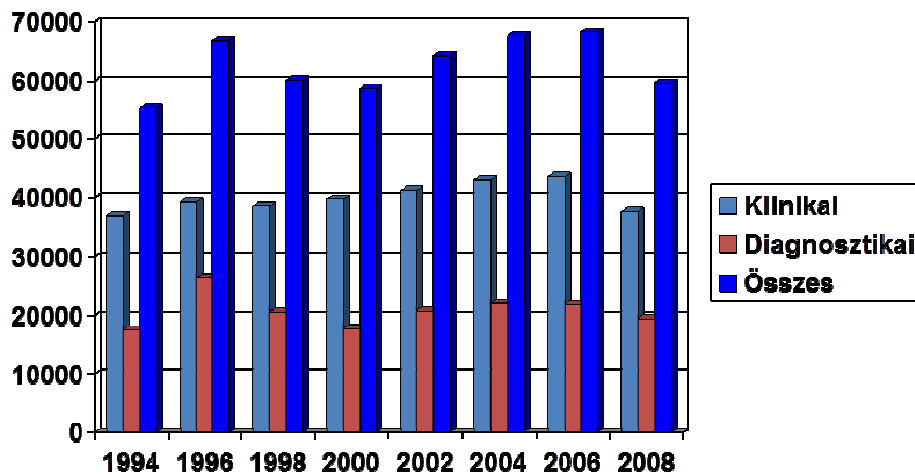
7.2.2. *Akut ellátás*

A járóbeteg szakellátás gyógyító tevékenysége az alábbiakra terjed ki:

- Betegek gyógykezelése, szakorvosi gondozása.
- Otthoni szakápolás elrendelése, rehabilitáció.
- Szakorvosi konzíliumok elvégzése, szükség esetén a beteg otthonában.
- A beteg más szakrendelésre, szakambulanciára történő beutalása.
- A beteg fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalása.

A járóbeteg szakellátás az orvos-beteg kapcsolatok egyik leggyakoribb színtere (7.2. ábra).

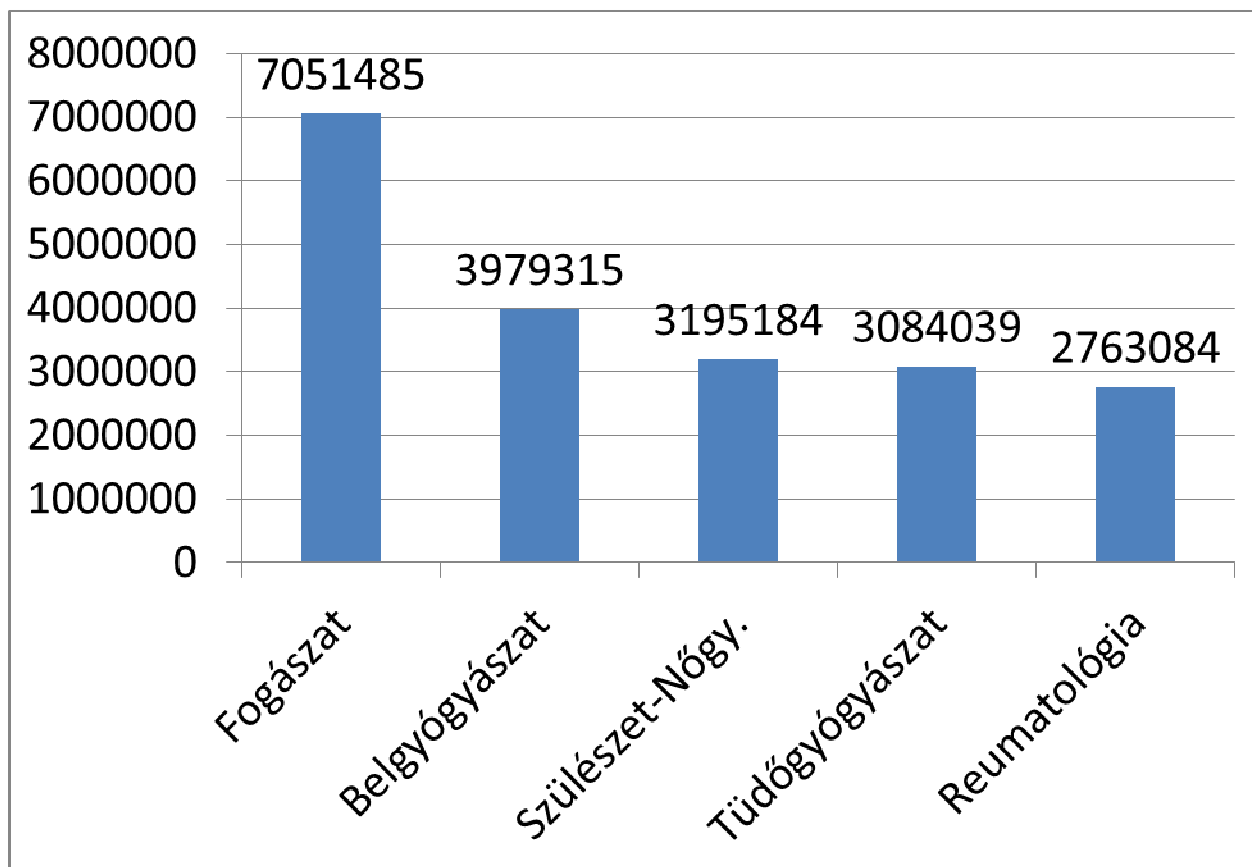
7.2. ábra A járóbeteg szakellátásban regisztrált esetek száma.



7.2.3. Diagnosztikai és terápiás tevékenység

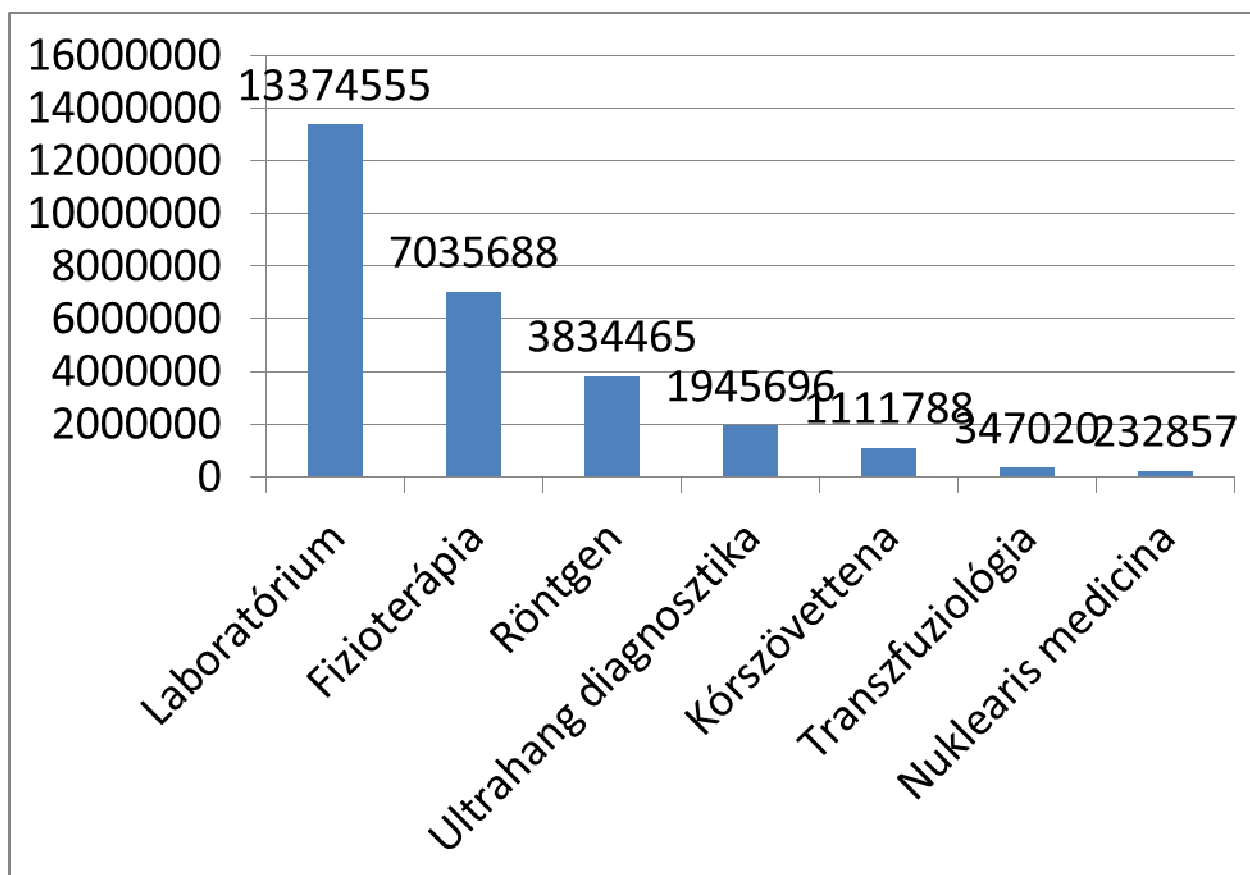
A szakrendelőben folyó tevékenységet diagnosztikai és terápiás feladatok szerint is osztályozhatjuk. A klinikai szakmákban megjelent betegek számát az 5 leggyakoribb szakmában mutatja a 7.3. ábra.

7.3.ábra A járóbeteg-szakellátás esetszámai az 5 leggyakrabban felkeresett szakrendelésen 2010-ben (KSH)



A diagnosztikus tevékenységek (laboratórium, képalkotó vizsgálatok) többsége az alapellátás orvosa által közvetlenül rendelhető. A diagnosztikus aktivitás teszi ki a járóbeteg-szakellátási tevékenységek mintegy egyharmadát (7.4. ábra).

7.4.ábra A járóbeteg-szakellátás diagnosztikai és terápiás területeinek esetszáma 2010-ben (KSH)



A terápiás aktivitáshoz az egynapos ellátások és a kúraszerű ellátások végzése is hozzátartozik. A kúraszerű ellátásokban elvégezhető tevékenységek:

1. Praecerebralis elzáródással járó (kivéve: TIA) cerebrovascularis megbetegedések infúziós kezelése kúrában.
2. Átmeneti ischaemiás agyi keringészavar (TIA) infúziós kezelése kúrában.
3. Egyéb idegrendszeri és cerebrovascularis megbetegedések infúziós kezelése kúrában.
4. Perifériás érbetegségek infúziós kezelése kúrában.
5. Atherosclerosisos megbetegedések infúziós kezelése kúrában.

7.2.4. Gondozás

A gondozási tevékenység részben a gondozókban, részben a szakrendeléseken folyik. A gondozók tevékenységéről lásd 7.3.4. fejezetet.

A szakrendeléseken a krónikus betegek gondozása folyik. Egyrészt a háziorvos az általa gondozott betegnél rendszeres időközönként ellenőrzi a szakrendelés segítségével az esetleges szövődmények felléptét (pl. magasvérnyomás betegségben a vesebetegség, az



érelváltozások megjelenését), másrészt az esetleges szövődmény felléptekor a kezelés módosításához illetve a szövődmény kezeléséhez kér szakrendelői segítséget.

A szakrendelések „önállóan” is végeznek gondozási tevékenységet

- egyrészt ritka betegségek esetében, melyek kezelése, gondozása meghaladja a háziorvos kompetencia szintjét (pl. mellékvese elégtelenség),
- másrészt olyan betegségek esetében, melyek gondozása speciális ismereteket, speciális műszerezettséget igényel (pl. epilepsia, rheumatoid arthritis).

7.2.5. Rehabilitáció (lásd még 9. fejezet)

A szakrendelésen dolgozók feladata a heveny megbetegedésen átesett, de már járóbetegként kezelhető betegek mielőbbi teljes orvosi rehabilitációja. A rehabilitációs szakorvosokon túlmenően az egyes szakmákban dolgozó orvosok is ellátnak rehabilitációs feladatot. A rehabilitációs feladatok közül a segédeszközzel történő ellátás (pl. szemüveg, hallókészülék, ortopédiai segédeszközök, stb. lásd 13. fejezetben), a gyógyfürdőellátás rendelése a szakorvosok feladata. Egyes rehabilitációs célú kezeléseket a szakorvos otthoni szakápolás keretében is rendelhet (7.3.5. fejezet).

3. A járóbeteg szakellátás szervezeti felépítése

Járóbeteg szakellátást az alábbi helyszíneken nyújtanak:

- Szakorvosi rendelőintézet (poliklinika).
- Szakorvosi rendelő.
- Magánrendelő.
- Kórházi szakambulancia.
- Gondozóintézet (tüdő, ideg, bőr- és nemibeteg, onkológia).
- Otthoni szakápolás.

7.3.1. Szakrendelők

A szakellátás legelterjedtebb formája. Magyarországon 430 szolgáltatónak van szerződése az egészségbiztosítóval járóbeteg-szakrendelés végzésére, közülük 90 nagy sokszakmás poliklinika, míg 148 olyan is van, ahol két-három specialitás van csak képviselve. A szakrendelők területi ellátási kötelezettséggel működnek. A szakrendelő orvosainak – amennyiben szerződésük van rá – táppénzbevételi joguk is van. A megyei kórházak legtöbb esetben a megyei szakrendelővel integráltan működnek.

A szakrendelők tulajdonosa általában a települési önkormányzat. 2012-től a megyei önkormányzatok tulajdonában levő intézményeket átvette az állam, a tulajdonosi jogokat az egészségügyért felelős miniszter gyakorolja, a kezelői jogokat a GYEMSZI megfelelő igazgatósága. Egyelőre a városi, községi önkormányzatok tulajdonában levő szakrendelők tulajdonjogában nem történt változás.



7.3.2. Szakambulanciák

A szakambulanciák a kórházi osztályok mellett jöttek létre. Elsődleges feladatuk a kórházban ápolott betegek szükség szerinti ellenőrző vizsgálata, kiegészítő vizsgálatok elvégzése. A szakambulanciák ugyanakkor alkalmasak a kórházi háttérük (szakemberek, felszereltség) miatt olyan vizsgálatok elvégzésére, amelyeket a poliklinikák nem tudnak elvégezni (pl. szívkatéterezés).

A szakambulanciák a kórházi struktúra részei. Dolgozói a kórház alkalmazottai, tulajdonosa a kórház.

7.3.3. Magán ellátás

Az orvosi munka kezdetekben magánellátás volt. Az állami felelősségvállalás a betegellátásban a XVIII. században kezdett kialakulni, a nagy járványok hatására és annak leküzdésére, illetve a szegények orvosi ellátásának megoldására. A XIX. század végétől, az egészségbiztosítás fokozatos kiterjesztésével szorult vissza a klasszikus magánellátás. Azonban a nem állami tulajdonlású egészségügyi rendszerekben ma is a biztosítóval szerződött magánorvosok végzik a szakellátást (mint ahogy Magyarországon a háziorvosok végzik az alapellátást).

Magyarországon az egészségügy államosításával az 1950-es évektől fokozatosan visszaszorult a magánorvosi intézmény. Adózási és egyéb szabályozással hosszú ideig nehezítették az ebben a formában működő orvosok tevékenységét. A rendszerváltás után ez a hátrányos megkülönböztetés enyhült.

Bármely szakorvosnak joga van magánrendelőt működtetni. A működéshez a területileg illetékes kormányhivatal népegészségügyi szakigazgatási szervének engedélyre van szüksége. Az engedély megadásának a feltétele az orvos képesítése és a jogszabályban előírt feltételek (építészeti, felszereltségi) teljesítése.

A fogászati ellátás jelentős része magánorvosi formában történik, de egyes szakmák területén is elterjedt a magánorvosi ellátás (pl. foglalkozás- egészségügy). A magánorvosi ellátásban a beteg (vagy adott esetben a magán egészségbiztosítója) fizeti az ellátás teljes költségét. Ennek várható összegéről az ellátás megkezdése előtt köteles a magánorvos a beteget tájékoztatni. A magánorvosi működés feltétele a magánorvosi tevékenységre vonatkozó biztosítás megléte is. Ez a biztosítás nyújt fedezetet az esetleges kártérítési perekben megítélt kártérítésekre. A magánorvosi rendszerre vonatkozó összefoglaló statisztika nem készül (rendeléstípusok, rendelési idő, ellátott betegek, tevékenységek, stb.).

7.3.4. Gondozók

A járóbeteg ellátás speciális formája az, amikor a tartós betegség (krónikus betegség) vagy a speciális helyzet miatt gondozóban történik a beteg ellátása. Az egészségbiztosítóval szerződött gondozókban nem szükséges orvosi beutaló, a beteg saját elhatározása illetve a gondozó orvosának visszarendelése alapján keresheti fel. Az alábbi gondozók működnek:

- Bőrgyógyászat és nemibeteg-ellátás. Feladat a nemi betegek kezelése és járványügyi szempontból a kontaktszemélyek felkutatása. 125 gondozóban 2010-ben 1.246.000 beteget láttak el. Speciális feladatuk a HIV szűrések végzése és az AIDS betegek



gondozása. A bőrgyógyászati betegek ellátása lényegében klasszikus szakellátás, a kétféle betegségcsoport közös kezelésének az azonos szakképesítés az oka.

- Klinikai onkológia. A daganatos betegek járóbeteg ellátásának és gondozásának színtere. A betegség jellegéből adódóan a gyógyult betegek hosszú távú (5-10 éves) követése szükséges.
- Tüdőgyógyászat. A tuberkulózis elleni küzdelem hívta életre a gyakorlatilag szakrendelésnek megfelelő ellátási formát. Ma 153 tüdőgondozó működik, akik 2010-ben 1.476.465 esetet láttak el. Ugyanakkor a tbc-s betegek hosszú ideig (3 hónap-1 év) tartó kezelése, amely ma már nem a szanatóriumokban történik, indokolja a gondozói tevékenységet. A tbc incidencia jelentős csökkenésével a tüdőgondozók végzik a tüdődaganatos betegek és a krónikus légzőszervi betegek (asthma bronchiale, COPD) gondozását, kezelését. A tüdőgondozók 30 ezer tbc-s beteget tartanak nyilván. Változatlanul tüdőgondozói feladat a lakossági szűrővizsgálatok („tüdőszűrés”) végzése. Az epidemiológiai helyzet javulásával a rendszeres, mindenkire kiterjedő ernyőképszűrést már nem végzik, hanem az epidemiológiai helyzetnek megfelelően térségenként és veszélyeztetett csoportonként rendel el kötelező szűrővizsgálatot a területileg illetékes tisztiorvos. A tüdőgondozókban 2.172.685 tüdőszűrő vizsgálatot végeztek 2010-ben, ebből 508 új tbc-s és 1424 új tüdődaganatos esetre derült fény.
- Pszichiátria - Gyermek- és ifjúságpszichiátria - Alkoholológia - Drogbetegellátás - Addiktológia – gondozók feladata a pszichiátriai betegek és az ebbe a betegségkörbe tartozó addiktológiai (hozzászokás) betegek (drog, alkohol, kábítószer, játékszenvedély, stb.) ellátása és gondozása, amely az általános szakrendelői tevékenységbe nehezen illeszthető be a speciális ellátási formák (pl. csoport terápia, leszoktatási programok) miatt. A 139 pszichiátriai gondozó 2010-ben 1.176.822 esetet látott el, ezt még 11 ezer otthoni orvosi és 18 ezer otthoni gondozónői látogatás egészítette ki. A 26 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rendelőt 100 ezer esetben keresték fel a betegek. A 94 addiktológiai gondozóban 74 ezer eset fordult meg, közülük 14 ezer volt az új beteg.

7.3.5 Otthoni szakápolás

Az otthoni szakápolás szakmai feltételeit a 20/1996. (VII.26.) NM rendelet írja elő.

Az otthoni szakápolás a kezelőorvos megrendelésére a beteg otthonában végzett ápolási tevékenység. Az ellátás célja, hogy a beteg otthonában megszokott környezetében, személyre szabottan kapjon olyan ápolást, amellyel kórházi kezelést, tartózkodást váltanak ki. Egy beteg egy alkalommal legfeljebb 14 kezelés rendelhető, amely évente maximum 56 eset lehet (napi többszöri kezelés egy kezelésnek számít).

Az otthoni szakápolás keretében végzett beavatkozások az OEP tájékoztató alapján (7.5.ábra):

- szondán át tápláláshoz és folyadékfelvételhez kapcsolódó ápolás, illetve ezek megtanítása,

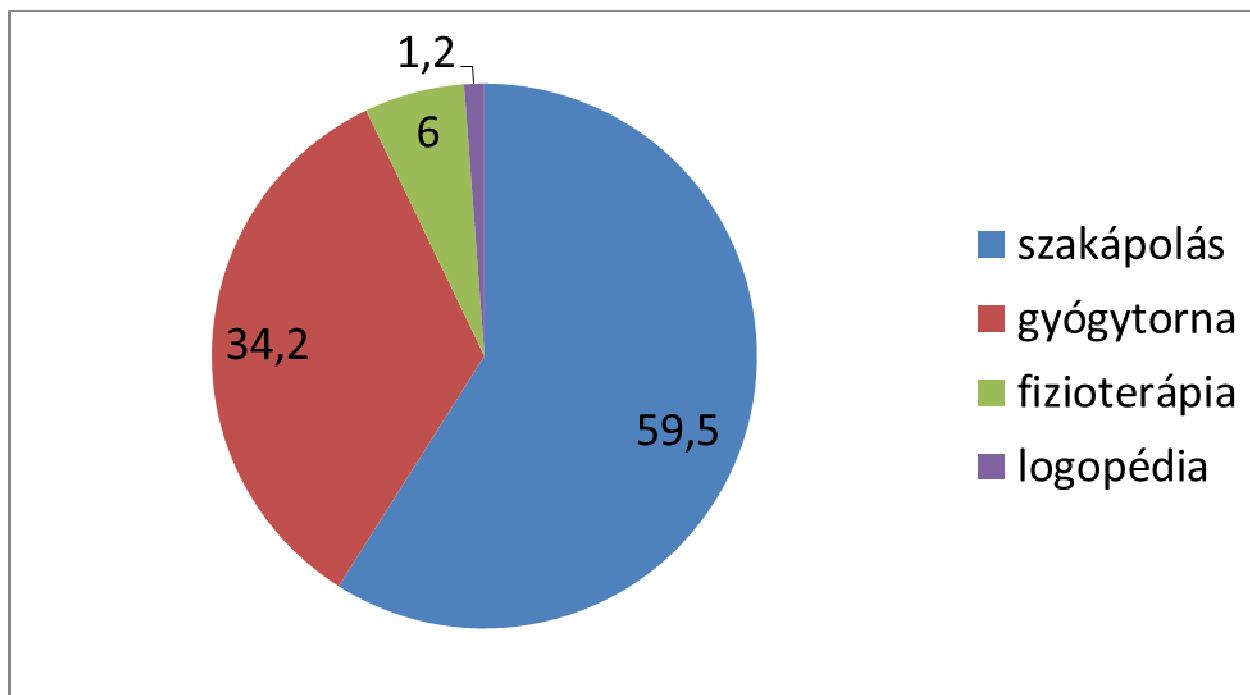


- tracheális kanül tisztítása, betét cseréje, illetve ezek megtanítása,
- katéterezés, illetve hólyagöblítéshez kapcsolódó ápolás,
- intravénás folyadék- és elektrolitpótláshoz parenterális gyógyszer beadáshoz kapcsolódó ápolás,
- baleset vagy műtét utáni ápolás:
- korlátozott önellátás esetén a testi higiéne biztosítása, valamint a mozgás segítése,
- műtéti területek (nyitott és zárt sebek) ellátása,
- sztomaterápia és különböző célt szolgáló drének kezelése
- szakmaspecifikus szájápolási tevékenységek műtét után,
- dekubitálódott területek, fekélyek ápolása,

A betegség következményeként átmenetileg vagy véglegesen kiesett vagy csökkent funkciók helyreállításához, fejlesztéséhez vagy pótlásához kapcsolódó ápolás keretében:

- gyógyászati segédeszközök, protézisek használatának tanítása,
- mozgás és mozgás eszközei használatának tanítása,
- hely- és helyzetváltoztatás segítése.
- szükség szerinti, kiegészítő speciális eljárások:
 - ultrahangos inhalálás, légzésterápia,
 - szívó alkalmazása,
 - oxigénterápia.
 - tartós fájdalomcsillapítás,
 - beszédterápia a beteg állapotától függően,
 - gyógytorna,
 - elektroterápia,
 - otthoni parenterális táplálás végzése (kizárólag krónikus bélelégelenségben szenvedő betegek esetében, szükség esetén dietetikus bevonásával).

7.5.ábra Az otthoni szakápolás vizitjeinek tevékenységek szerinti százalékos megoszlása (KSH)



2010-ben az egészségbiztosító 317 területi ellátási kötelezettséggel működő otthoni szakápolást végző szolgáltatóval kötött szerződést. A szolgálat jelentése szerint ez mintegy 48 ezer beteg ellátását jelentette. A szolgálat 1.105.000 vizitet teljesített, ami betegenként átlagosan 23 kezelési eseményt jelent.

7.4A járóbeteg szakellátás humán erőforrásai

7.4.1. Szakorvosok

A járóbeteg szakellátásban, gondozókat és a diagnosztikai területet is beleértve 2010-ben 9108 orvos dolgozott – teljes munkaidőre számítva. 431 egyéb egyetemi végzettségű (biológus, fizikus) is közreműködött a járóbeteg szakellátásában. Az orvosok közül 4600-an vállalkozóként, 2100-an részállásban dolgoztak. Az otthoni szakápolásban 62 orvost foglalkoztattak, ezek kétharmada vállalkozóként dolgozott.

7.4.2. Asszisztensek

16847 szakdolgozó dolgozott a járóbeteg szakellátásban. Az otthoni szakápolásban 1519 szakdolgozó vett részt.

A szakdolgozók ápolói vagy egészségügyi asszisztensi képesítéssel rendelkeznek. Az egészségügyi asszisztensek OKJ-s (érettségi utáni nappali vagy levelező) képzésben részesülnek, általános asszisztensi képesítés után audiológiai, EKG, fizioterápiás, kardiológiai és angiológia, szemészeti, klinikai neurofiziológiai szakasszisztensekként dogoznak a szakellátásban. Az asszisztensek mellett ápolók is dolgoznak a járóbeteg szakellátásban: az



általános ápolók és gyermekápolók tovább specializálódhatnak diabetológiai, geriátriai, légzőszervi, nefrológiai, onkológiai, pszichiátriai szakápolóvá.

7.5.A járóbeteg szakellátás finanszírozása

7.5.1.OEP finanszírozás

A járóbeteg-szakellátás finanszírozási formáit táblázatban foglaltuk össze.(7.6. ábra)

7.6.ábra

Az egészségbiztosító finanszírozási formái a járóbeteg-szakellátásban

Szakfeladat	Teljesítmény mértékegysége
MSZSZ: gyermek	eset
MSZSZ: nőgyógyászat	eset
Laborkassza	pont (lebegtett)
	pont (fix)
Járóbeteg szakellátás + CT-MRI	pont (fix)
	pont (degresszióval) 100-110%
	pont (degresszióval) 110-120%
Műveskekezelés	eset
Házi szakápolás	vizit

A járóbeteg-szakellátást az egészségbiztosító szerződés alapján finanszírozza (kapacitás lekötés). A jogszabályi előírások alapján a teljesítmény elszámolása a teljesített tevékenységek pontértéke alapján történik. Egy pont forint értékét az OEP állapítja meg és teszi közzé. Ugyanakkor az egyes szolgáltatók teljesítményének felső határa szerződésben rögzített (totál volumen korlát=TVK), az ezen felüli teljesítmény egy részét csökkentett Ft értéken (degresszió), az azon felüli részét egyáltalán nem finanszírozza a biztosító.

A tevékenységeket az Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozásán (OENO) alapuló járóbeteg tevékenység kódkönyv tartalmazza. Minden egyes beavatkozást egy ötjegyű azonosítóval külön kell kódolni (7.7. ábra).

7.7. ábra A járóbeteg elszámolás alapját képező „Járóbeteg kódlista” szerkezete

Kód	Megnevezés	Pontszám
11041	Vizsgálat	750
11042	Vizsgálat a rendelőn kívül	1 878
11047	Alkalmassági vizsgálat	654



	tömegsportolásra	
11048	Vizsgálat hatósági felkérésre	504
11301	Kontrollvizsgálat, konzfliktum	354

Az egymással inkompatibilis kódokat az elszámolási rendszer nem fogadja el. Ezen túlmenően minden egyes szakmában meghatározták azon kódok jegyzékét, amely az adott szakmában egyáltalán elszámolható. Az elszámolható kódok meghatározását, az összeférhetetlen kódokat szabálykönyv foglalja össze (7.8. ábra).

7.8.ábra Példa a járóbeteg-szakellátásban alkalmazható tevékenységre, meghatározással, kizáró kódokkal a 9/2012(II.28.) NEFMI rendelet alapján

11041 Vizsgálat

Szakmai alapvizsgálat és azt követően a betegdokumentáció elkészítése, amely tartalmazza az iránydiagnózist, a tervezett további vizsgálatokat és a terápiát. A vizsgálatok tartalmának szakmánkénti részletezését és a kizárási szabályokat ld. az általános részben. Az adott betegség kezelése során egyszer jelenthető. 1 hónap után újabb betegség ellátása során, amennyiben teljes vizsgálat történt, ismét jelenthető.

Elszámolási lehetőség (maximum): 1 hónapon belül nem ismétlődhet

Kizárva: 11011; 11042; 11048; 11054; 11301; 11302; 12000; 12001; 12002; 12003; 12004; 12005; 12006; 12030; 12031; 12032; 12033; 12051; 12098; 12111; 12113; 12115; 12150; 12200; 12210; 12231; 12300; 12301; 12310; 12311; 12312; 12320; 12321; 12322; 12330; 12331; 12333; 12334; 12339; 12349; 12360; 12370; 12393; 1239A; 12400; 12410; 12430; 12432; 12450; 12470; 12480; 12486; 13200; 13600; 13620; 13621; 13622; 13623; 13630; 16630; 16631; 17080; 17191; 17192; 19200; 19201; 19202; 19203; 19204; 19205; 19206; 40640; 41000; 42110; 42120; 42150; 42180; 42400; 46010; 46020; 46030; 46600; 88930; 91314; 91318; 96001; 96002; 96003; 96004; 96006; 96012; 96032; 96033; 96034; 96035; 96036; 96431; 96432; 96434; 97311; 97451; 97530; 97540

2010-ben járóbeteg-szakellátásra 95,3 milliárd Ft-ot fizetett az OEP, ide számítható még a járóbeteg-szakellátás részeként végzett, de külön (zárt) kasszaként kezelt laboratóriumi ellátás 20,3 milliárd Ft-ja és a CT illetve MRI vizsgálatokra kifizetett 13,6 milliárd Ft.

A gondozói tevékenység finanszírozása részben a meghatározott tevékenységek és homogén gondozói díj összesített pontszáma alapján alakul ki (7.9. ábra). A gondozói feladatokra 2010-ben 4,566 milliárd Ft finanszírozás jutott.

7.9.ábra Az egyes gondozók gyűjtőpontjai a 9/1993(IV.3.) NM rendelet 15/a melléklete alapján

Bőrgyógyászati homogén gondozói (gyűjtő) kód – 1300 pont
Nemibeteg homogén gondozói (gyűjtő) kód – 4500 pont
Neurológiai homogén gondozói (gyűjtő) kód – 1863 pont



Klinikai onkológia homogén gondozói (gyűjtő) kód – 1320 pont
Pszichiátriai homogén gondozói (gyűjtő) kód – 2423 pont
Tüdőgyógyászati homogén gondozói (gyűjtő) kód – 1100 pont
Gyermek- és ifjúságpszichiátriai homogén gondozói (gyűjtő) kód – 3329 pont
Alkohológiai homogén gondozói (gyűjtő) kód – 2874 pont
Drogbetegellátási homogén gondozói (gyűjtő) kód – 965 pont
Addiktológiai homogén gondozói (gyűjtő) kód – 1612 pont

A házi szakápolást vizitenként finanszírozza az egészségbiztosító, ez átlagosan 2800 Ft volt 2010-ben. 2010-ben erre a feladatra összesen 3,8 milliárd Ft-ot fizetett ki a biztosító.

7.5.2. Co-payment

A járóbeteg ellátás térítésmentesen jár a biztosítottaknak. Vannak azonban olyan vizsgálatok, melyek csak bizonyos időközönként járnak a biztosítottaknak térítésmentesen. Amennyiben sűrűbben kívánja a vizsgálatot elvégeztetni a betegnek térítési díjat kell fizetnie (pl. cukorbetegség bizonyos vérvizsgálata, csontsűrűség mérés, stb.).

A magán orvosi ellátásban részesülők a teljes ellátás díját fizetik meg, a magánorvossal történt megállapodás alapján. Egy magánklinikai árai tájékoztatásul a táblázatban található (7.10. ábra).

7.10. ábra Egy magánklinika árai –tájékoztatásul

Általános belgyógyászati szűrővizsgálat	20 000 Ft-tól
Elhízás kivizsgálás	20 000 Ft-tól
Végbél tükrözés	20-50 000 Ft
Allergológiai bőrpróba	15 000 Ft
Gyermekgyógyászati vizsgálat	20 000 Ft
Diétás tanácsadás	8 000 Ft
Hasi ultrahang vizsgálat	16 000 Ft
Natív MRI vizsgálat	28 00 Ft

7.6.A járóbeteg szakellátás statisztikai rendszere

7.6.1. OSAP

Az OSAP rendszerben a járóbeteg-szakellátás adatszolgáltatása vagy közvetlenül a KSH-hoz, vagy kijelölt egészségügyi irányító szervezethez kerül (7.11. ábra). A nemzetközi statisztikák (WHO, OECD, EUSTAT) ezeknek a jelentéseknek alapján készülnek.

7.11. ábra A járóbeteg szakellátás statisztikai beszámoló rendszere (OSAP)



Kódszám	Az adatgyűjtés tárgya	Jelentés címzettje
1630	Épületkataszter	KSH
2230	Informatikaikataszter	KSH
2083	Tüdőbeteg-gondozók éves jelentése	Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet
2084	A bőr és nemibeteg gondozók működési mutatói	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
2085	Jelentés az onkológiai tevékenységről	Országos Onkológiai Intézet
2086	A pszichiátriai gondozók jelentése	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet
2088	Jelentés az addiktológiai betegek gondozásáról	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
2096	Kimutatás a bőr - és nemibeteg-gondozókban kezelt szexuális úton terjedő betegségekről	Országos Epidemiológiai Központ
2105	Jelentés a kábítószer fogyasztókról és kezelésükről	Országos Tisztifőorvosi Hivatal
2108	Jelentés az otthoni szakápolási tevékenységről	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség-és Szervezetfejlesztési Intézet
2123	Jelentés a járóbeteg szakellátás valós Teljesítményadatairól	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
2159	Járóbeteg szakellátás betegforgalmi kimutatása	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

7.6.2. *Finanszírozási statisztikák*

A finanszírozáshoz szükséges adatokat a havi jelentés formájában elektronikusan kell a szerződött szolgáltatóknak megküldenie az egészségbiztosítási pénztárnak. Ez tartalmazza a vizsgált személyek adatait, az elvégzett vizsgálatokat. Ellenőrzést követően ennek alapján történik a szolgáltató finanszírozása. A finanszírozási jelentéshez az alkalmazott orvosok adatainak továbbítása is szükséges, ennek a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz felírás jogosultságának ellenőrzésekor van jelentősége.



8. A magyar egészségügyi rendszer felépítése V. Szakellátás II. (fekvőbeteg ellátás)

1. A fekvőbeteg szakellátás feladata

Az Egészségügyi törvény 87. § (1) szerint az egészségügyi ellátórendszer biztosítja a beteg járóbetegként, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek közötti, valamint otthonában történő ellátását. A 141. § (1) szerint a fekvőbeteg-szakellátás, valamint a járóbeteg-szakellátás feltételrendszerének meghatározása és biztosítása az állam feladata.

Általános fekvőbeteg-szakellátás a beteg lakóhelyének közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátás. Ennek igénybevétele a beteg folyamatos ellátását végző orvos, kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása alapján, valamint a beteg jelentkezése alapján történik.

Kórházi ellátás a beteg folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, kezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú ellátás.

Nappali kórházi ellátás a fenti célból meghatározott napszakban végzett ellátás.

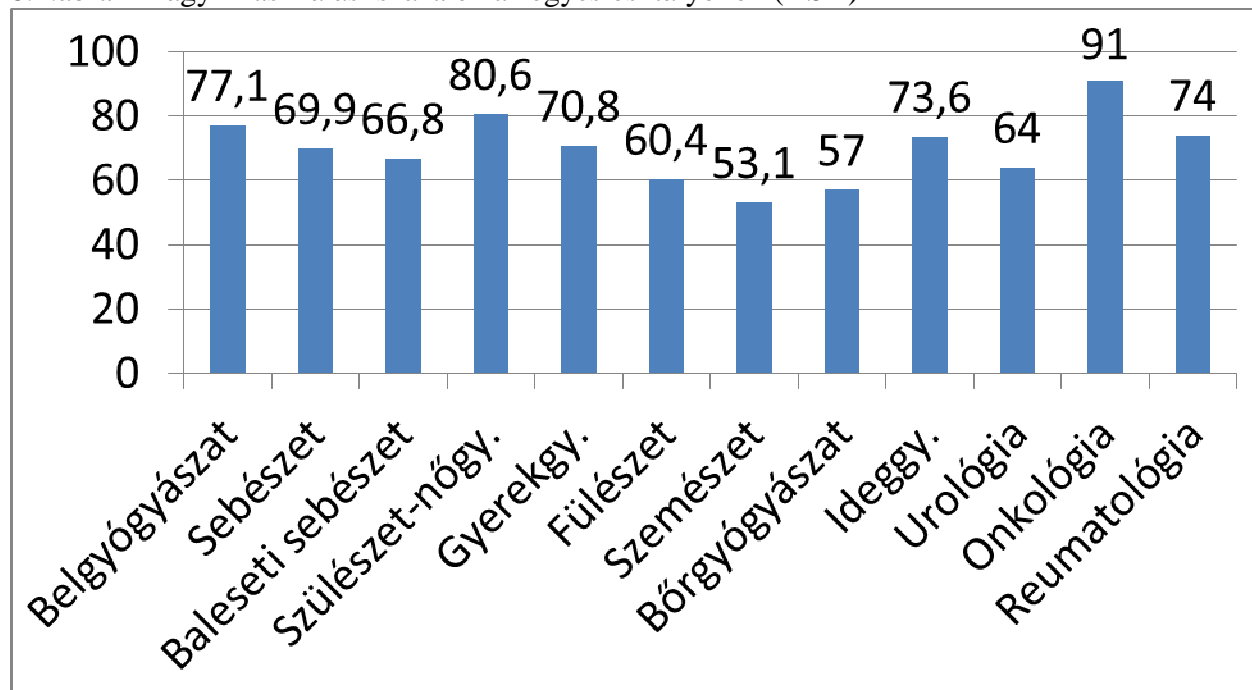
Kúraszerű ellátás a fenti célból olyan beavatkozás(ok), amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges.

A kórházaknak, mint minden egészségügyi szolgáltatónak érvényes működési engedéllyel kell rendelkeznie, melyet az egészségügyi hatóság ad ki (a 96/2003.(VII.15.) Korm. rendelet). A működési engedély iránti kérelemhez csatolni kell az intézmény szakmai programját, amely tartalmazza:

- Az egészségügyi szolgáltatás tevékenységi körének rövid bemutatását.
- A szolgáltatásnyújtással összefüggő tevékenységek terén szerzett szakmai tapasztalatok, gyakorlat bemutatását.
- A működtetéshez rendelkezésre álló infrastruktúra bemutatását, és a szakmai feladatok ellátásának szervezését.
- Munkaszervezés bemutatását, gyógyító, megelőző és ápolás-ellátási rend tervezetét, ápolási és gondozási folyamatok bemutatását, beteg edukáció, ápolási dokumentáció tervezetét, vezetési rendjét, adatvédelmi követelményeknek való megfelelést.
- Egyes kiegészítő folyamatok bemutatását (étkeztetés, betegszállítás, takarítás, veszélyes hulladék elszállítás, mosodai szolgáltatás, sterilizálás).
- A szolgáltatónál működő infekciókontrollt, antibiotikum politika főbb elemeit.
- A működtetni kívánt belső minőségügyi rendszer tervezett elemeit, minőségpolitika és minőségügyi célkitűzéseket.
- Magánszolgáltatás – vagy a területi ellátási kötelezettség keretében meghatározott ellátási területen kívüli – működési területet.

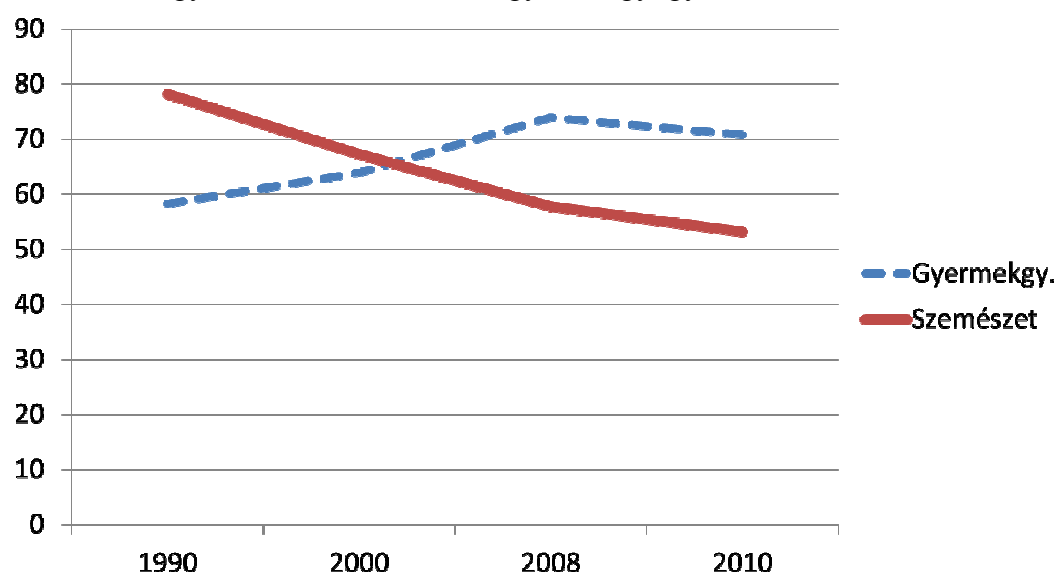
A fekvőbeteg-gyógyintézetek 2010-ben 2,458 millió beteget láttak el, 79 ezren hunytak el kórházban (3,2%). Az ápolási napok száma 19,8 millió volt. Az átlagos ápolási idő az aktív osztályokon 5,3, a krónikus osztályokon 28,4 nap volt. Az ágykihasználás az aktív osztályokon 71,6 %, a krónikus osztályokon 84,3 % volt (8.1.ábra).

8.1.ábra Az ágykihasználási százalék az egyes osztályokon (KSH)



Az ágykihasználás különböző módon alakult az elmúlt években a különböző osztályokon, azzal együtt, hogy az ágyszámok is jelentősen változtak (8.2.ábra).

8.2.ábra Az ágykihasználási százalék a gyermekgyógyászatban és a szemészetben (KSH)





A 8.2. ábra értékeléséhez az ugyanazon időszakban rendelkezésre álló ágyak száma is szükséges, mivel a gyermekgyógyászat ágyszáma 37 %-ára, a szemészeté 36 %-ára csökkent 1990-hez képest 2010-re (8.3.ábra).

8.3.ábra A csecsemő- és gyermekgyógyászat valamint a szemészet fekvőbeteg osztályos ágyainak száma

	1990.	2000.	2008.	2010.
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	9200	5947	3366	3407
Szemészet	2473	1811	945	910

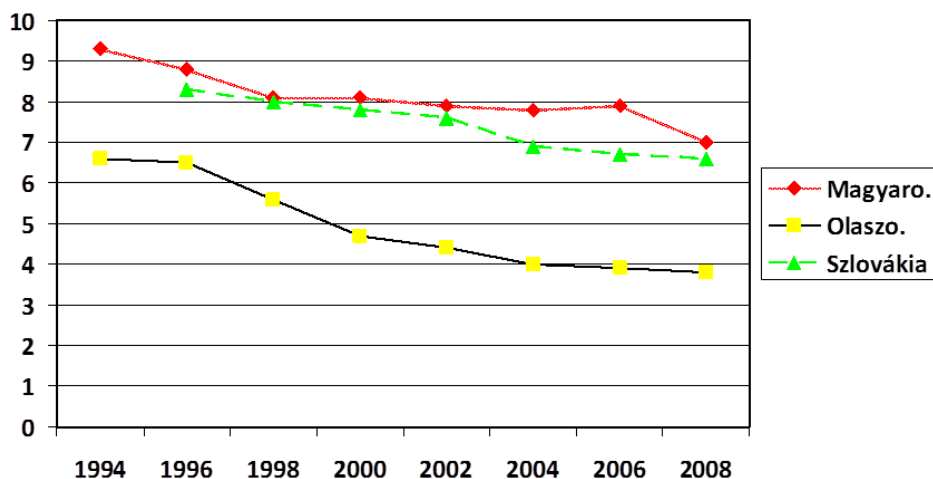
2. A fekvőbeteg szakellátás szervezeti felépítése

A fekvőbeteg ellátást végző intézmények felosztása különböző szempontok szerint történhet. A specializálódás szerint beszélhetünk általános kórházakról és szakkórházakról, a progresszivitás szintje szerint beszélhetünk I. szintről (városi kórház), II. szintről (megyei kórház), III. szintről (regionális kórház) és IV. szintről (országos feladattal rendelkező kórház).

Szervezési szempontból beszélhetünk hagyományos –osztályszerkezetű - kórházról és mátrix kórházról. Üzemszervezési szempontból vannak egy telephelyes és több telephelyes intézmények, ezen túlmenően az egy telephelyes intézmény lehet tömbkórház vagy pavilon rendszerű kórház.

Magyarországon mintegy 150 kórház működik. Mint legdrágább ellátási forma a mindenkori egészségpolitika célja a kórházi ellátás kiváltása, más olcsóbb ellátási formákkal. Ennek következménye világszerte, így Magyarországon is, a kórházak és a kórházi ágyszámok csökkentése (8.4.ábra).

8.4.ábra A kórházi ágyszámok alakulása néhány országban (ezer ágy)



8.2.1. Általános kórház, szakkórház

A kórházak többsége több gyógyító szakmával és diagnosztikai osztállyal rendelkezik - ezek az általános kórházak. Ugyanakkor vannak specializálódott intézmények, melyek létrejötte az ellátott betegség specialitásai illetve „történelmi” okoknak köszönhető.

A tüdőgyógyászati szakkórházak létrejöttének oka a fertőző tüdőbetegek elkülönítése és a gyógyulásukhoz lehető legalkalmasabb klímán történő gyógyításuk biztosítása volt (pl. Kékestető, Mátraháza, Törökbálint). A mozgásszervi betegek kezelésében a gyógyvízzel történő kezelés hosszú ideig vezető szerepet játszott, ezért a gyógyforrások közelében létrehozott fekvőbeteg intézmények (szanatóriumok) ezt a profilt (mozgásszervi rehabilitáció, reumatológia) máig megőrizték (pl. Hévíz, Harkány). A II. világháború után államosított magánszanatóriumok egy részén szovjet mintára – az elvileg független egyetemek ellensúlyozásának szándékával – országos intézeteket hoztak létre, amelyek egy-egy szakmában a csúcshintézménynek számítottak a betegellátás, szakképzés és kutatás szempontjából (pl. Országos Onkológiai Intézet – Siesta szanatórium; Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet – Lukács Szanatórium és Esplanade Szálló; Országos Idegsebészeti Intézet – Chevra Kadisa szeretetháza).

8.2.2. Alapszintű, (városi), megyei és regionális kórház

A fekvőbeteg ellátás alapszintjét a néhány szakmás városi kórházak jelentik. Mivel a gyakori és kevésbé komplikált ellátást igénylő betegségek esetében jogos az igény, hogy az ellátás a lakossághoz lehető legközelebb legyen, ezek az intézmények ennek az igénynek tesznek eleget. A városi szinten működő kórházak az egészségügy Semmelweis tervének megvalósulásáig (2011-12.) a település önkormányzat tulajdonában voltak.

A gazdasági nehézségek több önkormányzatot arra kényszerítettek, hogy intézményeit átadja a megyei önkormányzat tulajdonába, amely azt az önkormányzati törvény értelmében



kötelezően átvette. A megyei tulajdonú kórházak állami tulajdonba vételére a Semmelweis terv megvalósítása során első lépésben került sor. A gazdasági nehézségek áthidalásának másik lehetősége volt, hogy az addig költségvetési intézményként működő intézmények működtetését gazdasági társaságok kezébe adták. Ennek két módja volt, az egyik az önkormányzat által alapított non-profit gazdasági szervezet, amely a rugalmasabb gazdálkodási lehetőségei miatt a költségvetési intézményi formánál kedvezőbb eredménnyel tudott gazdálkodni. A másik lehetőség, hogy az intézmény működtetését „for-profit” külső gazdasági társaságra bízta vagy meghatározott idejű szerződéssel, vagy közösen alapított gazdasági társaság formájában, ahol a tulajdonos önkormányzat apportként olykor a kórház berendezéseivel lépett be, viszont az irányítói jogkört a külső tagok kapták meg. Ezeknek a próbálkozásoknak vetett végett a kórházak állami tulajdonba vétele.

A megyei kórházak a megyei önkormányzatok tulajdonában működtek, ezeket a Semmelweis terv során az állam vette át. Jellemzően sokszakmás az ellátás közel teljes vertikumát biztosító intézményekről van szó. Ugyanakkor egyes megyei kórházak bizonyos szakmákban a saját megyei feladataikon túlmenően több megyére kiterjedő ellátást nyújtottak. (pl. onkológia, invazív kardiológia, idegsebészet területén). Ezt az ellátási szintet nevezzük regionális ellátási szintnek.

8.2.3. Egyetemi klinikák

Magyarországon 4 egészségügyi felsőfokú szakképzést folytató egyetemi kórházcentrum működik: a Debreceni Egyetemen, a Szegedi Tudományegyetemen, a Pécsi Tudományegyetemen és a Semmelweis Egyetemen. Debrecenben, Szegeden és Pécsen a gyógyító-megelőző ellátásban résztvevő intézmények az egyetem különleges irányító szervezete, az „egészségtudományi centrum” keretében működnek. Az egyetemeken az oktatási feladatok ellátása érdekében a speciális ellátások minden fajtája megtalálható, noha egyes szakmák nincsenek képviselve az egyetemen. Ezen a vidéki egyetemeken a városban működő kórházak bevonásával (Debrecen: traumatológia), majd egyesítésükkel (Pécs, Szeged) segítettek. Budapesten az oktatásban szereplő onkológiai, baleseti sebészeti, reumatológiai és idegsebészeti fekvőbetegek ellátása nem a Semmelweis Egyetemen zajlik.

Az egyetemek gyógyító egységei, a klinikák nem csak az oktatás és beteg ellátás, de a kutatás fellelőjei is. Ez részben az egyetem feladataiból, részben méretükből adódik (egy-egy klinika 20- 30 szakorvost foglalkoztat, míg egy kórházi osztályon 8-15 orvos dolgozik).

8.2.4. Országos intézetek

A II. világháború után Magyarországon is, szovjet mintára létrehozták az országos intézetek hálózatát. Ezeknek az intézményeknek feladata az egészségpolitika céljainak megvalósítása az adott specialitásban, ehhez a módszertani alapok kidolgozása és a végrehajtás ellenőrzése. Ugyanakkor ezekben az intézményekben jelentős szellemi kapacitás is koncentrálódott, ami a



kutatásban, elsősorban az adott specialitás vonatkozásában az országban vezető helyet jelentett.

Az előbbiekre alapozva ezek az intézmények a gyógyító- megelőző ellátásban is központi szerepet kaptak. A rendszer teljes kiépülésekor valamennyi szakmának volt országos intézete, de ezek egy része (laboratóriumi vizsgálatok, radiológia) értelemszerűen nem vett részt a betegellátásban, míg más részük nem végzett betegellátást (belgyógyászat, sebészet, stb.).

A rendszerváltozás után átalakuló egészségügyben a napi irányítást az ÁNTSZ végezte a kiépülő szakfőorvosi hálózattal, amely így az országos intézetek egyik fő feladatát szükségtelemmé tette. Ugyanakkor kutatásban, betegellátásban az egyetemek vették át, illetve tartották meg a vezető szerepet. Néhány - elsősorban gyenge egyetemi reprezentációjú szakmában – országos intézet továbbra is működik, de elsősorban betegellátó funkciókkal: Országos Kardiológia Intézet, Országos Onkológiai Intézet, Országos Idegsebészeti Intézet, Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet. Több országos intézetet megszüntettek illetve más kórházakkal összevonták (Országos Ideg-, Elmegyógyintézet, Országos Baleseti Intézet), a fekvőbeteg nélkül működő országos intézeteket megszüntették.

3. Különleges formák a fekvőbeteg ellátásban

8.3.1. Hospice

A haldokló beteg gondozásának (a továbbiakban: hospice ellátás) célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése. Az egészségügyi törvény alapján a beteg jogosult fájdalomának csillapítására, testi tüneteinek és lelki szenvedéseinek enyhítésére, valamint arra, hogy hozzátartozói és a vele szoros érzelmi kapcsolatban álló más személyek mellette tartózkodjanak.

A hospice ellátás vagy a beteg otthonában, vagy az erre specializált intézményben történik.

A hospice ellátás magában foglalja a haldokló beteg hozzátartozóinak segítségét a beteg ápolásában, továbbá lelki gondozásukat a betegség fennállása alatt és a gyász időszakában.

8.3.2. Nappali kórház

A nappali kórház eredeti célja az volt, hogy a beteg ne szakadjon el társadalmi környezetétől, ne „hospitalizálódjon”. Ez a veszély a pszichiátriai betegek tartós kezelésekor fenyegetett, így a nappali kórház a pszichiátria egyik átmeneti intézményeként (adaptációs szabadság, védett házba költöztetés, stb.) jött létre. A későbbiekben, mint olyan ellátási forma, amely nem jár a beteg teljes kiszakításával környezetéből, alkalmazták más specialitásokban, ahol az ellátás jellege ezt megengedte (rehabilitáció, reumatológia, onkológia, stb.).

4. A fekvőbeteg ellátás finanszírozása



Ahogy a magyar egészségügy egésze, úgy a fekvőbetegellátás is duális finanszírozású. A beruházási, felújítási költségek finanszírozása más módon és más utakon történik, mint a működés költségei.

8.4.1. A beruházások finanszírozása

A beruházások és felújítások finanszírozása a tulajdonos felelőssége. A tulajdonos önkormányzatok e feladatuk ellátásához állami illetve Európai Unió pénzügyi támogatást kaptak (8.5. ábra). A támogatás a magyar költségvetésből illetve az Európai Unió strukturális illetve felzárkóztatási alapjaiból pályázati rendszerben történt. Mindkét esetben a tulajdonosnak különböző mértékű önrészt (20-50%) kellett biztosítania.

8.5.ábra A fekvőbeteg és az integrált járó-fekvőbeteg intézmények beruházásai és felújításai 2010-ben, ezer Ft-ban (GYEMSZI-ESKI)

	Forrás	Épület	Gép-műszer
Beruházás	Központi költségvetés	7.370.249	1.326.668
	Saját	3.966.260	3.248.923
Felújítás	Központi költségvetés	870.471	7.773
	Saját	1.929.532	141.749

8.4.2. A működési költségek finanszírozása

A működési költségek finanszírozása az Egészségbiztosítási Alapból történik, s lényegében teljesítményarányos.

Eltérő a finanszírozás aszerint, hogy az adott fekvőbeteg intézeti tevékenység „aktív” vagy „krónikus” besorolású. „Krónikus” besorolásúak azok az osztályok, ahol a betegek kezelésének ideje előre nem határozható meg, a betegek döntően nem-orvosi ellátásban (ápolás, rehabilitáció) részesülnek: rehabilitációs osztályok, egyes pszichiátriai osztályok, ápolási osztályok.

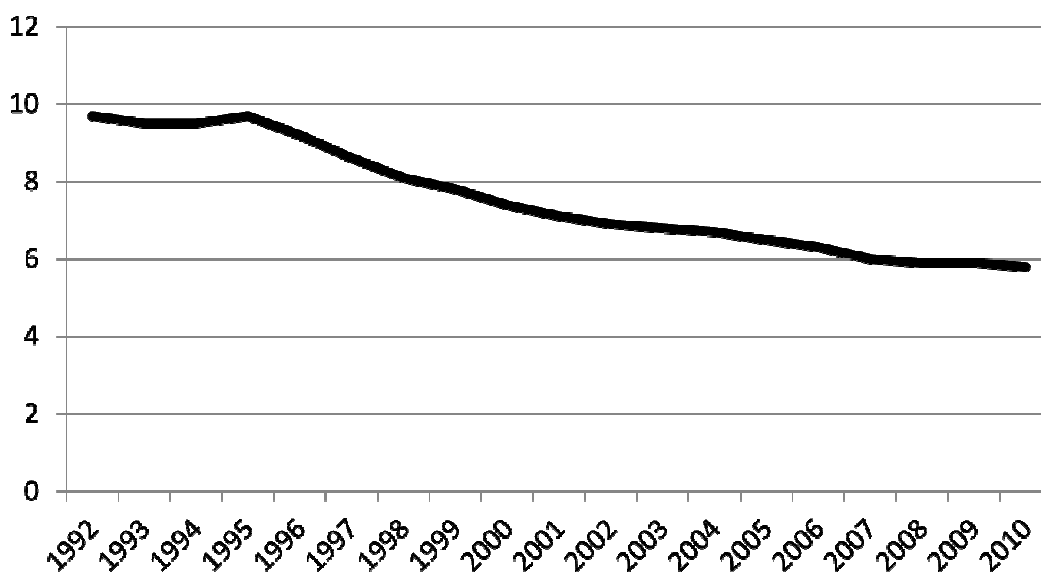
8.4.2.1.HBCS

Az 1980-as években az Egyesült Államokban kidolgozott teljesítményarányos rendszer azon a feltevésen alapul, hogy az egyes betegek ellátásának költségessége döntő mértékben a



diagnózistól függ, amit módosíthat a társbetegségek, szövődmények megjelenése, a beteg életkora és nem utolsó sorban az esetleges műtéti beavatkozás. Ezért a rendszer elnevezése diagnosis related group – DRG. Ebben a rendszerben egy csoportba, azaz azonos költségtérítéssel járó csoportba kerültek a hasonló költségű betegségek. A költségességet egy viszonyszám jelenítette meg, amely megmutatta, hogy az adott csoportba tartozó betegségek költségessége mennyire tér el az átlagos költségű ellátás költségeitől. A viszonyszámot súlyszámnak nevezzük. Miután egy átlagos kezelési eset árát megállapítják (a költségek kiszámolásával) a többi csoport árát a viszonyszám és az egységnyi ár szorzatával megkapják. Természetesen a viszonyszám kiszámítása is a költségek pontos mérésén alapul. A rendszer lényege, hogy az azonos költségű ellátásokat mindenhol azonos áron finanszírozza (szektor semlegesség). Ugyanakkor a térítési díjat megkapja az intézmény akkor is, ha a beteget hamarabb gyógyítja meg és engedi haza, vagy nem végez felesleges vizsgálatokat. Ez az intézményeket a költségcsökkentés irányába szorítja. Ezzel ellentétes finanszírozás a tételes elszámoláson alapuló finanszírozás, ahol egyrészt rendkívül magasak az adminisztrációs költségek és semmi sem szab határt a beavatkozások számának korlátlan növelésének (8.6.ábra)

8.6.ábra Az átlagos ápolási nap alakulása HBCS rendszer bevezetését követően Magyarországon.



1993-ban a világon az USA után másodikként Magyarországon vezették be a közfinanszírozásban a kórházak teljes körére a DRG rendszert (magyarul: homogén betegségcsoportok: HBCS).

A HBCS finanszírozás szabályai szerint egy beteg csak akkor számít kórházi esetnek, ha legalább 24 órát tölt a kórházban, kivéve, ha meghal. A HBCS besorolás alapja az ápolást indokló fő diagnózis, amelyet a kezelőorvos felelőssége megállapítani. Ezt módosítja a



kezelőorvos által megállapított kísérőbetegségek, szövődmények esetleges megléte, a beteg életkora (gyermekkorú illetve idős). Fő besorolási tényező, ha betegen műtét történt.

Összefoglalva:

- a) a fődiagnózis,
- b) a fődiagnózis és egyéb diagnózis kombinációja,
- c) a besorolási tényezőnek számító beavatkozás,
- d) a besorolási tényezőnek számító beavatkozások kombinációja,
- e) a fődiagnózis és/vagy egyéb diagnózis, valamint
- f) a beavatkozás vagy a beavatkozások kombinációja,
- g) a beteg életkora,
- h) az újszülött születési súlya.

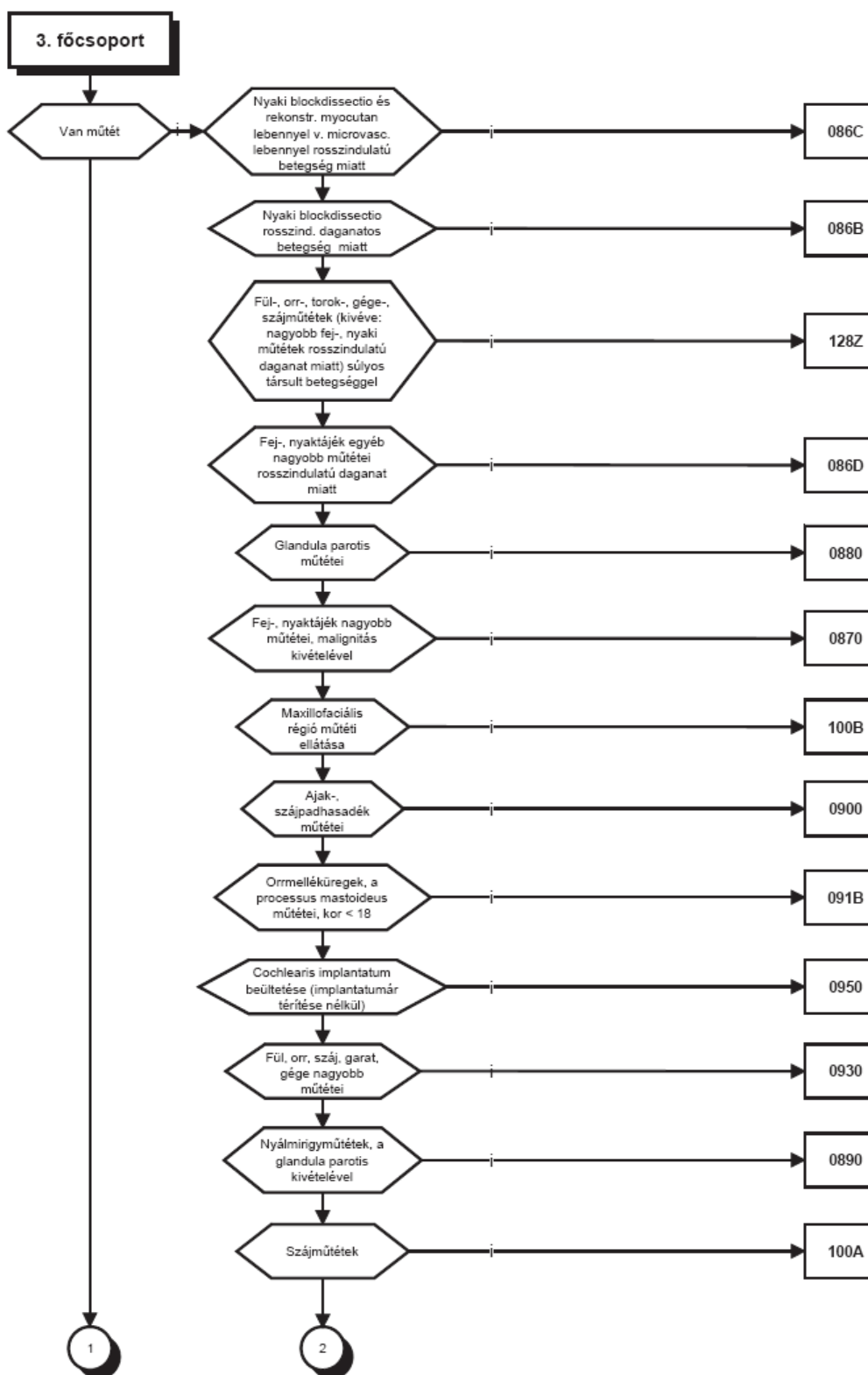
A miniszteri rendelet írja elő, hogy mely betegségek és beavatkozások esetén milyen HBCS csoportba kerül az ellátás (8.7 ábra).

8.7.ábra Egy HBCS besorolás feltételei (kötelezően a beavatkozási kód + fő diagnózisként egyike a lehetséges diagnózisoknak).

**** 99 980F Térdízület radiosynoviorthesis kezelése	
BETEGSÉGEK	
M0580	Egyéb seropositív rheumatoid arthritis
M0590	Seropositív rheumatoid arthritis, k.m.n.
M0600	Seronegativ rheumatoid arthritis
M0610	Felnőttkori kezdetű Still-betegség
M0620	Rheumatoid bursitis
M0630	Rheumatoid csomó
M0640	Gyulladásos polyarthropathia
M0680	Egyéb, meghatározott rheumatoid arthritis
M0690	Rheumatoid arthritis, k.m.n.
M1380	Egyéb, meghatározott ízületi gyulladás
M1500	Elsődleges, általánosult (osteo-)arthrosis
M3500	Sicca-syndroma [Sjögren]
ÉS BEAVATKOZÁSOK	
35834	Térdízület izotópos kezelése

A besorolást miniszteri tájékoztatóban közzétett algoritmus szerint végzik a finanszírozó munkatársai (8.8.ábra).

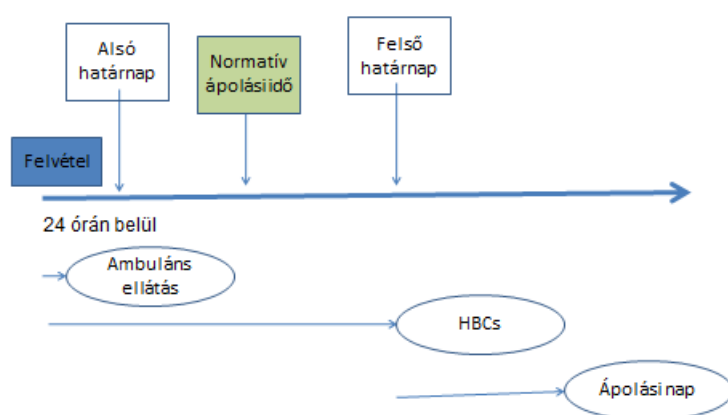
8.8. ábra Egy besorolási algoritmus





Minden HBCS csoporthoz tartozik egy alsó, felső határnap és egy normatív nap. Az alsó határnap alatt elbocsátott betegek után a súlyszám alapján számított térítésnek csak töredékét fizetik ki, a felső határnapon túl ápolott betegek után a kórház a súlyszám szerint járó összeg felett napi ápolási díjat is számolhat. A normatív ápolási napon belül más kórházba áthelyezett beteg után szintén csökkentett díjazás jár. (8.9.ábra)

8.9. ábra A HBCS jellemzők



A kórházak az elszámoláshoz szükséges adataikat előírt adatlapon jelentik elektronikusan a biztosítónak (8.10.ábra). A szakirodalomban az ilyen adatlap adattartalmát nevezik minimal basic dataset-nek (MBDS).

8.10.ábra Adatlap a kórházi ellátási esetről

ADATLAP kórházi (osztályos) ápolási esetről

1. Kórház neve:		2. Osztály neve:			
3. Osztály azonosítója:		4. Térítési kategória:		4/A. Részleges térítés jogcíme:	
4/B. Részleges térítési díj összege:		5. Személyazonosító típusa:			
6. Személyazonosító jel:		7. Törzsszám:			
8. A beteg neve:		9. Érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága:			
10. Anyja neve:		11. A beteg születési neve:			
12. A beteg neme:		13. Születés dátuma:			
14. A kísért beteg törzsszáma:		14/A. A beteg kíséretének oka:			
16. Lakcím:		16/A. Lakcím típusa:			
17/A. Beutaló orvos munkahelyének azonosítója:		17/B. Beutaló orvos kódja:			
17/C. Beutalást megalapozó ellátást igazoló adat:		18. A felvétel jellege:		19. A felvétel típusa:	
20. A felvétel időpontja:		22. A távozás időpontja:			



23. A beteg további sorsa: 24. Az ellátó orvos kódja: 25. E-adatlap kitöltés:

26. DIAGNÓZISOK

Megnevezés	T	Kód
-1	1	
-2	3	
-3		
-4		
-5		
-6		
-7		
-8		
-9		
-10		
-11		
-12		
-13		
-14		
-15		
-16		

27. BEAVATKOZÁSOK

Megnevezés	Intézet/osztály azonosítója	Dátum	J	N	S	F	M	A	T	Kód	L	c
-1												
-2												
-3												
-4												
-5												
-6												
-7												
-8												
-9												
-10												

29. Újszülött súlya (g):

30. Baleset minősítése:

31. Felhasználói mezők:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29

Dátum: év hó nap az ellátásért felelős orvos

8.4.2.2. Naparányos díjtételek



A krónikus ellátásban a teljesítményt az ápolási napok számával mérik, amely a finanszírozás alapja. Attól függően, hogy az adott osztályon a betegek milyen költségességű ellátásban részesülnek az országosan egységes napidíjat egy szorzó számmal korrigálják.

8.4.2.3. Tételes finanszírozás

Az egyes nagy értékű eszközök, gyógyszerek árát nem célszerű a HBCS költségei közt elszámolni, mivel a költséget meghatározó eszköz árának minimális változása is jelentős torzulást okozna a sűkyszám meghatározásában. Az ilyen eszközöket, gyógyszereket a finanszírozó szerzi be (közbeszerzés), amely így nagy tételben kedvezőbb és országosan egységes árat tud elérni. A megvásárolt eszközt, gyógyszert a kijelölt kórházak, ahol ilyen eszközökre, gyógyszerekre szükség van, közvetlenül a finanszírozótól kapják meg (8.11. ábra).

8.11. ábra A tételes elszámolású eszközök a fekvőbeteg szakellátásban a 9/1993 (IV.3.) NM rendelet 1. melléklete alapján

Scoliosis implantátum
Gerinc belső fixációs implantátum
Maxillo-faciális belső fixációs eszközök és helyreállító protesisek, ideértve a CAD-CAM eljárással tervezett koponya- és arccsontpótlást is
Maxillo-faciális belső fixációs eszközök
CAD-CAM eljárással tervezett koponya- és arccsontpótló eszközök
Maxillo-faciális helyreállító protézisek
Érprotézisek gyűrűs vagy külső spirál erősítéssel (egyenes protézis, Y protézis)
Felnőtt és gyermek-szívűtétekhez használt oxigenátor csőkészlettel, szívstabilizátor és tartozékai
Felnőtt és gyermek-szívűtétekhez használt szívstabilizátor és tartozékai
Felnőtt szívűtétekhez használt oxigenátor csőkészlettel
Gyermek szívűtétekhez használt oxigenátor csőkészlettel
Szívbillentyűk (mű, biológiai)
Pacemakerok, implantálható kardioverter-defibrillátorok és elektrodáik
Aorta stent-graftok
Transjuguláris, intrahepatikus porto-cavalis shunt (TIPS)
Ventriculo-atrialis shunt, ventriculo-peritonealis shunt, lumbo-peritonealis shunt



Peritoneo-venosus shunt
Érprotézis dialízis shunt készítéséhez
Implantálható tartós ér- és epiduralis katéter
Cochlearis implantátum
Mamma protézis
Tissue expander, extender
Végtagmegőrző endoprotézis (rosszindulatú alapelbetegség kezelésében)
Mély-rectum és nyelőcső műtétek során használt anatomosis-varrógépek és tárak
Tüdőműtét során használt varrógépek és tárak
Biológiai implantátum (konzerv csont, porc, ín, szaruhártya, keratinocita, egyéb)
Biológiai implantátum (konzerv csont)
Biológiai implantátum (porc)
Biológiai implantátum (ín)
Biológiai implantátum (szaruhártya)
Biológiai implantátum (keratinocita)
Biológiai implantátum (konzervált amnion)
Biológiai implantátum, egyéb (kivétel: csont, porc, ín, szaruhártya, keratinocita)
Injektálható implantátum a vesico-ureterális reflux és az inkontinencia kezeléséhez
Szembetegségek kezeléséhez szükséges Ruthenium applikátor
Műanyag keratoprotézis
Agytörzsi hallásjavító implantátum
Intraaortikus ballonpumpa
Percután rádiófrekvenciás máj-tumor ablációs eszköz
HALO-készülék
Baclofen-pumpa
Légúti stentek
Neuropacemaker
Mély agyi stimulátor (pacemaker)



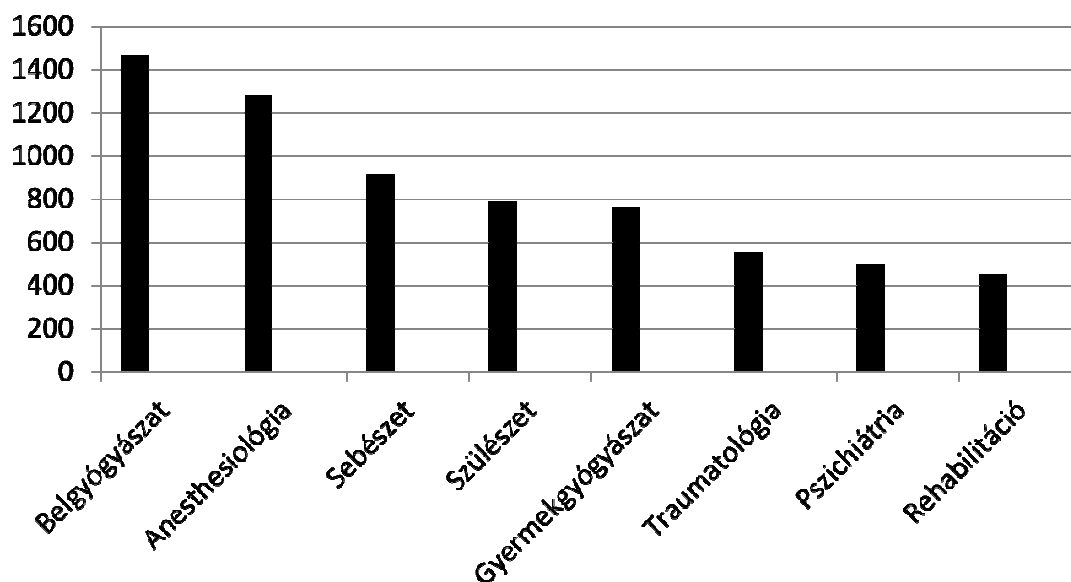
Gerincvelői stimulátor (pacemaker)
Urethra stent, ureter stent
Urethra stent
Ureter stent
Hereprotézis
Kardiológiai ablációs és elektroanatómiai térképező katéterek
Kardiológiai ablációs katéterek
Kardiológiai elektroanatómiai térképező katéter
Gyógyszerkibocsátó coronaria stent
Varrógép Longo szerinti aranyér műtéthez
Egyszer használatos eszköz vacuum core biopszia (VCB) Mammotome-hoz
Orbitális implantátum
Égési sérültek ellátásához használt bőrpótló készítmények
Égési sérültek ellátásához használt Alloderm bőrpótló készítmény
Égési sérültek ellátásához használt Integra bőrpótló készítmény
Műszív egyszer használatos eszközei transzplantációra váró betegnél
Vékonybél endoszkópos kapszula
Antiglaucoma implantatum
Antiglaucoma shunt implantatum
Antiglaucoma fascia lata implantatum

5. A fekvőbeteg ellátás humán erőforrásai

8.5.1. Orvosok

A fekvőbeteg ellátásban 13.460 betöltött orvosi állás van. Szakfeladat szerint a fekvőbetegek aktív ellátásában 9940-en dolgoztak, közülük 906-an vállalkozási, a többiek alkalmazotti státuszban. A krónikus ellátásban 446-an végezték munkájukat. A legnagyobb szakmák szerinti elosztás az ábra mutatja (8.12.ábra).

8.12.ábra A fekvőbeteg ellátásban dolgozók a leggyakoribb szakmák szerint (KSH)



8.5.2. Ápolók

A kórházban dolgozó ápolók végzettségüket tekintve közép vagy alacsony fokú egészségügyi szakképesítéssel rendelkeznek. Szakápolók: a felnőtt-, gyermek-, elme-, szociális ápolók, akik diplomával rendelkeznek és a működési nyilvántartásban szerepelnek. 2010-ben 49.454 szakdolgozó állás volt betöltve a fekvőbeteg ellátásban.

8.5.3. Asszisztensek

Az asszisztensek középfokú végzettséggel rendelkező egészségügyi szakdolgozók,. Szakasszisztens vegyes területre szakosodott asszisztens: laboratórium, képző, invazív radiológia, stb.

8.5.4. Egyéb diplomások

A kórházak bonyolult működését számos egyetemi végzettségű szakember segíti. Mérnökök, orvómérnökök, fizikusok kémikusok, biológusok a betegellátás különböző területein dolgoznak. A kórház, mint gazdasági tevékenységet folytató intézmény munkájához közgazdászok, jogászok közreműködése is feltétlenül szükséges.

Nem közvetlenül a betegellátásban dolgoznak a kórház működtetéséért felelős informatikusok, gépészmérnökök, villamosmérnökök.

6. A fekvőbeteg ellátás statisztikai rendszere

8.6.1. OSAP



Az országos statisztikai adatgyűjtésben a kórházak az alábbiakról szolgáltatnak adatot. Az adatok feldolgozása vagy közvetlenül a KSH-ban vagy más intézményben (GYEMSZI, Országos Epidemiológiai Központ. stb.) történik.

- 1019 Az egészségügyi ellátás állás- és létszámkimutatása – évenként
- 2101 Összesítő jelentés a veleszületett rendellenességgel sújtott újszülöttekről (csecsemőkről) - évente
- 2123 Jelentés a járóbetegellátás valós teljesítményadatairól - negyedévente
- 2124 Jelentés az aktív és a krónikus fekvőbetegellátás valós teljesítményadatairól - negyedévente
- 2129 Magzati veszteség adatai - évente
- 2155 Jelentés a kórházi ápolási esetekről - évente
- 2159 Járóbeteg szakellátás betegforgalmi kimutatása - évente
- 1549 Összesítő jelentés a daganatos megbetegedésekről – évente
- 1561 Bejelentett fertőző megbetegedések – évente
- 1570 Jelentés az emberi mérgezési esetekről - évente
- 1571 Jelentés a HIV-fertőzésekről, AIDS megbetegedésekről -évente
- 1576 Jelentés az egészségügyi ellátás beruházási és felújítási kiadásainak alakulásáról - évente
- 1630 Épületkataszter az egészségügyi szolgáltatókról – évente
- 1631 Energiakataszter a fekvőbetegellátó intézetekről - évente
- 2230 Informatikakataszter az egészségügyi szolgáltatókról - évente

8.6.2. Finanszírozási statisztikák

A kórházak a kórházi adatlap alapján szolgáltatnak adatot a finanszírozónak. Ugyanakkor finanszírozási célokat szolgál a kórházak gazdasági helyzetéről kért rendszeres beszámolók (beruházási, felújítási, adósság összetételi, stb.) melyeket a tulajdonosnak kell szolgáltatniuk.



9. A magyar egészségügyi rendszer felépítése VI.(rehabilitáció, gyógy idegenforgalom)

9.1. A rehabilitáció fogalma

Az Egészségügyi törvény határozza meg a rehabilitáció fogalmát.

100. § (1) A rehabilitáció olyan szervezett segítség, amit a társadalom nyújt az egészségében, testi vagy szellemi épségében ideiglenes vagy végleges károsodás miatt fogyatékos személynek, hogy helyreállított vagy megmaradt képességei felhasználásával ismét elfoglalhassa helyét a közösségben.

(2) A rehabilitáció egészségügyi, pszichológiai, oktatási-nevelési, foglalkoztatási és szociális intézkedések tervszerű, együttes és összehangolt, egyénre szabott, az érintett személy tevékeny részvételével megvalósuló alkalmazása.

(3) A rehabilitáció a veleszületett, illetőleg fejlődési rendellenesség, betegség vagy baleset miatt fejlődésében megzavart és ezért a közösségi életben akadályozott gyermekekre, esetlegesen felnőttekre irányuló rehabilitációs tevékenység.

(4) Az orvosi rehabilitáció célja, hogy az egészségi állapotukban károsodottakat és a fogyatékosokat - az egészségtudomány eszközeivel - meglévő képességeik (ki)fejlesztésével, illetve pótlásával segítsék abban, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, más közösségbe való beilleszkedésre.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Fizikális Medicina, Rehabilitáció és Gyógyászati Segédeszköz Tagozat meghatározása szerint orvosi rehabilitáción értjük azt a tevékenységet, amelyet az orvostudomány saját eszközeivel (diagnosztika, terápia, prevenció, gondozás) nyújt a fogyatékos személyeknek, hogy meglévő képességeik kifejlesztésével önállóságukat részben vagy egészben visszanyerjék, és képessé váljanak a családba, munkahelyre, társadalomba való beilleszkedésre. Lényege tehát a meglévő funkciók és a teljesítőképeség pontos megítélése (állapotfelmérés), kompenzatórikus fejlesztése és tréningje.

A rehabilitáció két formája ismeretes:

- az akut vagy elsőségi rehabilitáció, amely a károsodás, fogyatékoság kialakulása után azonnal megkezdődik a beteg rehabilitációs kezelését;
- a programozható rehabilitáció, amikor a már bekövetkezett funkcióvesztés rehabilitációjára az eseményt követően később kerül sor.

9.1.1. A rehabilitáció eszközzrendszere

Az orvosi rehabilitáció eszközzrendszere a fizioterápia, a sportterápia, a logopédia, a pszichológiai ellátás, a foglalkoztatás-terápia, valamint a gyógyászati segédeszköz-ellátás és ezek használatának betanítása.



A rehabilitáció alapelvei:

- a rehabilitálandó betegnek legyen olyan elveszett funkciója, amit helyre kell állítani,
- a rehabilitációs folyamatban a beteg aktívan működjön közre,
- a rehabilitáció team munka, melynek központjában a rehabilitálandó beteg áll, s a folyamatban a szakorvos mellett, ápolók, asszisztensek, gyógytornászok, fizioterapeuták, logopédusok, ergoterapeuták, konduktorok, szociális munkások is részt vesznek.

9.1.1.1. Gyógyszer

A gyógyászat egyéb ágaihoz hasonlóan a rehabilitáció eszköztárában is jelentős, de a többi szakmához képest kevésbé hangsúlyos szerepe van a gyógyszeres kezelésnek. A rehabilitációs folyamatot elősegíti a beteg általános állapotának rendezése, a fájdalom enyhítése, a lelki panaszok enyhítése gyógyszeres kezelés révén. Mindezek célja, hogy az egyéb a rehabilitációt célzó kezelések elvégzését megkönnyítsék.

9.1.1.2. Segédeszköz (lásd még a 13. fejezetben)

Gyógyászati segédeszköz: átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékossgal vagy rokkantsággal élők gyógyászati, ápolási technikai eszköze.(7/2004. (XI. 23.) EüM rendelet)

A rehabilitáció több esetben csak segédeszköz tartós használatával érhető el: hallásjavítás (hallókészülék), látásjavítás (szemüveg), mozgásképesség fenntartása (bot, járókeret, kerekesszék, amputáció után: művégtag). Bizonyos esetekben a hétköznapi életbe, a munka világába történő visszatérést segítik a segédeszközök (fűzők, stoma ápoló eszközök).

A segédeszközök társadalombiztosítási támogatással történő rendelése jelentős számban a rehabilitációs szakvizsgával rendelkező orvosoknak van fenntartva (9.1, táblázat).

9.1.táblázat A rehabilitációs szakorvos által rendelhető segédeszközök kategóriái

02	Kötszerek (részlegesen)
04	Személyes gyógykezelés segédeszközei (részlegesen)
06	Ortézisek és protézisek
09	Személyes gondoskodás és védelem segédeszközei
12	Személyes mozgás segédeszközei
15	Háztartási segédeszközök
18	Bútorzat és lakás- vagy helyiség átalakítás

9.1.1.3. Pszichoterápia



Nem csak a pszichét érintő betegségek kezelésében fontos a pszichiáter és a pszichológus igénybevétele, hanem a krónikus betegségek, a hirtelen kialakult fogyatékoság (amputáció, bénulás) beteg által történő elfogadásához, az új élethelyzet feldolgozásához szükséges a betegek pszichés támogatása, pszichés segítségnyújtás. Ezt leghatékonyabban az erre képzett szakemberek igénybevitelével lehet megoldani.

A pszichoterápiás tevékenység lehet egyéni és csoport pszichoterápia, ez utóbbiba tartozik a családterápia. A pszichoterápiás eszközök a klasszikus verbális eszközön túl zene, tánc, dráma és egyéb eszközök felhasználását is igénylik.

9.1.1.4. Műtét

A rehabilitáció során korrekciós, plasztikai sebészeti műtétek elvégzése válhat szükségessé. Ez szükségessé teszi az operációt végzők és a rehabilitációs team szoros kapcsolatát. A rehabilitáció során is gyakran van szükség sebészi beavatkozásra (pl. ágyhoz kötött betegen kialakult fekélyek kezelése).

Már a primer műtét elvégzésekor is fontos a rehabilitációs szempontok érvényesítése (pl. az amputáció magasságának megválasztása, a csont kiképzése), mivel a megfelelően választott műtéti technika nagymértékben megkönnyíti a posztoperatív rehabilitációt.

9.1.1.5. Fizioerápia

A szélesebb értelemben vett fizioterápia a fizikai energiák felhasználása a gyógyításban. Ide tartozik a gyógytorna, a fizikoterápia (elektroterápia, hidroterápia, ultrahang), klimaterápia és a balneoterápia.

9.1.1.6. Speciális feladatok

Egyes speciális funkciók helyreállításához erre külön képzett szakemberek igénybevitel szükséges.

A beszédzavarok kezelését **logopédus** végzi. A logopédusok főiskolai –egyetemi képzésben részesült szakemberek.

A hétköznapi élettevékenységek ellátását egy-egy betegség után (pl. agyvérzés) a betegnek újra meg kell tanulnia. Ezeknek a tevékenységeknek (konyha munkák, autóvezetés, egyszerűbb házi munkák, barkácsolás, stb.) az újra elsajátításában nyújt segítséget az **ergoterapeuta**. Az ergoterapeuta felsőfokú szakképzésben részesült egészségügyi dolgozó.

Számos esetben a megváltozott képességű emberek társadalmi beilleszkedését szociális problémák nehezítik. Egyedül élőknel a háztartási munkák elvégzése, a munkahelyüket elvesztők, vagy azt betölteni képtelen beteg részére a munkahely keresés, átképzésbe irányítás azok a feladatok, melyek teljesítésében a **szociális munkások** nyújtanak segítséget. A szociális munkások felsőfokú szakképzéssel rendelkeznek.

9.1.2. A rehabilitáció szervezeti felépítése. (lásd még az 5., 7., 8. fejezet)



9.1.3.1. Alapellátás

Az alapellátás feladata az Egészségügyi törvény (88.§ (2) bb) szerint a betegek meghatározott kompetencia keretében történő rehabilitációja az adott diagnosztikus és terápiás háttér mellett, a kezelőorvos által javasolt terápiás terv alapján.

A háziorvosi kompetencia lista szerint, amennyiben a beteg állapota igényli a háziorvos egyéb szakorvosokkal együttműködve törekszik a rehabilitációjára. A háziorvos irányítja és végzi az ellátott közösségen belüli rehabilitációt. A rehabilitációt a családi környezet, a szakellátás aktív közreműködésével, szükség szerint az otthoni szakápolás bevonásával végzi. (Ez az ún. lakóközösségre alapozott rehabilitáció elve.) Ez kiterjed a szív-, és érbetegek, a daganatos betegek, pszichiátriai betegek, posztoperatív állapotban levő betegek, mozgásszervi betegek, ideggyógyászati betegek, légzőszervi betegek rehabilitációjára, a fogyatékossgal születettek habilitációjának elősegítésében.

9.1.3.2. Járóbeteg szakellátás

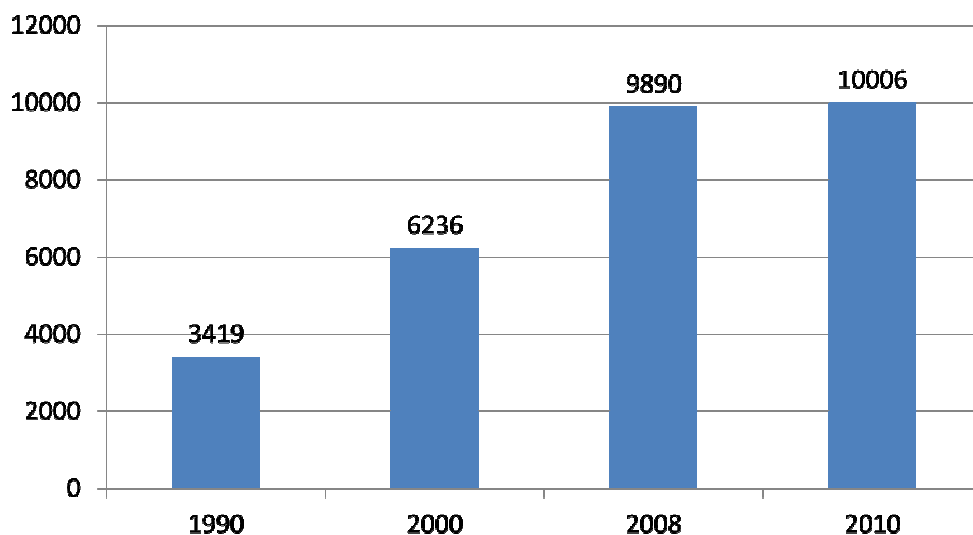
A járó beteg szakellátásában valamennyi szakmának feladata az egyes betegek gyógykezelésén és szakorvosi gondozásán túlmenően a rehabilitáció. (Egészségügyi törvény 89.§ (2) b) bekezdése)

A specializált rehabilitációs szakrendelések a megyei, és nagyobb városi szakrendelőkben megtalálhatóak, feladatuk elsősorban a programozható rehabilitációs ellátások megszervezése, a rehabilitációs segédeszköz ellátás biztosítása. A kellő számú szakember hiánya miatt az országban fő állásban mindössze 28 rehabilitációs szakorvos dolgozott fő munkaidőben a járóbeteg szakellátásban.

9.1.3.3. Rehabilitációs osztályok, szakkórházak, szanatóriumok.

A fekvőbeteg szakellátás feladata az egészségügyi törvény 91.§ (2) a) szerint a folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, **rehabilitációs** vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is (9.2.ábra).

9.2.ábra A rehabilitációs fekvőbeteg ágyszámok alakulása (KSH)



A feladat ellátása érdekében valamennyi megyei kórházban megtalálható rehabilitációs osztály, ezen kívül több eddig szanatóriumként működő egészségügyi intézmény váltott profilt, s vált rehabilitációs szakkórházzá (Sopron, Mezőkövesd, Harkány, Visegrád, Hévíz, Sikonda, Kakasszék).

Az aktív kórházi ágyszám csökkentés kedvezőtlen hatásait ellensúlyozandó, a kórházaknak lehetőségük volt a megszűnő aktív ellátás helyén rehabilitációs ellátásokat nyújtó osztályokat/részlegeket szervezni. Ennek következtében számos olyan osztály jött létre, akár egy kórházban több is, amely rehabilitációs feladatokat lát el, de az előírt szakmai feltételrendszernek (elsősorban szakember) nem felel meg. Ezen osztályok felülvizsgálata jelenleg is folyamatban van.

A szanatóriumi ellátás a szakellátást követően gyógyhelyeken levő intézményekben vehető igénybe a szakorvos beutalása alapján. A szanatóriumi ellátás célja a károsodott funkciók minél teljesebb helyreállítása, vagy a további romlás megakadályozása olyan betegeknél, akik járóbetegként lakóhelyükön nem rehabilitálhatóak. Jelenleg szanatóriumi ellátás nyújtó intézmények:

- Zsigmond Vilmos Harkányi Gyógyfürdő-kórház, Harkány;
- Balatonfüredi Szívkórház, Balatonfüred;
- Hévíz Gyógyfürdő és Szent András Reumakórház, Hévíz;
- Mátrai Állami Gyógyintézet, Mátraháza, Kékestető;
 - Parádfürdői Kórház, Parádfürdő;
- Soproni Rehabilitációs Gyógyintézet, Sopron, Balf;
- Kaposi Mór Oktatókórház Mosdósi Telephely, Mosdós;

A szanatóriumi ellátás csak beutalóval vehető igénybe, beutalásra csak a rehabilitáció indokául szolgáló betegség szakorvosa utalhatja be a beteget. A beteg felvétele az esetek többségében várólista alapján történik, amely egyes esetekben akár egy év is lehet. A beutalás szakmai feltételrendszerét a 20/1995. (VI.17.) NM rendelet szabályozza.



Az akut megbetegedés utáni rehabilitációra szoruló beteg beutalását az ellátást végző kórházi osztály közvetlenül a szanatóriummal veszi fel a kapcsolatot, ilyenkor a beteget közvetlenül helyezik át a szanatóriumba, várakozási idő nélkül.

A fekvőbeteg osztályokon jelenleg 450 orvos dolgozik.

9.1.3.4. Országos intézet, egyetemi oktatás.

Az 1918-ban alapított és hadifoglyok által tüdőszanatóriumnak épült, majd 1975-ben megalapított Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben (OORI) 318 ágyon végzik a fekvőbetegek rehabilitációját (gerincvelősérült, baleseti sérült, amputációs, hemiplegia, koponya-, agysérült, szeptikus, pszichoszomatikus és pszichoterápiás, mozgásszervi rehabilitációs osztályok).

A betegellátó tevékenység mellett oktatási (egyetemi graduális, rehabilitációs szakorvosképzés), kutatási tevékenységet is végez az intézet. Részt vett, mint országos intézet a rehabilitációs osztályok hálózatának kialakításában és irányításában, működtette a szakmai kollégiumot. Az egészségügy irányításának átalakítása következtében a többi országos intézethez hasonlóan egyes funkcióit más szervezetek vették át.

Az orvostanhallgatók egyetemi oktatása rehabilitáció tárgykörében valamennyi egyetemünkön folyik, az egyetemi önállóságnak megfelelően eltérő formákban és szervezeti keretek között.

Budapest: az OORI bázisán tanszéki csoportként végzik az oktatást.

Debrecen: önálló tanszék és klinika végzi az oktatást.

Pécs: önálló szervezeti egység nincs.

Szeged: önálló szervezeti egység nincs.

A rehabilitációs osztályok finanszírozása napidíj alapján történik, melyet „A” minősítésű esetében 1,8; „B” minősítés esetében 1,4; „C” minősítés nélküli esetében 1,2; a súlyos központi idegrendszeri sérültek (súlyos agysérültek, gerincvelősérültek), politraumatizáltak, égésbetegek, szeptikus sebészeti betegek rehabilitációs ellátása esetében 3,8; a kómás és gerincvelősérült betegek korai kiemelt rehabilitációs ellátása esetében 6,6-os szorzóval korrigálnak.

9.2. A gyógyidegenforgalom fogalma

A gyógyhelyen, vagy speciális gyógyászati létesítményben végzett orvosi kezelés. A gyógykezelés jelentős mértékben a természetes gyógytényezőkre vagy klímára támaszkodik. Tágabb értelemben ideértjük minden olyan egészségügyi szolgáltatást, amit olyan külföldi állampolgárnak végeznek, aki emiatt kereste fel hazánkat. Azaz nem számítható ide a Magyarországon heveny megbetegedés, vagy baleset miatt kezelt külföldi állampolgár. Figyelembe véve gyógyintézményeink építészeti adottságait, szervezettségét jelentős mérvű gyógyidegenforgalmat ezek az intézmények lebonyolítani csak egyes speciális területeken tudnak. Ilyen terület a fogászati ellátás, amely meg tudja teremteni a megfelelő környezetet és az ellátás technikai körülményeit, ugyanakkor a munkaerő relatív olcsósága miatt kompetitíven léphet fel egyes közeli országok hasonló szolgáltatóival szemben.



9.2.1. Gyógyvíz

Ásványvíz az, amely a jogszabályi feltételeknek megfelel:

- természetesen vagy védelmi intézkedésekkel védett, felszín alatti vízáadó rétegből származik,
- eredeténél fogva tiszta,
- az adott felhasználási formában mikrobiológiai és kémiai szempontból az emberi egészségre ártalmatlan,
- összetétele, oldott szilárd ásványianyag-tartalma a víznyerő helyen - a természetes ingadozás határain belül - közel állandó, és
- oldott összes ásványianyag-tartalma literenként legalább 1000 mg, vagy az oldott összes szilárd ásványianyag-tartalma 500-1000 mg/l között van és tartalmazza az aktív biológiai anyagok valamelyikét (litium-ion, szulfid-ion vagy titrálható kén, bromid-ion, jodid-ion, metakovasav, radon-aktivitás, szabad szén-dioxid)

Gyógyvíz az olyan természetes ásványvíz, amelynek bizonyított gyógyhatása van. Ahhoz valamely vizet gyógyvízként hasznosíthatnának, jogszabályi előírásoknak kell megfelelnie és az egészségügyi hatóság ennek alapján nyilvánít egy természetes vízforrást gyógyvízzé.

Jogszabályi előírás (74/1999. (XII.25.) EüM. rendelet) alapján csak az ásványvíz használható gyógyvízként ivókúrára, amely

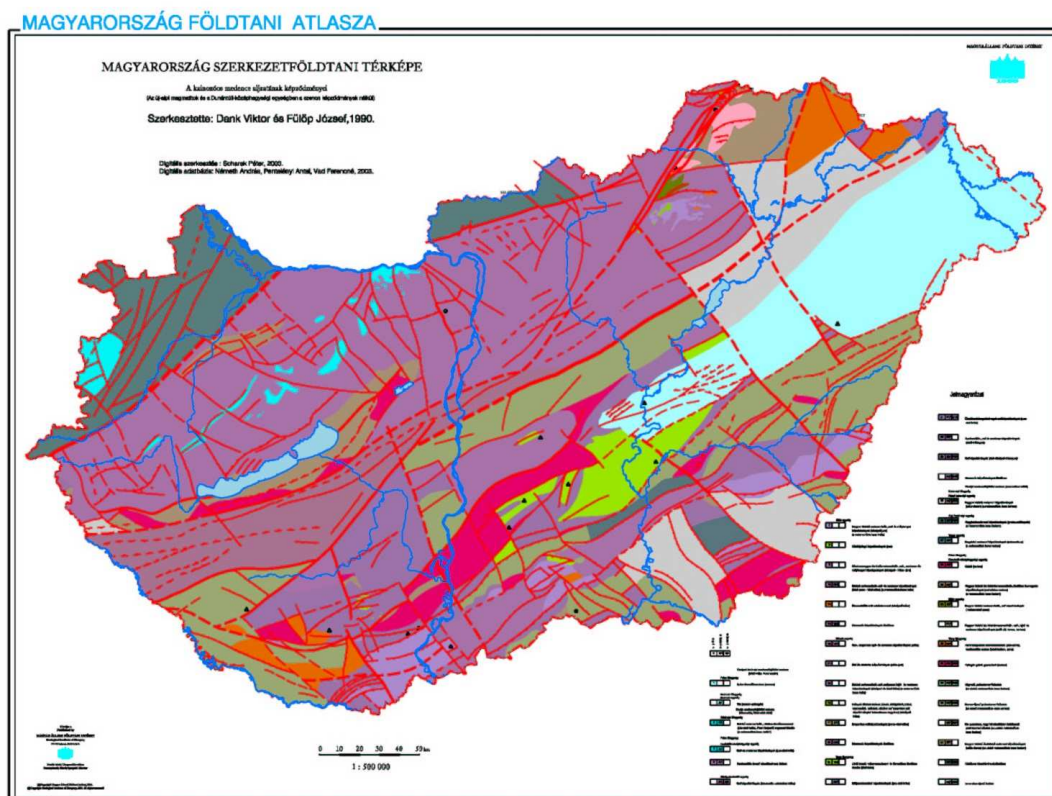
- megfelel az ásványvíz követelményeinek, és
- fogyasztási előírások betartása mellett iható vagy inhalálásra alkalmas, és
- ilyen felhasználásban bizonyított gyógyhatása van.

Ugyanezen jogszabály írja elő, mely fürdésre alkalmas vizet nevezhetnek gyógyvíznek, amely

- megfelel a külsőleg történő felhasználású ásványvíz követelményeinek, továbbá
- a természetes ásványi anyagok (kőzetek) vízzel történő kilúgozása során keletkező,
- oldott ásványianyag-tartalma, kémiai jellege állandó, egészségkárosító anyagokat nem tartalmaz.

Magyarországon 1300 hőforrás található, ezek közül mintegy 218-at nyilvánítottak gyógyvízzé. Ennek a világon egyedülálló gazdagságnak az ország geológiai helyzete a magyarázata: hazánk területének 4/5-én található mélyfurással 30 C^o-ot meghaladó melegebb víz. Ennek az az oka, hogy Magyarországon a geotermikus grádiens (azaz, hogy a földre leásva 10 méterenként mennyivel emelkedik a hőmérséklet) kimagaslóan nagy a többi európai országhoz viszonyítva, mivel a földkéreg itt viszonylag vékony, s egy törésvonal is átszeli hazánkat (8.2. ábra).

8.2. ábra Magyarország geológiai térképe



A gyógyvizeket legjellemzőbb alkotóelemük alapján osztályozzuk, melynek bizonyos mértékig szerepe van abban, hogy mely betegségben alkalmazható illetve mely betegség fennállása esetén kifejezetten káros az adott gyógyvíz alkalmazása:

- Sós vizek: Cserkeszőlő, Debrecen, Eger, Hajdúszoboszló, Karcag, Sárvár, Igal, Sóshartyán, Gyopáros, Kakasszék, Nyíregyháza –Sóstó.
- Szendioxidos vizek: Balatonfüred, Csopak, Kékkút, Fonyód, Balf, Bük, Szécsény.
- Kalcium-magnézium-hidrogénkarbonátos vizek: Balatonfüred, Bük, Sárospatak, Cegléd, Eger, Parád, Budapest a Császár-, Gellért-, Lukács-, Rudas-fürdő.
- Alkalikus vizek.
- Szulfát tartalmú vizek: Igmándi, Ferenc József keserűvíz.
- Szulfid tartalmú vizek: Balf, Hévíz, Mezőkövesd, Parádsasvár, Erdőbénye.
- Vas tartalmú vizek: Parád.
- Jódos-brómos vizek: Debrecen, Kiskörös, Hajdúszoboszló, Budapest: Pesterzsébet.



- Radioaktív vizek: Eger, Hévíz, Miskolctapolca, Budapesten: Gellért-, Imre-, Rudasfürdő.

Magyarországon klimatikus viszonyai és gyógyászati hasznosításuk alapján 5 gyógybarlang is engedélyt kapott e név használatára. A gyógybarlangok pollenszegény, az év nagy részében közel azonos páratartalmuk és hőmérsékletük miatt elsősorban légzőszervi – allergiás- betegek gyógykezelésre alkalmazhatók, az egyéb orvosi kezelések kiegészítéséül:

- Abaligeti cseppkőbarlang,
- Béke-barlang Jósmafőn,
- Budapesten a Szemlőhegyi-barlang,
- Miskolc-Lillafüred: István barlang,
- Tapolcai tavasbarlang.

A gyógyászatban alkalmazott természetes gyógytényező a gyógyiszap alkalmazása mozgásszervi betegek kezelésében. Hazánkban 5 iszaplelőhely (Alsópáhok, Hajdúszoboszló, Hévíz, Makó, Tizsasüly) található.

Mofetta (CO₂ –t tartalmazó gyógygáz) található Mátraderecskén. A széndioxid értágító hatású, ezért érszűkületben szenvedők kiegészítő kezeléséül alkalmazható orvosi eljárás.

9.2.2. Gyógyfürdő

Gyógyfürdő az a létesítmény, amely gyógyvíz, gyógyiszap vagy egyéb természetes gyógytényező (pl. gázelfordulás) felhasználásával fürdőkezelést (balneoterápiát) nyújt vagy elismert ásványvíz, hévíz, illetőleg melegített közműhálózati víz felhasználásával végzett hidroterápiás kezelések mellett, egyéb fizikai gyógymódok alkalmazásával együtt, teljes körű fizioterápiás ellátást nyújt. (74/1999. (XII.25.) EüM. rendelet)

Magyarország gyógyfürdőit a táblázat sorolja fel (8.3. ábra).

8.3. Gyógyfürdők minősített intézmények listája (OTH- 2012.)

1	Debrecen	Debreceni Gyógyfürdő
2	Balatonfüred	Állami Kórház Gyógyfürdője
3	Szolnok	Tisza Szálló Gyógyfürdője
4	Eger	Városi Gyógyfürdő
5	Hévíz	Állami Gyógyfürdőkórház
6	Parádfürdő	Állami Gyógyfürdő Kórház
7	Gyula	Várfürdő
8	Harkány	Baranya Megyei
9	Bükfürdő	Bükfürdő Gyógy-és Élmenycentrum



10	Mosonmagyaróvár	Gyógyfürdő
11	Győr	Rába-Quelle Gyógy, Termál-Élményfürdő
13	Balf	Soproni Állami Szanatórium
14	Nyíregyháza	Jósa András Kórház Gyógyfürdője
15	Csongrád	Gyógyfürdő
16	Hajdúszoboszló	Városi Gyógyfürdő
17	Budapest	Rácz Gyógyfürdő
18	Budapest	Széchenyi Gyógyfürdő
19	Budapest	Lukács Gyógyfürdő
20	Budapest	Gellért Gyógyfürdő
21	Budapest	Rudas Gyógyfürdő
22	Dombóvár-	
24	Budapest	Pesterzsébeti Jódos-sós
25	Zalakaros	Gránit Gyógyfürdő
26	Budapest	Dandár Gyógyfürdő
28	Mezőkövesd	
29	Szentes	Szentesi Gyógyfürdő és
30	Nagyatád	Termál- és Gyógyfürdő
31	Kiskunmajsa	„Jonathermál Gyógy-és élményfürdő”
32	Harkány	Gyógy- és Strandfürdő
33	Makó	Makói Gyógyfürdő
34	Lenti	Városi Gyógyfürdő
35	Szentgotthárd	Vas Megyei Rehabilitációs Kórház Gyógyfürdője
37	Tiszaújváros	
38	Komárom	Gyógyfürdő
40	Orosháza-	
41	Mórahalom	Mórahalmi gyógyfürdő
43	Dunaföldvár	Dunaföldvári Gyógyfürdő
44	Püspökladány	Püspökladányi Gyógyfürdő
47	Szeged	Anna Gyógy-Termál és élményfürdő
48	Visegrád	Thermal Hotel Visegrád
49	Szeged	Napfényfürdő Aquapolis Gyógyfürdő
50	Fehérgyarmat	
51	Kaposvár	Kaposvári Élmény,-Wellnes és Gyógyfürdő
52	Pécs	Éva Gyógyház
53	Szarvas	Szarvasi Gyógy-Termál
54	Csokonyavisonta	Csokonyavisontai Gyógyfürdő



55	Pécs	Hullám Uszoda, Strand- és gyógyfürdő
56	Eger	Flóra Gyógyszálló és
57	Visegrád	Visegrádi Rehabilitációs Kórház
60	Mátraderecske	Mátraderecskei Széndioxid
61	Barcs	Barcsi Gyógyfürdő
62	Hajdúszoboszló	Hunguest Hotel Béke
64	Kalocsa	Kalocsa Csajda-Uszoda és
65	Cserkeszőlő	
66	Kiskunfélegyháza	Gyógyfürdő és
69	Cegléd	Gyógyszálloda és gyógyfürdő
70	Budapest	Medicatus Gyógyfürdő
71	Szigetvár	Szigetvári Gyógyfürdő
72	Demjén	Demjén Gyógy- és termálfürdő
74	Tiszavasvári	
75	Nyírbátor	Sárkány Wellness és gyógyfürdő

9.2.3. Gyógyszálló

Az a kereskedelmi szálláshely, amely vendégei számára főként természetes gyógytényező alkalmazásával saját gyógyászati részlegén önálló vagy más gyógyintézet kiegészítő szolgáltatásainak bevonásával, orvosi ellenőrzés mellett terápiás lehetőséget biztosít (74/1999. (XII.25.) EüM. rendelet) (8.4.ábra).

8.4.ábra Az OTH által gyógyszállónak minősített szállodák listája (OTH-2012)

1	Bük	Thermal Hotel Bük
2	Hévíz	Thermal Hotel Aqua
3	Hévíz	Thermal Hotel Hévíz
4	Budapest	Thermal Hotel Aquincum
5	Budapest	Thermal Hotel Helia
6	Eger	Hotel Flóra
7	Hévíz	Hévíz Gyógyszálló
8	Hévíz	Spa & Wellness Hotel Fit
9	Hévíz	Hotel Panoráma
10	Hajdúszoboszló	Hotel Béke
11	Budapest	DANUBIUS Thermal
12	Hajdúszoboszló	Barátság Gyógyszálló
13	Sárvár	Thermál Hotel Sárvár
14	Debrecen	Aquaticum Gyógyszálló
15	Hajdúszoboszló	Hőforrás Gyógyszálló



16	Hévíz	Hotel Helios
17	Hévíz	NaturMed Hotel Carbona
18	Harkány	Thermal HotelHarkány
19	Debrecen	Hunguest Hotel Nagyerdő Gyógyszálló
20	Hőgyész	Gróf Apponyi Katsélyszálló
21	Bük	Hotel Piroska
22	Zalakaros	Freya Hotel Gyógyszálló
23	Füzesgyarmat	Thermal Hotel Gara
24	Berekfürdő	Termál Hotel Pávai Gyógyszálló
27	Hévíz	Hotel Európa Fit
28	Cegléd	Aquarell Gyógyszálló
29	Hajdúszoboszló	Apolló Thermál Hotel
30	Mezőkövesd	Balneo Hotel Zsóri
31	Szeged	Hunguest Hotel Forrás
32	Kiskőrös	Hotel Imperiál

9.2.4. Gyógyhely.

Gyógyhely megnevezés egy terület megjelölésére akkor használható, ha azt kérelemre és a feltételek teljesülése esetén az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatala gyógyhellyé nyilvánítja. (74/1999. (XII.25.) EüM. rendelet)

A gyógyhellyé nyilvánítás feltételei:

- természetes gyógytényezővel (gyógyvíz, éghajlat stb.) rendelkezik,
- a természetes gyógytényező igénybevételének gyógyintézményi feltételei (gyógyfürdő, gyógyszálló, szanatórium) biztosítottak,
- a gyógyítás zavartalanságát és a betegek nyugalmaát biztosító környezeti feltételek (kiemelten védett területre előírt levegőtisztaság, fokozottan védett területnek megfelelő zajszint, rendezett zöldterületek stb.) adottak,
- a pihenés infrastruktúrájának (közútvévek, közlekedés, hírközlés, kommunális szolgáltatások, ellátó, szolgáltató intézmények stb.) kiépítettsége biztosított.

Gyógyhelyen és annak környékén a betegek gyógykezelését hátráltató, tiltott tevékenység mindaz, ami az éghajlati viszonyokat és a tájjelleget tartósan hátrányosan befolyásolja, vagy a betegek nyugalmaát zavarja, gyógyulását hátráltatja. Ilyenek különösen a víz-, por-, füst- és gázszennyezéssel, a levegő kémiai vagy biológiai szennyezésével, bűz keletkezésével, zajjal, valamint a növényállomány és a domborzat megváltoztatásával járó tevékenységek.

Magyarországon gyógyhellyé nyilvánított települések, településrészek:

- Miskolc-Lillafüred



- Harkány
- Sopron-Balf
- Gyöngyös-Kékestető
- Hévíz
- Balatonfüred
- Parád
- Hajdúszoboszló
- Zalakaros
- Bükfürdő
- Eger
- Debrecen
- Gyula



10. A magyar egészségügyi rendszer felépítése VII.(mentés, betegszállítás)

10.1. A mentés fogalma

A mentés az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén végzett sürgősségi ellátása, a legközelebbi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítása, a szállítás közben végzett ellátása. A mentés Magyarország területén mindenkit térítésmentesen megillet. A mentés: állami feladat, költségeit az állami költségvetésből fedezik.

Mentést kezdeményezhet a kezelőorvos és maga a beteg, vagy aki azt észleli, hogy a beteg azonnali egészségügyi ellátásra szorul:

- ha életveszély, vagy annak gyanúja áll fenn (eszméletlen állapot, bármilyen eredetű súlyos vérzés, stb.);
- baleset, sérülés, bármilyen eredetű mérgezés esetén;
- megindult szülés, illetve a fennálló terhesség alatt bekövetkező rendellenesség miatt;
- ha erős fájdalom, vagy más riasztó panasz, illetve tünet észlelhető (pl. fulladásérzés, nehézlégzés, végtagbénulás, stb.);
- ha olyan magatartásvárat észlelnek, mely során a beteg saját maga, vagy mások életét veszélyezteti (OMSZ honlapja).

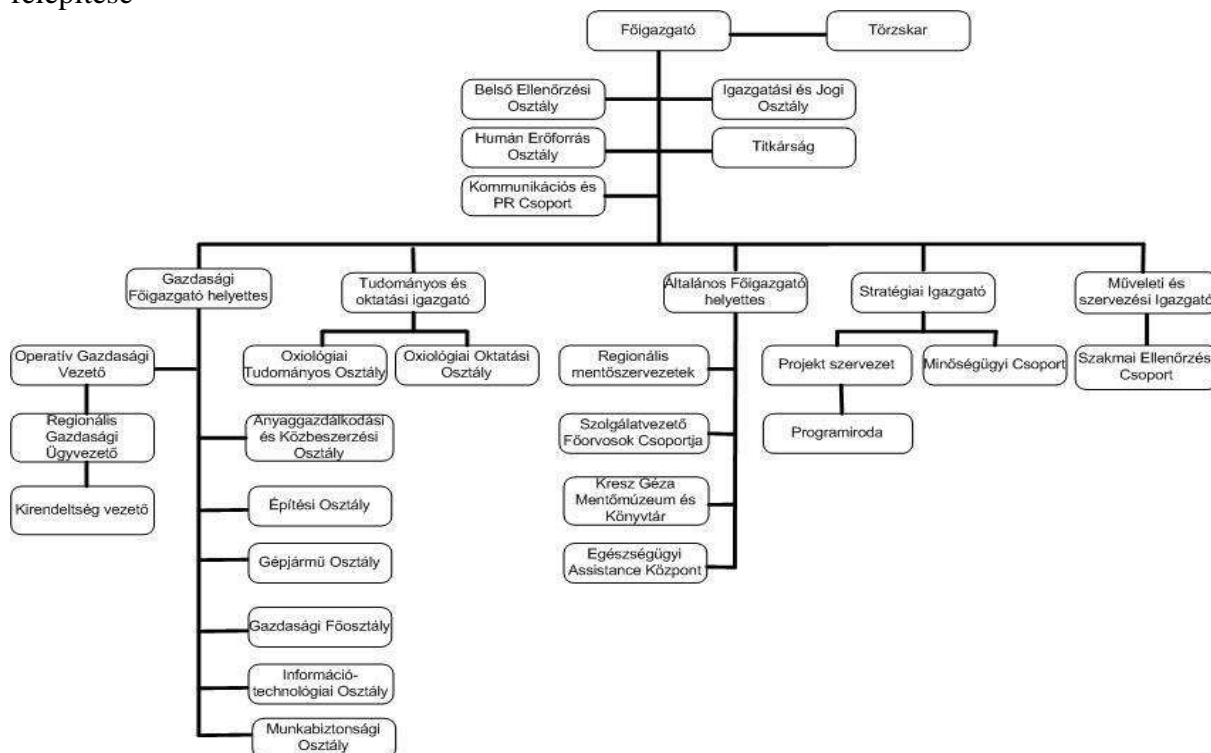
10.2. A mentőszolgálat felépítése

Az 1887-ben alapított Önkéntes Budapesti Mentőegyesület államosításával jött létre 1948-ban az Országos Mentőszolgálat (OMSZ). 1954-ben állt szolgálatba az első rohamkocsi és 1958-ban kezdődött el a légi betegszállítás. Az OMSZ egységes állami egészségügyi intézmény, melynek feladata az életmentés, a sürgős ellátás biztosítása, ezen túlmenően csak olyan betegszállításokat végez, ahol a beteg állapota miatt sürgős segítségre van szükség, illetve ahol útközben is beavatkozások, vizsgálatok szükségesek. A mentőszolgálatot a 104-es, illetve a 112-es univerzális hívószámon (ha tűzoltók és rendőrség riasztására is szükség volna) lehet hívni. A beérkezett hívásokat a regionális diszpécserközpont fogadja.

Az OMSZ hierarchikusan felépített szervezet, élén a főigazgatóval. A főigazgatóság felelős az OMSZ költségvetésért, az egységes mentőszervezet működtetéséért. (10.1 ábra) Az OMSZ 7 regionális igazgatóságra tagozódik. Az országban 230 mentőállomás működik, mintegy 7000 mentődolgozóval.



10.1. ábra Az OMSZ szervezeti felépítése



10.2.1. Mentőegységek típusai, feladataik

Az OMSZ egységes gépkocsiparkot hozott létre (Nysa majd Toyota mentőgépkocsipark). Az egyes mentőegységeknek más-más feladata van, a központi illetve a regionális irányítás a mentési feladathoz és a lehetőségekhez mérten dönt a bevetésre küldendő mentőegység típusáról. Az OMSZ birtokában 913 mentőgépjármű van.(2010.)

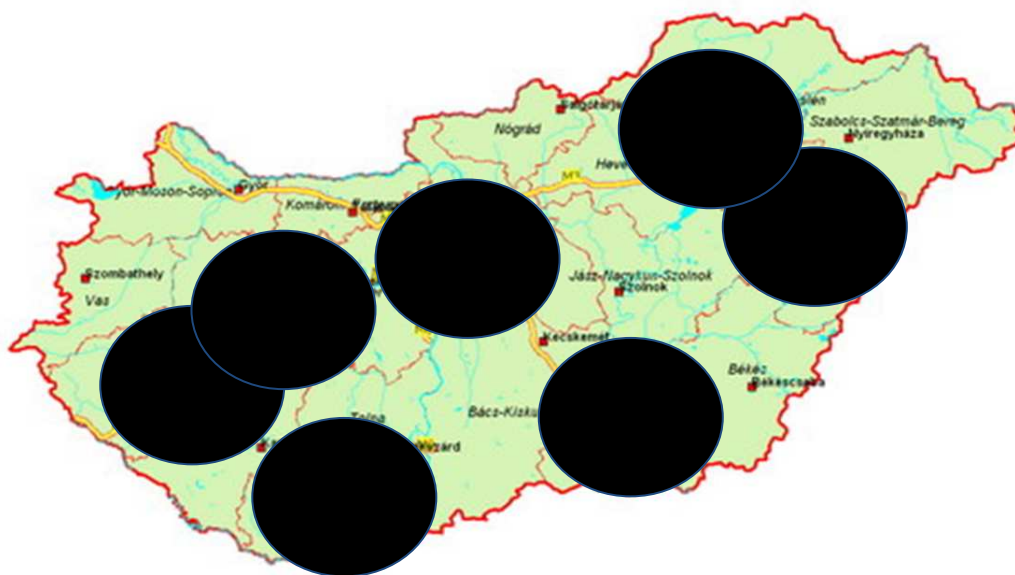
A mentőegységek típusai:

- **Mentőgépkocsi:** mentőápolói szintű beavatkozási lehetőséggel, a betegellátáshoz szükséges alapfelszereléssel dolgozik.
- **Esetkocsi:** teljes körű sürgősségi betegellátásra alkalmas, orvos vagy mentőtiszt irányításával működő mentőegység.
- **Rohamkocsi:** különlegesen felszerelt, orvos irányításával működő mentőegység.
- **Mentőorvosi kocsi:** szakorvos és mentőgépkocsivezető teljesít szolgálatot. Feladata, a beteg állapotának stabilizálása, szállíthatóvá tétele. Beteg nem szállít, rohamkocsi felszereltségű



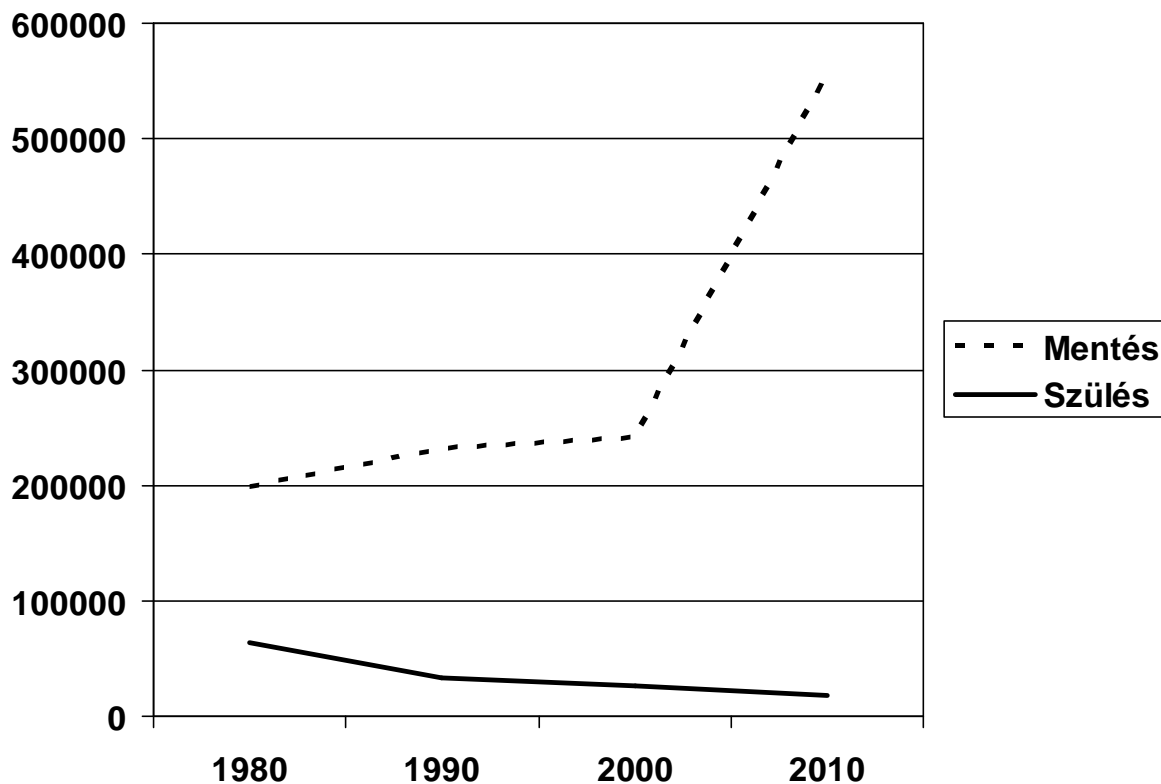
- Gyermek mentőorvosi kocsi: gyermek ellátásban jártas orvos és mentőgépkocsivezető teljesít rajta szolgálatot. Feladata, a gyermek állapotának stabilizálása, szállíthatóvá tétele. Beteget nem szállít, rohamkocsi felszereltségű.
- Gyermek rohamkocsi.
- Tömeges Baleseti Egység: sok sérülttel járó tömeges balesetek felszámolását segítő, mobil sátrat, informatikai eszközöket és eszköz utánpótlást szállító mentőegység.
- Mozgó Intenzív Terápiás Egység (MICU): súlyos állapotú betegek őrzött szállítására alkalmas mentőegység.
- Mentőmotor: speciálisan átalakított és sürgősségi felszereléssel ellátott, nagy teljesítményű motorkerékpár, melyet orvos vagy mentőtiszt vezet.
- Mentőhelikopter: a rohamkocsi szintjén felszerelt speciális mentőegység, mely Budaörsön, Debrecenben, Miskolcon, Balatonfüreden, Sármelléken, Pécsen és Szentesen található. 2010-ben 2423 beteget szállítottak légi járművel. Az országban működő légmentés lefedettségi területét mutatja a 10.2. ábra.

10.2. ábra Az ország lefedettsége a légi mentés szempontjából



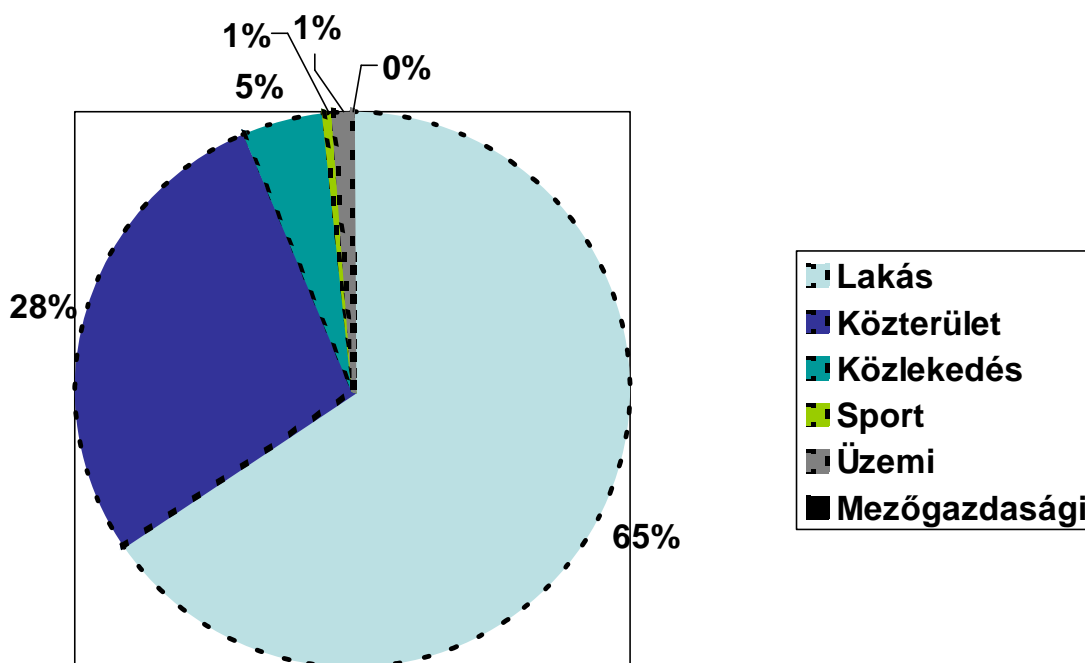
A mentési esetek száma és a szülésekhez történő kivonulások száma az évek során folyamatos emelkedést mutat. (10.3. ábra)

10.3. ábra A mentési és szülési kivonulások száma (KSH)



A mentőfeladat helyszíne (a beteg feltalálási helye) szerinti megoszlást a 10.4. ábra mutatja.

10.4 ábra A mentési esetek a feltalálás helyszíne szerint (KSH-2010.)



10.3.1. Mentőállomások

A mentőállomások telepítésekor elsődleges szempont, hogy biztosítsuk az ország lefedettségét úgy, hogy a riasztást követő 15. percben mentőegység érkezzon a helyszínre. Ez a kívánalom azonban a közlekedési viszonyoktól, a mentőegységek leterheltségétől nagymértékben függ. Határt szab a mentőállomások telepítésének az is, hogy az adott állomáson levő mentőegységek kellően kihasználtnak legyenek, ennek anyagi és létszámkorlátai vannak.

Az egyes mentőállomások az ellátandó terület sajátosságai alapján eltérhetnek. Nem minden állomáson szükséges rohamkocsit állomásoztatni, nem minden esetben szükséges mentőorvosnak dolgozni. A regionális központok mentőállomásainak a mentés mellett oktatási feladataik is vannak. Több helyen a mentőállomás vagy kihelyezett mentőegység biztosítja a házi orvosi ügyeletet.

10.4. A betegszállítás fogalma



A betegszállítás célja, hogy az orvos rendelése alapján biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban a - mentőápolói felügyeletet nem igénylő - esetben, ha az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem biztosítható. Az alábbi esetekben indokolt mentőszállítást rendelni:

- szállításra szorul, de egészségi állapota nem indokolja mentés igénybevételét,
- csak speciális testhelyzetben szállítható,
- mozgásában korlátozott, járóképtelen, vagy egészségi állapota nem teszi lehetővé tömegközlekedési vagy más szokásos közlekedési eszköz használatát,
- fertőzésveszély vagy kóros magatartása miatt közforgalmú járművet nem vehet igénybe,
- ellátásának eredményességét tömegközlekedési vagy más szokásos közlekedési eszköz hiánya vagy annak igénybevételéből eredő késedelem vagy más tényező veszélyeztetné.

A betegszállítás a társadalombiztosítás által finanszírozott természetbeni ellátás, amely igényjogosultság esetén co-payment nélkül vehető igénybe. Évi több mint 2 millió esetben igényelnek betegszállítást.

A magánszolgáltatók által végzett betegszállítások koordinálását, felügyeletét és irányítását az OMSZ látja el. Az OEP által finanszírozott betegszállítási feladatot az OMSZ-nál kell megrendelni, a szállítás végrehajtója pedig az OEP-el szerződött betegszállító szolgáltató járműve lesz. Az „egyszerű” betegszállítások elrendelésére az OMSZ országosan egységes, négyjegyű, központi telefonszámot hozott létre, mely a 1820-as számon hívható.

Az „egyszerű” betegszállítást az orvos előzetes regisztráció után a <https://bsz.mentok.hu> címen is elrendelheti.

Amennyiben a beteg sürgős és/vagy szakkíséretes betegszállításra szorul (mentőszállítás, mentési készenlélet igénylő őrzött szállítás), az elrendelés a 104-es telefonszámon történik, mivel amíg a betegszállítási feladatot az OMSZ szállításiirányítója valamelyik betegszállító vállalkozás erre kijelölt gépkocsijának adja át, a mentőszállítást, illetve a mentési készenlélet igénylő őrzött szállítást az OMSZ végzi. Ilyen feladat 2010-ben 88 ezer volt.

A betegszállítás a **sürgősség** igénye szerint lehet:

- 6 órán belüli,
- 24 órán belüli,
- meghatározott időpontra kért, illetve tervezett időpontokban történő ismétlődő betegszállítás.

A betegszállítás a **kíséret** igénye szerint lehet:



- betegkísérő közreműködését igénylő,
 - kíséretet nem igénylő betegszállító gépjárművel teljesítendő betegszállítás.
- 2010-ben 855 ezer szállítás betegkísérővel és 1 millió 608 ezer szállítás kísérő nélkül

Történt.

A betegszállítás az alkalmazott **betegszállító gépjármű** szerint lehet:

- mentőkocsival,
- fekvőbeteg-szállító kocsival,
- ülőbeteg-szállító kocsival teljesítendő betegszállítás.

A betegszállítás a **végrehajtás módja** szerint lehet:

- egyedi,
- más betegekkel együttes szállítás.

10.4.1. A betegszállító szervezetek

A betegszállítást magán vállalkozások végzik. A betegszállító vállalkozások országos egyesületet alapítottak Betegszállítók Országos Egyesülete néven. 2010-ben 104 betegszállító állomás 624 gépkocsival végzett mintegy 2,5 millió betegszállítást.

10.5. A mentés, betegszállítás finanszírozása

A betegszállítást magánszolgáltatók végzik, az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján. A 43/1999. (III.3.) Korm. rendelet 33.§. alapján a betegszállítás finanszírozása havonta, a szabályosan utalványozott betegszállítás céljából megtett hasznos és többletkilométerek alapján történik. Hasznos kilométerenként számolható el egyedi betegszállítás esetén a beteg felvételének helye és a betegszállító utalványon megjelölt érkezési helye közötti legrövidebb útszakasz, kapcsolt szállítás esetén az első beteg felvétele és az utolsó beteg érkezési helye közötti legrövidebb, illetve indokolt esetben az attól eltérő, a betegszállítás szempontjából legelőnyösebb útszakasz. Az elvégzett teljesítményekről a szolgáltató jelentést küld az OEP-nek (10.5. ábra).

10.5. ábra A betegszállítás finanszírozásához jelentendő adatok (16. számú melléklet a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelethez)

Betegszállítási jelentés

1. Jelentési időszak.
2. Megye kódja.
3. Betegszállító szolgáltató kódja.
4. Betegszállító állomás azonosító kódja.
5. Betegszállítási adatlap sorszáma.



6. Szállítás típusa.
7. Betegszállítási eset típusa.
8. A beteg társadalombiztosítási azonosító jele vagy egyéb azonosítója.
9. Térítési kategória.
10. Betegszállító jármű forgalmi rendszáma.
11. Esemény dátuma.
12. Betegfelvétel ideje.
13. Betegátadás ideje.
14. Km-óra állása beteg felvételekor.
15. Km-óra állása beteg átadásakor.
16. Hasznos km száma.
17. A kapcsolt betegszállításért járó többlet km.
18. Kíséret típusának jele.
19. Megrendelő orvos kódja.
20. Kísérő azonosítója, TAJ.
21. A szállítás indokául szolgáló BNO kód.
22. Betegfelvevő egészségügyi intézmény kódja.
23. Betegátadó egészségügyi intézmény kódja.
24. Betegfelvétel helye (közig. kódja).
25. Betegátadás helye (közig. kódja).

A tényleges elvégzett szállítás ellenőrzésére az OEP által előírt adattartalmat szolgáltató GPS műholdas navigációs rendszer működtetője a saját szerveréről, az elvégzett szállítások validitásának ellenőrzésére az OEP részére jelentést küld.

A szolgáltatót a kiegészítő betegszállítási díj illeti meg, amelynek mértéke

- betegkísérő közreműködését igénylő szállítás esetén betegenként 750 forint,
- betegkísérő közreműködését nem igénylő szállítás esetén betegenként 250 forint.

Többletkilométerként több beteg együttes (kapcsolt) szállítása esetén a beteg felvételi és az utalványon megjelölt érkezési helye közötti legrövidebb útszakasz vehető figyelembe, a közösen megtett útszakasz kilométereinek 0,2-szerese számolható el többleteljesítményként.

A 100 kilométert meghaladó hosszú távú szállítás esetében a megtett útszakasz díja 0,8-es degressziós szorzóval kerül kiszámításra.

Amennyiben olyan személy betegszállítására kerül sor, aki nem biztosított, vagy nem felel meg a biztosító által finanszírozott betegszállítás feltételeinek, vagy „kényelmesebb” szállítást (egyedül, időre, várakozás nélkül, stb.) szeretne, lehetősége van magán betegszállítást rendelni. A magán betegszállítást végző járműveknek is eleget kell tenniük azoknak a szakmai követelményeknek, amelyeknek az OMSZ és biztosítóval szerződött betegszállítók járművei eleget tesznek. A költségekre a 10.6 ábra utal.

10.6.ábra A fizetős betegszállítás költségei Budapest kerületei közt (2012.)



Kerület	I.	II.	III.	IV.
I.	3900 Ft			
II.	3900 Ft	3900 Ft		
III.	4800 Ft	4300 Ft	3900 Ft	
IV	5300 Ft	5300 Ft	5300 Ft	3900 Ft

10.6. A mentés és betegszállítás statisztikai adatai

A mentés és betegszállítás az OSAP-ban megtalálható legfontosabb adatai:

- Mentőállomások száma.
- Mentőgépkocsik száma.
- Mentőfeladatok száma, típusok szerinti bontásban.
- Betegszállítások száma, típusok szerinti bontásban.
- Mentési esetek száma, megoszlása.

A fenti adatok országos összesítésben és területi bontásban is rendelkezésre állnak.



11. A magyar egészségügyi rendszer felépítése VIII. (vérellátás – Magyar Vöröskereszt)

8.11.1. A vérellátás jelentősége

Nagyobb vérvesztés esetén már évszázadokkal ezelőtt megpróbálták az elvesztett vért más emberből származó vérrel pótolni, azonban ezek az esetek legtöbbször halálosan végződtek. Ennek oka, hogy a vörösvértestek (és a vérben levő egyéb sejteink) felszínén levő molekulák egyediek, amelyek genetikailag minden egyes egyénben egyedileg meghatározottak. Ebből adódóan a beadott, de a fogadó egyén vérével nem azonos tulajdonoságú vér immunológiai reakciót, kilökődést vált ki. A kilökődés során elpusztulnak a beadott vérsejtek, s kiválasztásuk során a vesefunkció fatálisán károsodik. 1901-ben Karl Landsteiner fedezte fel a vörösvértestek antigén tulajdonságait, amely alapján meghatározhatók a vércsoportok: A, B, AB és 0. A megismert antigének alapján 29 vércsoport rendszert ismerünk, közülük az ABO és az Rh rendszer jelentős klinikailag. A vérátömlesztéssel foglalkozó tudományágat transzfúziológiának nevezzük. A vérátömlesztés alapelve a kompatibilitás (azonosság), azaz lehetőség szerint ABO és Rh kompatibilis vért kapjon a recipiens.

A véradás során levett vért transzfúzióra (vérátömlesztés) vagy terápiás célú vérkészítmények előállítására használják fel. Ebből következik, hogy a véradás során vagy teljes vért vesznek le (10 perc) vagy csak a vér egyes elemeit veszik le aferezis készülékkel (60 perc). A transzfúziók fajtái: vörösvérsejt koncentrátum, thrombocytá, frissen fagyasztott plazma.

A vérellátás – véradás jelentőségét az adja meg, hogy a hirtelen, vagy tartós vérvesztés, a vér egyes alakos elemeinek hirtelen kialakult hiánya esetén a beteg állapotának rendezésére a legalkalmasabb megoldás a kompatibilis vérrel, véralkotórésszel történő pótlás. A sebészi technikai vívmányainak alkalmazása (pl. szívatültetés, nyitott szívműtétek) elképzelhetetlen az elvesztett vér pótlása nélkül. Ugyanígy bizonyos betegségekből életmentő a vér pótlása az alatt az idő alatt, amíg a szervezet ismét képessé válik saját vérraktárait pótolni.

A vérplazma egyes alkotóelemeit gyógyszerként alkalmazzák, ezek művi gyártására ma sincs megfelelő technológia.

A vérellátás az egészséges lakosság önkéntes véradásán alapul. Ezért rendkívül fontos, hogy az arra alkalmas egyének segítsenek bajba jutott embertársaikon önkéntes véradással. A véradásra jelentkezők orvosi szűrővizsgálaton vesznek részt melynek célja, hogy a véradás ne károsítsa a véradót (donor) és a levett vér ne tartalmazzon olyan anyagot (fertőző ágensek), mely a vért kapót (recipiens) károsíthatná. Minden véradásnál ellenőrzik, hogy a véradó vérében hepatitisz B és C, szifilisz és HIV ellenanyag van-e. Az inkubációs idő alatt nem adhat az sem vért, aki maláriával fertőzött területen járt. 2010-ben a donorkok 11,84 %-át



szűrték ki a fenti indokok egyike miatt, ez az arány fokozatosan emelkedik, 2000-ben ez az arány még csak 8,81% volt.

A véradás 1959. óta térítésmentes, a véradók 500 Ft értékű étkezési utalványt kapnak. Véradásra 18-60 év közötti egészséges személyek jelentkezhetnek, ha testsúlyuk meghaladja az 50 kg-t.

Írányított véradás az az eset, amikor a véradó konkrét személyt (rokon, barát, stb.) nevez meg, akinek a levett vért szánja. Az OVSZ a megnevezett személy kezelőorvosával együttműködve gondoskodik a véradó szándékának teljesüléséről, ha azt a szakmai szabályok is megengedik.

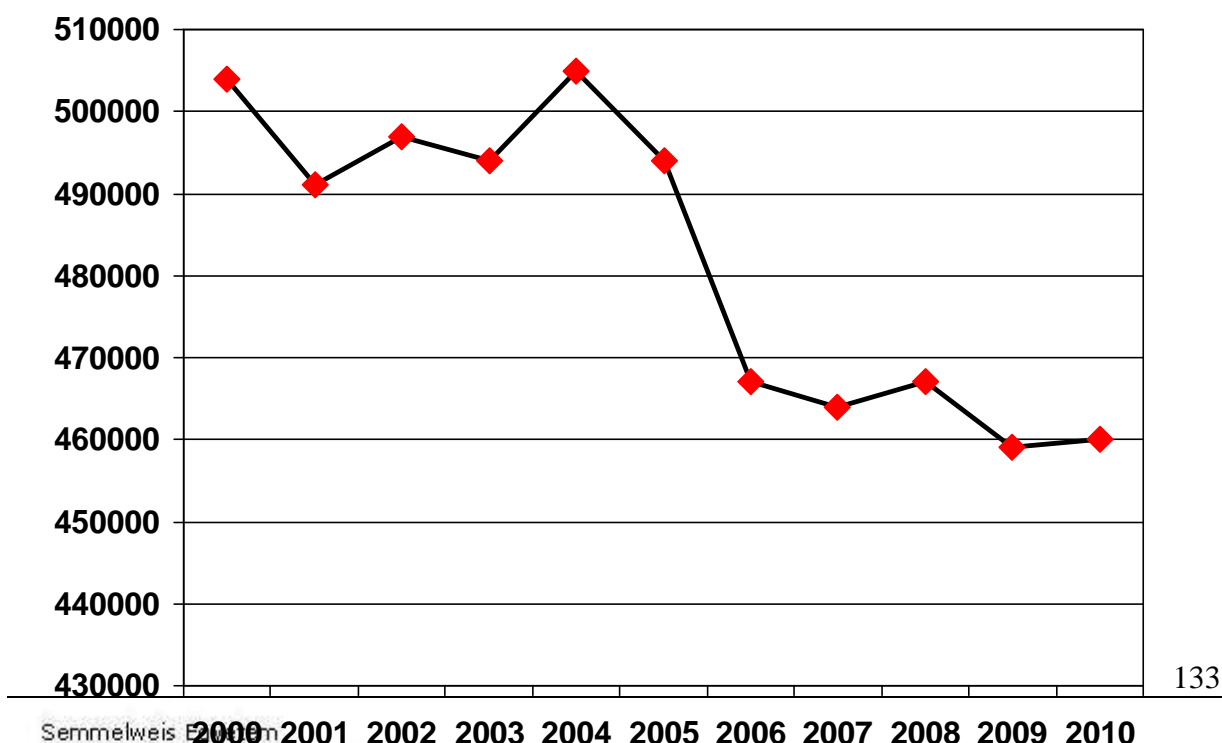
8.11.2. A vérellátás szervezete

A vérellátás állami feladat, ezért az egész országban a vérellátást egységes, állami tulajdonban levő szervezet végzi. A véradók szervezésében társadalmi szervezetek, elsősorban a Magyar Vöröskereszt működik közre.

8.11.2.1. A véradó mozgalom, a Magyar Vöröskereszt

2010-ben 485 ezer esetben került sor véradásra, a véradók száma ennél kevesebb, mivel egy személy évente több alkalommal is adhat vért. (Ideális esetben a férfiak akár ötször, nők háromszor adhatnak vért évente.)

11.1.ábra A vérvételek száma egységenként (1 egység 450 ml teljes vér) (KSH)





A Magyar Vöröskereszt 1939. óta vesz részt a térítésmentes véradás szervezésében. A Magyar Vöröskereszt az Országos Vérellátó Szolgálatot szerződéses alapon segíti a véradás megszervezésében. Valamennyi megyei szervezet szervez véradó napot. 2011-ben több mint ötvenezer új véradót szerveztek be. A véradók számának növelése érdekében 2006-tól vérvételi kamion is segíti a véradást, ez a kamion 2010-ben 187 helyen több mint 6000 véradótól vett vért.

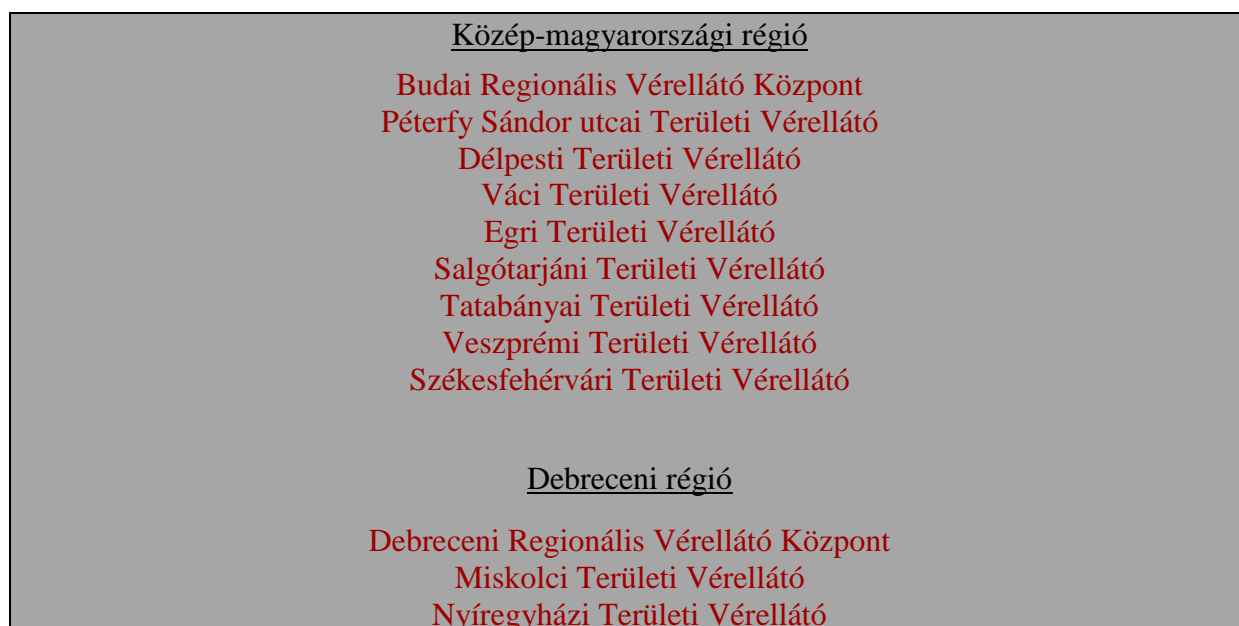
A Magyar Vöröskereszt elsősorban lakossági akciókkal igyekszik a véradók számát növelni. Ilyen akció például a felsőoktatásban tanulók között végzett szervezés.

8.11.2.2. Országos Vérellátó Szolgálat

Az Országos Vérellátó Szolgálat (OVSZ) 1995-ben az Országos Haematológiai, Vértranszfúziós és Immunológiai Intézet kettéválasztását követően jött létre. Az intézmény teljeskörűen 2000. július 1-jén kezdte meg jelen formájában működését a 44/1999 Eü.M. rendelet alapján. Az OVSZ feladata a nemzeti vérkészlet felügyelete, az azzal való gazdálkodás.

Az OVSZ 6 regionális- és 20 területi intézményből áll, melyekhez bizonyos feladatok elvégzésre szerződéssel kapcsolódik 28 kórházi transfúziós osztály (11.2.ábra).

11.2.ábra Az OVSZ szervezeti felépítése





Szolnoki Területi Vérellátó

Győri régió

Győri Regionális Vérellátó Központ
Soproni Területi Vérellátó
Szombathelyi Területi Vérellátó
Zalaegerszegi Területi Vérellátó

Pécsi régió

Pécsi Regionális Vérellátó Központ
Szekszárdi Területi Vérellátó
Kaposvári Területi Vérellátó

Szegedi régió

Szegedi Regionális Vérellátó Központ
Békéscsabai Területi Vérellátó
Kecskeméti Területi Vérellátó

A vércsoport kompatibilitási szabály miatt a transzplantációk végrehajtásánál – szervtől függően – jelentős szerepe van a donor-recipiens biológiai azonosságának, hasonlóan a vérátömlesztéshez. Ezért a laboratóriumi vizsgálatok elvégzésén túl az OVSZ honlapján is megtalálhatók a transzplantációs várólisták (11.3.ábra). 1991-től az OVSZ-ben vezetik a Magyar Csontvelődonor Regisztert.

11.3.ábra Transzplantációs várólisták.(OVSZ honlap 2012.)

Szerv	Várakozók száma
Szív	21 fő
Máj, máj-vese	159 fő
Tüdő	10 fő
Felnőtt csontvelő	434 fő
Gyermek csontvelő	31 fő
Vese	909 fő



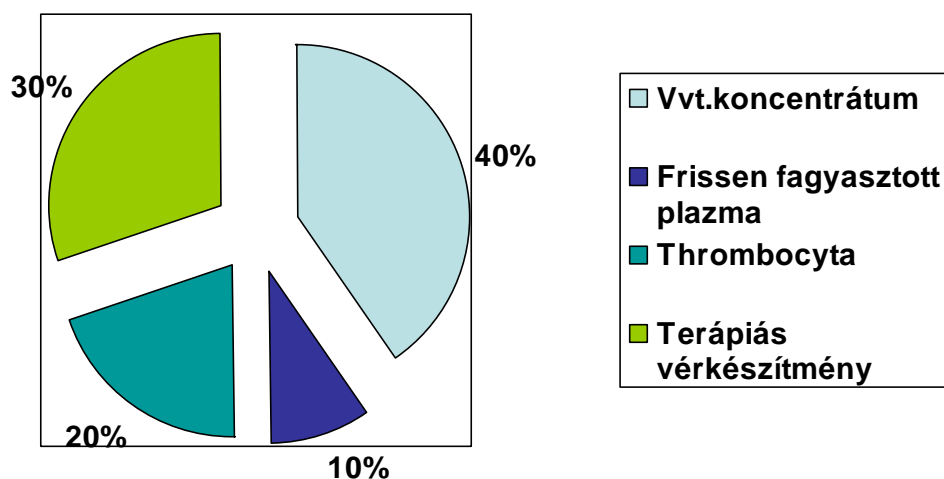
8.11.12. Vér és vérkészítmények felhasználása

A vér egyes komponensei eltérő ideig tarthatók el:

- a vörösvérsejtek 35 napig,
- a thrombocyták (vérlemezkék) 5 napig,
- plazma készítmények 1 évig.

A vér felhasználást a betegellátásban a 11.4. ábra mutatja.

11.4. ábra Vérfelhasználás (KSH-2010.)





12. A magyar egészségügyi rendszer felépítése IX. (gyógyszerellátás)

12.1 Gyógyszer

A jogszabály szerint (2005. évi XCV. Törvény) gyógyszer bármely anyag vagy azok keveréke, amelyet emberi betegségek megelőzésére vagy kezelésére állítanak elő vagy azok az anyagok vagy keverékek, amelyek farmakológiai, immunológiai vagy metabolikus hatások kiváltása révén az ember valamely élettani funkciójának helyreállítása, javítása vagy módosítása, illetve az orvosi diagnózis felállítása érdekében alkalmazható.

Magisztrális gyógyszer az a gyógyszerkészítmény, amelyet a gyógyszerész a gyógyszerértékben: a Magyar, illetve Európai Gyógyszerkönyv vagy a Szabványos Vény minta Gyűjtemény (Fo-No) rendelkezései alapján, orvosi előírásra vagy a Gyógyszerkönyv szerint saját kezdeményezésére készít.

Homeopátiás gyógyszer a Gyógyszerkönyvben leírt homeopátiás gyártási eljárásnak megfelelően készült homeopátiás törzsoldatnak nevezett anyagból készül. (A homeopátiás szerek a gyógyszerként alkalmazott anyagok töredékét alkalmazzák.)

Egyes anyagokat, melyek nem feltétlenül minősülnek gyógyszernek különleges biztonsági eljárások mellett lehet gyártani, forgalmazni, ezek a kábítószer, kábítószerként minősített gyógyszerek, pszichotrop és annak minősített anyagok.

Kábítószer az Egységes Kábítószer Egyezmény I. és II. jegyzékén szereplő anyag;
Kábítószerként minősített gyógyszer az Egységes Kábítószer Egyezmény I. és II. jegyzékén szereplő kábítószernek minősített hatóanyagot tartalmazó gyógyszer;
Pszichotrop anyag az egyezmény mellékletének A) és B) jegyzékén szereplő anyag;
Pszichotrop anyagként minősített gyógyszer az egyezmény II-IV. jegyzékén szereplő pszichotropnak minősített hatóanyagot tartalmazó gyógyszer.

Gyógyszerek egy része orvosi rendelvény nélkül is kiváltható (over the counter=OTC készítmények). A gyógyszerek többségében orvosi rendelvényre válthatók ki, melyet jogszabály rögzít (44/2004. (IV.28.) ESzCsM rendelet). A gyógyszerek egy részét felírhatja bármely általános orvosi diplomával rendelkező orvos, a gyógyszerek egy részét csak az indikációjukban szereplő betegség kezelésében jártas szakorvos írhatja fel (J jelzésű készítmények). A gyógyszerek egy része nincs közforgalomban, ezek csak szakrendelő részére, vagy kórház részére rendelhetők. A gyógyszert az orvos csak a gyógyszer alkalmazási előírataiban szereplő indikációban szereplő diagnózis esetén rendelheti, amennyiben ettől eltérő javallatban kívánják alkalmazni, arra a GYEMSZI-OGYI előzetes engedélyre van szükség.

A vényen az orvosnak fel kell tüntetni:



- az orvos nevét, munkahelyének (rendelőjének) címét, telefonszámát,
- a rendelés keltét;
- a beteg nevét, lakcímét, születési évét;
- a rendelt gyógyszer megnevezését, ideértve a gyógyszerformát is, valamint – amennyiben a készítmény több hatáserősségben forgalomban van – a hatáserősségét és a gyógyszer összmenyiségét (latin nyelven és római számmal);
- egyértelmű utasítást a gyógyszer adagolására, alkalmazásának módjára és gyakoriságára;
- az orvos sajátkezű aláírását és orvosi bélyegzőjének azonosítható lenyomatát.

Ettől eltérő az egészségbiztosítási támogatással rendelhető gyógyszerek rendelése. A vényen fel kell tüntetni a beteg társadalombiztosítási azonosító jelét (TAJ), fel kell tüntetni a társadalombiztosítási támogatás mértékét. A társadalombiztosítási támogatás lehet normatív (50%), emelt (70%) és kiemelt (100%).

Ezen túlmenően, ha a beteg anyagi helyzete indokolja a gyógyszerhez szociális támogatás is jár, ez a közgyógyellátás rendszere.(1/2003.(I.21.) ESzCsM rendelet)

12.1.1. Gyógyszertörvény

A 2005. évi XCV. Törvény rendelkezik az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről.

A törvény bevezető része fogalom meghatározásokat tartalmaz (lásd 12.1. fejezet). A következő paragrafusok előírják a gyógyszerfejlesztés szabályait (klinikai vizsgálat, gyógyszergyártás, gyógyszer engedélyezés, forgalomba hozatal). A törvény szabályozza a gyógyszer-nagykereskedelem, gyógyszer ellátás szabályait, külön kitérve a kábítószerként illetve pszichotróp anyagként minősített gyógyszerekre. A törvény a gyógyszerpiac egyes szereplőinek (gyártó, forgalomba hozó, nagykereskedő, gyógyszertár) felelősségi viszonyait is szabályozza. Megszabja a gyógyszerek ellenőrzési mechanizmusát, előírja a gyógyszerbiztonság érdekében a feladatokat a gyógyszer forgalomba hozatalát követően (farmakovigilancia). A törvény végül rendelkezik a gyógyszerfelírás általános szabályairól.

12.1.2. Gyógyszernek nem minősülő, gyógyhatású termék fogalma

Hazánkban 1987-ben hozták létre azt a kategóriát, amelybe a gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények kerültek. Forgalomba hozataluk feltételeit jogszabály írta elő (10/1987. (VIII. 19.) EüM rendelet).

Ezek a készítmények elsősorban természetes anyagokat tartalmazó készítmények voltak, de sem forgalomba hozataluk, sem gyártásuk nem felelt meg a gyógyszerekkel szemben megfogalmazott követelményeknek, használatuk sem kötött orvosi rendelvényhez. Ugyanakkor ezen készítmények többsége a mindennapi életben gyógyhatásúnak bizonyult (pl. kamillafű).



A Gyógyszertörvény módosítása nyomán ezeket a szereket vagy az előírt módon gyógyszerre kellett nyilvánítani, vagy forgalmazásukat, mint „gyógyhatású készítmények” 2013. április 1-jéig meg kell szüntetni. (32.§ (7)-(9)) Jelenleg 253 termék jogosult ezt az elnevezést viselni. (<http://www.ogyi.hu/dynamic/gyogytermek20120901.xls>)

Ugyanakkor van még egy kategória, amely gyógyszerként viselkedik. Ez az élelmiszeradalékok kategóriája, melyekre Európai Uniósi irányelvek és a 37/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet vonatkozik. Noha előírás szerint olyan készítmény nem forgalmazható étrendkiegészítőként, amely gyógyszeralapanyagot is tartalmaz, illetve a vitamin tartalmú szereknek szigorúbb előírásoknak (napi dózis feltüntetése) kell megfelelnie, a valóságban nap, mint nap találkozni olyan hirdetéssel, amely az étrendkiegészítők egészségügyi hatásaival foglalkozik. A gyógyszer fogalma ugyanakkor kizárja, hogy más – nem gyógyszerként forgalmazott – anyagnak gyógyító hatást tulajdonítsanak. Az étrendkiegészítők nem engedélyköteles termékek, gyártójuknak mindössze bejelentési kötelezettsége van. Az OÉTI honlapján közel 1100 étrendkiegészítő szerepel (<http://www.oeti.hu/download/etrend2012.pdf>)

12.2. Gyógyszerfejlesztés

12.2.1 Fázis I-II-III-IV vizsgálatok

A gyógyszerek kifejlesztéséhez az út a preklinikai és klinikai vizsgálatokon át vezet.

Klinikai vizsgálat bármely, olyan emberen végzett orvostudományi kutatásnak minősülő vizsgálati helyen végzett vizsgálat, amelynek célja a vizsgálati készítmény

- hatásainak feltárása,
- nemkívánatos gyógyszerhatás azonosítása,
- felszívódásának, eloszlásának, metabolizmusának és kiválasztódásának tanulmányozása.

A jogszabály meghatározza azt, hogy mely esetekben és milyen feltételekkel lehet klinikai vizsgálatot végezni. A klinikai vizsgálat tervét előzetesen engedélyeztetni kell.

Az engedély feltételei:

- Csak a jogszabályban előírt feltételekkel rendelkező vizsgálóhelyen lehet vizsgálatot végezni (személyi és tárgyi feltételek). Az egyes fázisokhoz (l. alább) más-más személyi és tárgyi feltételek tartoznak.
- Előre meghatározott feltételek (a vizsgálat célja, elsődleges és másodlagos vizsgálati célpontok), módszerek (a vizsgált szer leírása, előző vizsgálatok eredményeinek ismertetése, a vizsgált szer adagolásának módja, mennyisége), időtartam, létszám (a vizsgálatba vontak és a vizsgálatból kizártak jellemzői), statisztikai módszerek leírása.
- A vizsgálat során minden adat dokumentálandó.
- Rendszeres külső ellenőrzés.

A klinikai vizsgálatok több fázisból állnak:

- Preklinikai vizsgálatok: állatkísérletek, ahol egy adott betegség állatmodelljében a szer hatásosságát, toxicitását, teratogén (magzatkárosító) hatását, a szer szervezeten belüli metabolizációjának útjait tisztázzák.



- Fázis I. vizsgálatot egészséges embereken végeznek, annak tisztázására, hogy a beadott szer hogyan viselkedik a szervezetben (felszívódás, maximális plazmakoncentráció, kiürülés útjai és időtartama, a szervezeten belüli átalakulások, a metabolitok sorsa).
- Fázis II. vizsgálatot annak megállapítására végeznek, hogy a már ismert hatású (preklinikai vizsgálat) és metabolizmusú szer (fázis I. vizsgálat) kevés számú beteg emberben is hatásos-e, s milyen dózisban (dózikeresés).
- Fázis III.a. vizsgálatban, az előző vizsgálatok biztató eredményei alapján már nagyszámú betegen vizsgálják a készítményt, több vizsgálóhelyen (multicentrikus), ha etikai szempontból lehetséges, akkor hatástalan készítménnyel (placebo) szemben.
- Fázis III.b. vizsgálat típus ugyanazon célból és módon történik, mint a fázis III.a. vizsgálat, de itt nem hatástalan szerrel (placebo), hanem eddig alkalmazott, bevált készítménnyel szemben vizsgálják hatásosságát, mellékhatásait. Elterjedésének oka, hogy a legtöbb betegségben már alkalmazunk hatásos terápiát, tehát a vizsgálatba vont betegek egy részét (kontrol csoport) etikai okokból nem lehet kitenni annak, hogy a vizsgálat idején nem kapjon hatásos kezelést.
- Fázis IV. vizsgálatot már engedélyezett készítményekkel végeznek, nagyszámú betegen a biztonságosság felmérésére illetve, ha a készítményt az engedélyezett betegséghez képest új indikációban is alkalmazni kívánják.

12.2.2. A gyógyszerfejlesztés irányai (kémia, biológiai)

Ahhoz, hogy egy kémiai anyagot gyógyszerként használhassunk hosszú kísérleti és engedélyezési eljárás on kell keresztül mennie, melynek bármely fázisában kedvezőtlen eredmény esetén a szerből nem lesz gyógyszer, azaz a befektetett szellemi és anyagi energia hiábavaló volt. Az engedélyezés szigorúsága miatt egy-egy ténylegesen forgalomba kerülő gyógyszer költsége több tízmillió dollárt is meghaladja.

A gyógyszerek fejlesztése szinte egyidős az emberiséggel. Kezdetben a természetben található anyagokat használták fel (növényi, állati eredetű anyagok), majd a modern kémia XIX. századi kialakulásakor sikerült azokat az anyagokat azonosítani, amelyek a növényi, állati termékekben a terápiás hatásért felelősek. Az első ilyen anyag a máig is használt acetilszalicilsav (aszpirin) volt, melyet a Bayer gyár kémikusai 1897-ben azonosítottak a fűzfakéregből és állítottak elő immáron tisztán kémiai úton.

Az orvostudomány, azon belül az alaptudományok fejlődése lehetővé tette, hogy ne csak váratlan felfedezés tegyen egy kémiai anyagot gyógyszerre, hanem az élettani folyamatok megismerése révén célzottan fejlesszenek ki úgy gyógyszert, hogy az a kívánt helyen hatva érje el az előre megtervezett hatást. (Célzott gyógyszerfejlesztés) A forgalomban levő gyógyszerek többsége ilyen fejlesztési alapokon került forgalomba.

Az újabb gyógyszerfejlesztések már azon alapulnak, hogy a szervezetben a kóros folyamatokat előidéző fehérjék ellen (pl. gyulladás, daganatos burjánzás) géntechnológiai úton kifejlesztett fehérjetermészetű anyagokat alkalmaznak (biológiai terápiák). Ezek



kifejlesztése és gyártása, a hagyományos kémiai szerkezetű gyógyszerekhez képest jelentős többletköltséggel jár.

12.3. Gyógyszergyártók

A gyógyszergyártás olyan engedélyhez kötött termelőtevékenység, ahol ellenőrzött ipari körülmények között gyógyszert állítanak elő.

A gyógyszer forgalomba hozatalához forgalomba hozatali engedély szükséges, ezt hatóság adja ki, mint „a gyógyszer embergyógyászati célra történő alkalmazhatóságát engedélyező hatósági határozat”-ot.

Tartalma:

- a) engedélyszám, jogosultja és a gyártója,
- b) alkalmazási előírás,
- c) címkeszöveg,
- d) betegtájékoztató,
- e) a szer osztályozása,
- f) lejárati ideje és tárolásának körülményei.

Magyarországon, mint az Európai Unió egyik tagjában négyféle módon kerülhet forgalomba egy gyógyszer:

- kölcsönös elismerési eljárás (Mutual Recognition Procedure/MRP): ha az adott szer egy másik EU-s országban már rendelkezik forgalomba hozatali engedéllyel. Ilyenkor az OGYI automatikusan engedélyezi a szer magyarországi forgalmazását is.
- decentralizált eljárás (Decentralised Procedure/DCP): ha a szer még egyetlen EU-s országban sem rendelkezik forgalomba hozatali engedéllyel. A kiállító hatóság az OGYI.
- nemzeti eljárás: amikor az engedélyezés, melyet az OGYI végez, csak Magyarországra érvényes.
- centralizált eljárás: melyet az Európai Unió gyógyszerhatósága az EMEA-CHMP végez, s az engedélyt az Európai Bizottság adja ki.

12.3.1. A világ gyógyszergyártói

A világ 500 legnagyobb vállalata közül 10 gyógyszergyártó vállalat. A világ tíz legnagyobb gyógyszergyártó vállalatának átlagos profitrátája 13,5 %.(12.1.ábra)

12.1 ábra A világ 10 legnagyobb gyógyszergyára (zárójelben éves bevételük millió USD-ban)

- | |
|------------------------------------|
| 1. Novartis, Svájc, (53,324 m USD) |
| 2. Pfizer, USA, (48,371 m USD) |



3. Bayer, Németország (44,200 m USD)
4. GlaxoSmithKline, UK, (42,813 m USD)
5. Johnson & Johnson, USA, (37,020 m USD)
6. Sanofi-Aventis, Franciaország, (35,645 m USD)
7. Hoffmann–La Roche, Svájc, (33,547 m USD)
8. AstraZeneca, UK/Svédország, (26,475 m USD)
9. Merck, USA, (22,636 m USD)
10. Abbott Laboratories, USA, (22,476 m USD)

12.3.2 Hazai gyógyszergyártók

Magyarországon hagyományosan fejlett és az ipar egyik kiemelkedő zászlóshajója a gyógyszergyártás. A hazai gyógyszergyárak a rendszerváltás során részvénytársasággá alakultak, így tulajdonosai nem csak magyar részvényesek. A Richter Gedeon NyRt-ben a magyar állam közel 25 %-nyi részvénytartást tart tulajdonában.

Magyarországon az GYEMSZI-OGYI engedélyezési listáján 94 gyógyszergyártó szerepel (12.2.ábra).

12.2.ábra Magyarországon gyártási engedéllyel rendelkező gyógyszergyárak (GYEMSZI-OGYI, 2012.)

Abacus Medicine Hungary Kft.
Alkaloida Vegyészeti Gyár Zrt.
ATRC Aurigon Toxi-coop Kutatóközpont Kft.
B.Braun Avitum Hungary Egészségügyi Szolgáltató Zrt 1.-18. sz. Dialízisközpont
Béres Gyógyszergyár Zrt.
BIOEXTRA Zrt.
BIOPHARMA Első Magyar Biotechnológiai Kft.
BUS-OXY Egészségügyi Gázforgalmazó Kft.
Cardichem Ipari és Kereskedelmi Kft.
CEMELOG BRS Közép-Európai Gyógyszer Gyártási és Logisztikai Szolgáltató Kft.
CF Pharma Gyógyszergyártó Kft.
CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Zrt.
CYCLOLAB Cyklodextrin Kutató és Fejlesztő Kft.
Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum (DE OEC) Általános Orvostudományi Kar Nukleáris Medicina Intézet Radiokémiai Központ
Denti System Fogorvosi Implantológiai Kft.



EGIS Gyógyszergyár Nyrt.
Extractum-Pharma Gyógyszergyártó, Forgalmazó és Szaktanácsadó zRt.
FerroPharma Vegyipari Termékelőállító Kft.
FumoPrep Kutató, Gyártó és Elemző Kft.
Genetic Immunity Kutatási, Fejlesztési és Szolgáltató Kft.
GlaxoSmithKline Biologicals Gyógyszergyártó és Forgalmazó Kft.
Goodwill Pharma Orvos és Gyógyszertudományi Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.
Gyógynövénykutató Intézet Kft.
Gyógyszeripari Ellenőrző és Fejlesztő Laboratórium Kft.
Herbária Gyógynövényfeldolgozó és Kereskedelmi Zrt.
Human BioPlazma Gyártó és Kereskedelmi Kft
Hungaro-Gal Gyógyszergyártó és Szolgáltató Kft.
HUNGAROPHARMA Gyógyszerkereskedelmi Zrt.
Izotóp Intézet Kft.
Kapospharma Gyógyszergyártó, Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.
K & B Medi Galen Kft.
Kevacons Mérnöki és Tanácsadó Kft. (2012.02.06-ig: TechnoPhyt Labor Bt)
Környezettechnológia Kft.
LINDE GÁZ Magyarország Zrt.
Magyar Tejgazdasági Kísérleti Intézet Kft. Kutató-Fejlesztő és Szolgáltató Laboratóriuma (MTKI Kft.)
Medi-Radiopharma Egészségügyi Szervező, Tanácsadó, Szolgáltató és Kereskedelmi Kft.
Meditop Gyógyszeripari Kft.
Messer Hungarogáz Ipari Gáz Gyártó és Forgalmazó Kft.
Messer Mol Gáz Kft.
Molar Chemicals Kft.
Mylan Hungary Kft.
Naturland Magyarország Kft.
Novartis Hungária Egészségügyi Kft.
OMNINVEST Oltóanyagtermelő és Kutatásfejlesztő Kereskedelmi Kft.



Oriental Herbs Kereskedelmi és Szolgáltató Kft
Országos Környezetegészségügyi Intézet
Országos Vérellátó Szolgálat
Pannonpharma Gyógyszergyártó Kft.
Parma Produkt Gyógyszergyártó Kft.
PERNIX PHARMA Gyógyszergyártó Kft.
Pharmamagist Gyógyszeripari, Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.
Pharma Pack Hungary Gyógyszergyártó Kft. (2012.01.25-ig: Tjoa Pack Hungary Gyógyszergyártó Kft.)
PHARMA-TAN Kereskedelmi és Logisztikai Szolgáltató, Tanácsadó Kft.
PHARMAVALID Gyógyszeripari, Méréstechnikai és Szolgáltató Kft. Mikrobiológiai Laboratóriuma
PHOENIX MAGI Kiszerező Kft.
PHOENIX PHARMA Gyógyszerkereskedelmi Zrt.
PLAZMAFEREZIS Állomás Egészségügyi Szolgáltató Közhasznú Nonprofit Kft.
Plazmaszolgálat Kft.
Pozitron-Diagnosztika Egészségügyi Szolgáltató Kft.
PRODUKEM Fejlesztő és Termelő Kft.
Reanal Finomvegyészgyár ZRt.
RICHTER GEDEON Vegyészeti Gyár Nyrt.
Roche (Magyarország) Gyógyszer-, és Vegyianyagkereskedelmi Kft.
Sanofi-Aventis Magyarország Kereskedelmi és Szolgáltató Zrt.
SIAD HUNGARY Kft.
Silvestris & Szilas Gyógynövényfeldolgozó Kft.
Spectromass Analitikai Laboratórium Kft.
STL Sejtterápia Laboratórium Kft.
TEVA Gyógyszergyár Zrt.
TEVA Magyarország Gyógyszerforgalmazó Zrt.
TRIGON Biotechnológiai Rt.
UBICHEM Kutató Kft.
Vakcina Szolgáltató és Kereskedelmi Kft.
WAGNER-PHARMA Gyógyszer Fejlesztő Gyártó és Forgalmazó Kft.
Wessling Hungary Környezetvédelmi, Élelmiszerbiztonsági, Egészségvédelmi és



Minőségügyi Szolgáltató Kft.
Xellia Gyógyszervegyészeti Kft. (Axellia Kft.)

12.4 Gyógyszer nagykereskedők

12.4.1. Nagykereskedelem fogalma

Mindazon tevékenységek összessége, melyek során olyanoknak adnak el termékeket, vagy szolgáltatásokat, akik ezt továbbértékesítésre vásárolják meg. A gyártók a hatékonyabb ellátás érdekében alkalmazzák ezt a rendszert. Ezáltal a gyártótól a raktározás, szállítás és elosztás terhei egy más szervezethez kerülnek. Ugyanígy a pénzügyi kockázatok is megoszlanak a gyártó és a nagykereskedő közt.

A gyógyszer-nagykereskedelem a beszerzett gyógyszerek viszonteladónak történő értékesítése, ideértve a gyógyszerek raktározásával, szállításával, EGT-megállapodásban részes államon kívülről történő behozatalával, illetve nem e térség országaiba irányuló kivitelével kapcsolatos valamennyi tevékenység. Ez egy engedélyköteles tevékenység, melyet a gyógyszerészeti hatóság ad ki.

12.4.2 Gyógyszer nagykereskedők

A fenti nagykereskedelmi tevékenységekre jellemző tulajdonságok mellett a gyógyszer nagykereskedelem specifikuma, hogy tevékenységük része a gyógyszerészeti minőségbiztosításnak. Azaz a szállítás, tárolás olyan dokumentált körülmények között történjen, hogy a gyógyszer minősége ne változzon meg. A gyártó mellett a gyógyszer nagykereskedő is felelősséget visel a gyógyszerellátás biztonságáért és folyamatosságáért.

Magyarországon 132 szervezet rendelkezik OGYI engedéllyel gyógyszer nagykereskedelem folytatására.

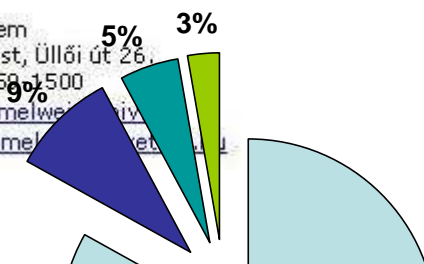
12.5 Gyógyszer kiskereskedelem

A lakossági gyógyszerellátás a közforgalmú, fiók- és kézi gyógyszerár, valamint a zárt forgalmú intézeti gyógyszerár által végzett egészségügyi szakellátó tevékenység, amely során az egészségügyi szolgáltató a gyógyszert és az alkalmazásával összefüggő szakmai információt a betegek részére közvetlenül biztosítja (12.3.ábra).

2010-ben a gyógyszerárakban 5821 gyógyszerész, 8162 gyógyszerári asszisztens és 3960 más képzettségű dolgozó végezte a munkát.

12.3.ábra A gyógyszer kiskereskedelem a gyógyszerárak típusa szerint (KSH 2010.)

Semmelweis Egyetem
Cím: 1085. Budapest, Üllői út 26.
Telefon: +36 (1) 458-1500
E-mail: hirek@semmelweis.hu
Honlap: <http://semmelweis.hu>



A projektek az Európai Unió támogatásával valósulnak meg.

□ Közforgalmi

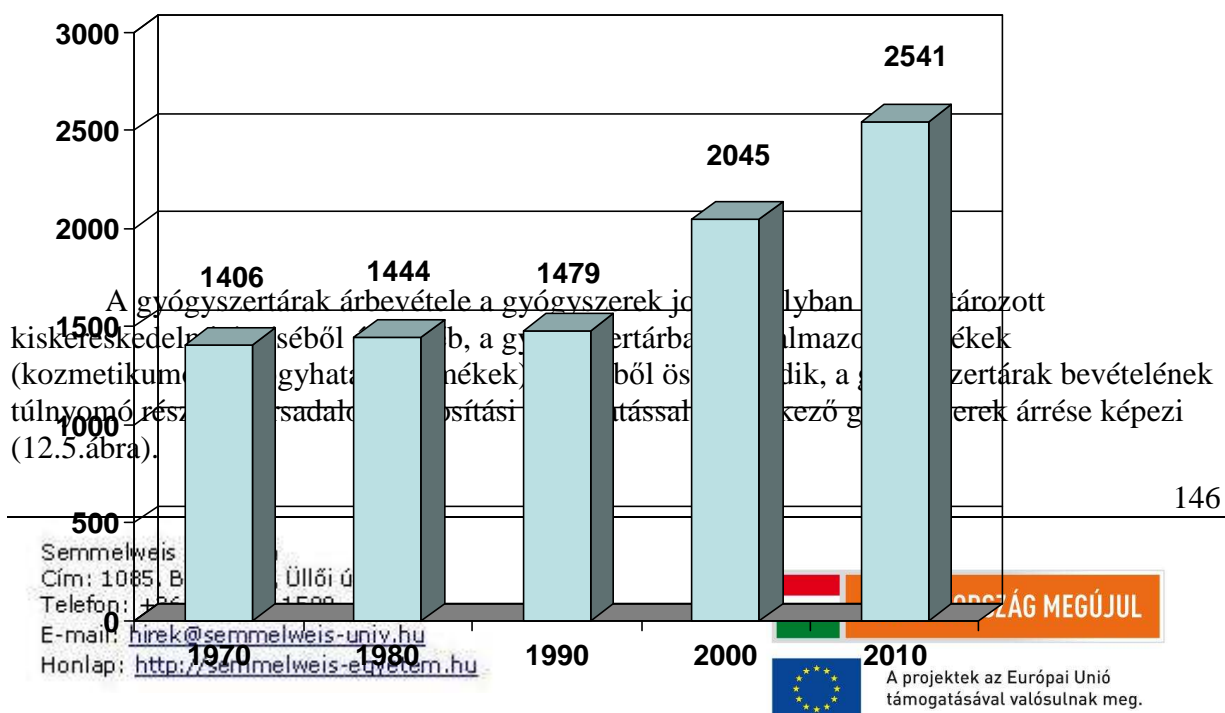
■ Kézi



12.5.1. Gyógyszertárak

Magyarországon a gyógyszertárak magántulajdonban vannak. A gyógyszertárakra vonatkozó törvény előírja, hogy gyógyszertárat csak gyógyszerész vezethet. A gyógyszertárak száma a magánosítás és az átmeneti liberalizáció hatására az elmúlt évtizedekben jelentősen megnőtt, de ez a gazdaságos működtetés rovására ment. Éppen ezért a patika létesítése nem csak engedélyhez, hanem bizonyos feltételekhez is kötött, hogy a már meglévő gyógyszertárak működése ne kerüljön az új patika belépésével veszélybe (12.4. ábra).

12.4.ábra A közforgalmú gyógyszertárak számának alakulása (KSH-2010.)





12.5.ábra A gyógyszerek hatóságilag előírt árrése

Nagykereskedelmi ár (Ft)	Árrés (Ft)	Fogyasztói ár (Ft)
0-500	26 %	0- 630 Ft
501-590	130 Ft	631-720 Ft
591-1500	22 %	721-1830 Ft
1501-1737	330 Ft	1831-2067 Ft
1738-3500	19 %	2068-4165 Ft
3501-3911	665 Ft	4166-4576 Ft
3912-5000	17 %	4566-5850 Ft
5001-	850 Ft	5851 - Ft

12.5.2. Kórházi (zárt forgalmú) patikák

Jogszabályi előírás, hogy a fekvőbeteg intézményeknek saját gyógyszerellátást kell biztosítaniuk. Az intézeti gyógyszertár elsősorban a kórház osztályain fekvő betegek ellátását biztosítja. Ugyanakkor lakossági igény indokolta, hogy lehetővé tegyék a kórházból távozó betegeknek, a kórház ambulanciáján ellátott betegeknek, hogy az ott felírt gyógyszereket a kórház gyógyszertárában válthassák ki. Ezek a gyógyszertárak az ún. zártforgalmú intézeti gyógyszertárak, melyek 76 kórházban működnek.

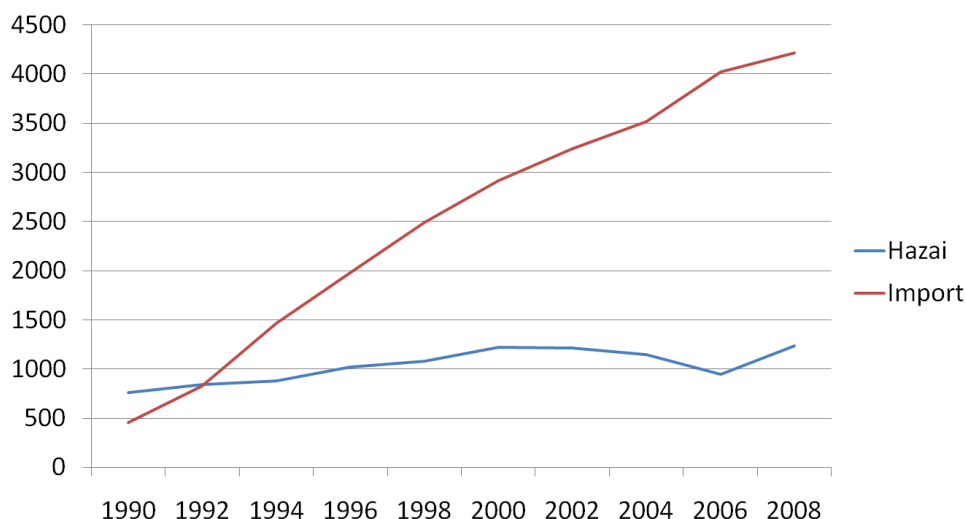
12.5.3. Kézi gyógyszertár

251 kézi gyógyszertár működik a házi orvosok kezelésében, azokon a területeken, ahol a betegek számára a legközelebbi gyógyszertár – különösen ügyeleti időben – nehezen érhető el. A kézi gyógyszertár kezelője egy gyógyszertárral kötött szerződés alapján végzi a gyógyszerészeti feladatot. A gyógyszerek nagykereskedőtől történő beszerzése a gyógyszertár feladata.



12.6. Magyarország gyógyszerforgalmi jellemzői

12.6.ábra Magyarországon forgalomba hozott gyógyszerek származási helyük szerint (ISM adatok)



A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatása a gyógyszerek árának 73 %-át fedették 2010-ben, a hiányzó 27 %-ot, valamint a nem támogatott gyógyszerek teljes árát a lakosság fedezte. A társadalombiztosítási támogatás összege 2010-ben 382 millió Ft volt. 2009-ben ugyanezen összeg 334 millió Ft-ot tett ki, s ehhez a lakosság még 115 millió Ft térítési díjat fizetett.



13. A magyar egészségügyi rendszer felépítése X. (gyógyászati segédeszköz ellátás)

13.1. A segédeszközök fogalma

A 2006. évi XCVIII. törvény 3. § 6) pontjának megfogalmazásában gyógyászati segédeszköz az átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékkal élő ember személyes használatába adott orvostechnikai eszköz (beleértve az önellenőrzési célt szolgáló in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszközt is), vagy orvostechnikai eszköznek nem minősülő ápolási technikai eszköz, amely használata során nem igényli egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy folyamatos jelenlétét.

Személyes használatnak minősül az eszköz természetes vagy mesterséges testfelszíni nyílással rendelkező testüregben, vagy testen történő viselése, alkalmazása, ide értve az önellenőrzési célt szolgáló in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszközök emberi szervezetből származó mintán történő alkalmazását is, valamint a test megtámasztására, mozgatására szolgáló eszköz igénybevétele diagnosztikus, terápiás, rehabilitációs, vagy ápolási céllal.

13.1.1. Egyes segédeszköz csoportok

MSZ EN ISO 9999 szabvány osztályozza a segédeszközöket használati irányultságuk alapján (13.1.ábra).

13.1.ábra A Magyarországon a társadalombiztosítás által finanszírozott orvosi segédeszközök 2 elemű ISO kód csoportjai (2012.okt.1. OEP tájékoztató)

02	KÖTSZEREK
04	SZEMÉLYES GYÓGYKEZELŐ SEGÉDESZKÖZÖK
06	ORTÉZISEK ÉS PROTÉZISEK
09	SZEMÉLYI GONDOSKODÁS ÉS VÉDELEM SEGÉDESZKÖZEI
12	SZEMÉLYES MOZGÁS SEGÉDESZKÖZEI
15	HÁZTARTÁSI SEGÉDESZKÖZÖK
18	BÚTORZAT ÉS LAKÁS- VAGY EGYÉB HELYISÉG- ÁTALAKÍTÁSOK
21	SEGÉDESZKÖZÖK KOMMUNIKÁCIÓHOZ, TÁJÉKOZTATÁSHOZ ÉS JELADÁSHOZ

A segédeszközök csoportosíthatók aszerint, hogy egyedi méretvétel szerint vagy méretsorozatos termékként kerülnek forgalomba.

Egyedi méretvétel alapján készített gyógyászati segédeszköz: meghatározott személy gyógykezelése során arra jogosult személy által a gyógykezelés igényeinek megfelelően rendelt, a beteg kizárólagos, egyedi használatára szolgáló, különleges tervezési jellemzőkkel készült eszköz.



A segédeszközöket számos gyártó készíti, így ugyanazon terméket többen is előállítanak, különböző neveken. Ebben az esetben fontos, hogy az eszközök egymással helyettesíthetőek-e. Funkcionálisan egyenértékű gyógyászati segédeszköz: az a gyógyászati segédeszköz, amelyiknek a használati értéke megegyezik valamely már támogatott eszköz használati értékével, sem funkcióban, sem kihordási időben nem nyújt sem kevesebb, sem több szolgáltatást a beteg számára.

13.1.2. Segédeszköz rendelés

Gyógyászati segédeszközt a szakképesítés szerint illetékes orvos rendelhet (pl. hallókészüléket fül-orr-gégész, szemüveget: szemész, stb.).

A rendelő orvosnak fel kell hívni a beteg figyelmét a gyógyászati segédeszköz kihordási idejére. A kihordási idő az az időtartam, amelyre meghatározott mennyiségű gyógyászati segédeszköz támogatással rendelhető.

Gyógyászati segédeszköz esetében a vényen nem lehet pontosan előírni, hogy hogyan kell azt használni, mint gyógyszerek esetében az adagolást. Éppen ezért jogszabályi kötelessége a segédeszközt felíró orvosnak, hogy az eszköz betanításáról és rendeltetészerű használatának ellenőrzéséről gondoskodjon.

Gyógyászati segédeszközt alapesetben a szabványos orvosi vényen kell rendelni. Kivétel a szemüveg, amelyet speciális vényen kell rendelni, illetve a fogtechnikai eszközök, amelyeknél munkalap kitöltése kötelező.

Egy vényen csak egyféle – az adott funkcionális csoportba tartozó – gyógyászati segédeszköz és annak tartozékai rendelhetők. A vényen az orvosnak fel kell tüntetnie:

- a) a betegre vonatkozó személyes és egészségügyi adatokat;
- b) a rendelés időpontját, a társadalombiztosítási támogatás jogcímét, a rendelt eszköznek az OEP közlemény alapján történő megnevezését és darabszámát;
- c) az egészségügyi szolgáltató 9 jegyű szolgáltatói azonosítóját;
- d) az orvos nevét, munkahelyének (rendelőjének) címét, telefonszámát;
- e.) az orvos saját kezű aláírását és orvosi bélyegzőjének azonosítható lenyomatát.

Bizonyos meghatározott eszközcsoportokba tartozó gyógyászati segédeszközöket az orvos az eszköz megnevezése helyett a 10 jegyű ISO kódhoz tartozó eszközcsoport megnevezésével is rendelhet (lásd 13.3.ábra).

13.. Segédeszköz gyártók, forgalmazók

Gyógyászati segédeszköz forgalomba hozója: a Magyarországon gyártott gyógyászati segédeszköz esetén az eszköz gyártója, Magyarországon kívül gyártott gyógyászati segédeszköz esetén az eszköz Magyarországra történő behozatalát végző, az eszköz gyártója által meghatalmazott egyéni vállalkozó vagy gazdasági társaság. Azaz Magyarországon a törvény erejénél fogva nincs gyógyászati segédeszköz nagykereskedés, ellentétben a gyógyszerekkel. A gyógyszertárak a gyógyászati segédeszközök egy bizonyos körét forgalmazhatják. Hazai gyártók esetében a megfelelő szakképzettség megléte a gyártás



előfeltétele. A részben gyógyászati segédeszközöket is forgalmazó orvostechnikai vállalatok önkéntes szövetségének (Orvostechnikai Szövetség) 57 tagvállalata van.

Az egészségügyi államigazgatási szerv az engedéllyel rendelkezőkről nyilvántartást vezet.

A gyógyászati segédeszközöket a gyógyászati segédeszköz-szaküzletben hozzák forgalomba, a felírt vényt itt válthatják be a betegek (kivéve a fogászati segédeszközöket). A nem kötelező tagsággal működő forgalmazók szövetségének (Forgalmazók az Egészségért Szövetség:FESZ) 330 tagja van országsszerte, ennél azonban több a forgalmazó helyek száma.

Gyógyászati segédeszközt a forgalmazó csak erre vonatkozó engedély alapján végezhet. Az engedély feltétele az üzletre vonatkozó szakmai előírások és a forgalmazást végzők képzettségi szintjének előírásainak teljesítése. A gyógyászati segédeszköz-forgalmazó szakképzettség az OKJ képzés keretében, érettségizetteknek, munka mellett 360 óra elméleti oktatás után szerezhető meg.

A gyógyászati segédeszköz ismertetése a gyógyászati segédeszközök hatására, illetve alkalmazására vonatkozó kereskedelmi gyakorlat, amely kizárólag a gyógyászati segédeszközök rendelésére, használatának betanítására és forgalmazására jogosult egészségügyi szakképesítéssel rendelkezőknek szól. Az ismertetési tevékenységet folytatókról és az ismertető személyekről a gyógyszerészeti államigazgatási szerv bejelentés alapján nyilvántartást vezet.

A társadalombiztosítási támogatással rendelhető segédeszközök reklámozása a laikusok felé tilos. (2006. évi XCVIII. törvény)

A nem támogatott termékek reklámja szigorú korlátok közt megengedett. A támogatással nem rendelkező gyógyászati segédeszközök reklámozása akkor megengedett, ha a reklám:

- egyértelműen meghatározza, hogy a reklámozott gyógyászati segédeszköz,
- tartalmazza a gyógyászati segédeszköz nevét,
- a gyógyászati segédeszköz rendeltetészerű használatára ösztönöz,
- a gyógyászati segédeszközt a használati útmutató alapján mutatja be,
- tartalmazza a gyógyászati segédeszköz rendeltetészerű alkalmazásához szükséges, külön jogszabályban meghatározottak szerinti tájékoztatást, figyelmeztető szöveget,
- egyértelmű felhívást tartalmaz a gyógyászati segédeszköz esetén a használati útmutató megismerésének szükségességére.

Ugyanakkor a reklám nem tartalmazhat olyan utalást vagy kifejezést, amely

- az orvosi vizsgálat, kezelés vagy műtéti beavatkozás szükségtelenségére vagy mellőzhetőségére hivatkozik, vagy annak képzetét kelti,
- kórtörténet leírásával vagy részletes ismertetésével téves öndiagnózist eredményezhet,
- betegség vagy sérülés hatására bekövetkező változást vagy állapotot, illetve a gyógyászati segédeszköz által az emberi szervezetre vagy annak valamely részére gyakorolt hatást félelemérzetet keltve, vagy a valóságtól eltérő módon mutat be,



- g) tudósok, egészségügyi szakemberek vagy ismert személyiségek ajánlását tartalmazza,
h) annak képzetét kelti, hogy a gyógyászati segédeszköz alkalmazása nélkül az ember egészsége károsul.

A gyógyászati segédeszközök egy bizonyos körét kölcsönözni is lehet (testtávoli eszközök), ennek formáját és körét jogszabály határozza meg.

13.3. Segédeszköz ellátás finanszírozása

A gyógyászati segédeszközök nem a teljes köre tartozik a természetbeni társadalombiztosítási ellátások körébe (kivételesen elsősorban a fogászati segédeszközök).

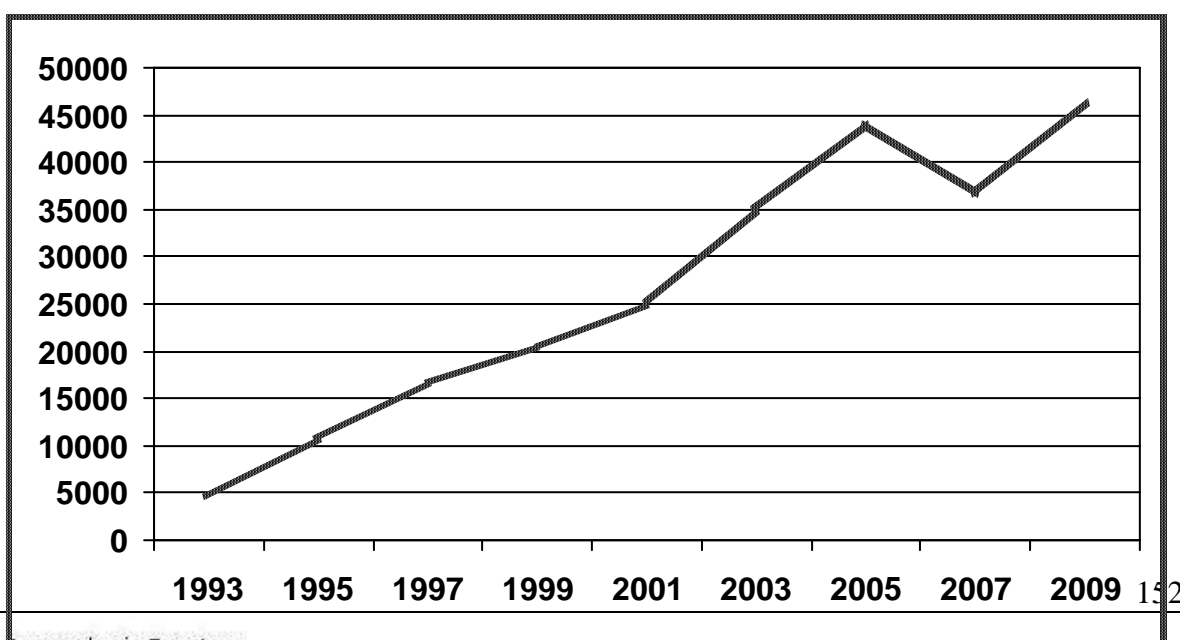
13.3.1. OEP finanszírozás

Társadalombiztosítási támogatást az a segédeszköz kaphat, amelyet a szakmai előírások teljesítése esetén a támogatott listára felvesznek. Ennek feltétele, hogy a termék minőségbiztosítása megfelelő legyen, ára a hasonló termékek körébe lényegesen ne haladja meg, a gyártó a támogatással történő forgalmazásra, készletben tartásra kötelezettséget vállaljon (általában 3 évre).

A 2006. évi XCVIII. törvény írja elő, hogy mely feltételek esetén köthet az egészségbiztosító szerződést gyógyászati segédeszköz gyártóval, illetve forgalmazóval.

A támogatott gyógyászati segédeszközök egy kijelölt köre a közgyógyellátás terhére is rendelhető. A támogatások összegét idősorban mutatjuk be (13.2. ábra).

13.2.ábra A társadalombiztosítás gyógyászati segédeszköz ellátásra teljesült előírányzatai 1993-2009. (GYEMSZI-ESKI)





Azaz 2009-ben 46,3 milliárd Ft társadalombiztosítási támogatást kaptak a gyógyászati segédeszközt kiváltók, összehasonlításként ugyanabban az évben gyógyszer-támogatás címén 343,1 Milliárd Ft kifizetése történt meg.

A gyógyászati segédeszközökhöz nyújtott társadalombiztosítási támogatása a nettó árhoz mérten lehet 50 %, 70 %, 80 % és 98 %. A támogatott termékek egy meghatározott köre rendelhető közgyógyellátás keretében is. Az azonos funkcionális osztályba tartozó eszközöknél a támogatás mértékét a legalacsonyabb ár szabja meg, ennek százalékában fix összeget állapít meg a biztosító, amely az ugyanezen osztályba tartozó, de drágább termék esetén is ugyanakkor összeg marad – ez a fixesítés (13.3. ábra).

13.3.ábra Példa a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási finanszírozására (OEP tájékoztató 2011. november 1.)

ISO-kód	Eszköz megnevezése	ME kód	Közfinanszírozás alapját képező nettó ár (Ft/ME)	Támogatás mértéke	Támogatás nettó összege (Ft/ME)	Kihordási idő (hónap)	Felírható ME	Közgyógyellátás
04 27	INGERLŐK							
04 27 09	Nem ortézisként használt izomingerlők Indikáció: Végtagok pareticus, bénult izmainak rehabilitációja céljára, valamint inkontinencia esetén. Szakképesítési követelmény: ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, reumatológia, neurológia, gyermekneurológia, sebészet, gyermeksebészet, idegsebészet, urológia, szülészet-nőgyógyászat, gyermeknőgyógyászat, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, orvosi rehabilitáció (mozgásszervi), nefrológia.							
04 27 09 03	Nem ortézisként használt izomingerlők							
04 27 09 03 03	Elemmel működő, nem ortézisként használt izomingerlők							
04 27 09 03 03 001	AT1 Tens	1	8 610	50%	4 305	72	1	K
04 27 09 03 03 002	TENS-M ME 2003	1	19 900	FIX	4 305	72	1	
04 27 09 03 06	Hálózatról működő, nem ortézisként használt izomingerlők							
04 27 09 03 06 001	Corposano KS-1/A	1	37 450	80%	29 960	120	1	K

153



04 27 09 03 06 002	Nervostim KLM 200B	1	52 000	FIX	29 960	120	1	
04 27 09 03 06 003	Ministim	1	37 450	80%	29 960	120	1	K
04 27 09 03 06 004	Tensel ME 2001	1	37 450	80%	29 960	120	1	K
04 27 09 03 06 005	Corposano KS-1/A2	1	37 450	80%	29 960	120	1	K
04 27 09 03 06 006	Tensel ME 2006	1	37 450	80%	29 960	120	1	K

13.3.2. Co-payment

A gyógyászati segédeszközök nem kapnak teljes mértékben (100%) társadalombiztosítási támogatást, a nettó összeg és az ÁFA kifizetése a vény kiváltóját terheli. Ez összességében becslések szerint a kiváltott vényösszeg (46 milliárd) 35-40 %-ának felel meg.

13.3.3. Teljes áron finanszírozott termékek

A társadalombiztosítás bizonyos termékekhez egyáltalán nem nyújt támogatást. Ezek egy részénél a terápiás hatás és egyéb szempontok nehezen választhatók el (pl. cipők), más részüknél az ár eleve olyan alacsony, hogy a finanszírozás adminisztratív költségei miatt nem éri meg a támogatási körbe bevonni (pl. nyaki ortézis). Egyes fogászati ellátások magas áruk miatt nem kerültek be a támogatásba (fog implantátumok, arany korona, stb.). Ugyanakkor a fogyatékos emberek hétköznapi életét megkönnyítő eszközök – a társadalombiztosítás rendelkezésére álló összegek véges volta miatt – nem kerülhettek még be a támogatotti körbe (pl. csípőmozgásában korlátozott személynél a harisnya felvételét segítő eszköz, stb.).



14. A magyar egészségügyi rendszer felépítése XI.(katasztrófa medicina, honvéd egészségügy, katasztrófa ellátás)

14.1. Honvéd egészségügy

Alaptörvényünk kimondja, hogy minden magyar állampolgár köteles a haza védelmére (XXXI. cikk (1)), s azt is, hogy a Magyar Honvédség közreműködik a katasztrófák megelőzésében, következményeik elhárításában és felszámolásában. (45. cikk (3)). A magyar Honvédség szervezetét, feladatait és működését sarkalatos törvények szabályozzák.(45. cikk (5))

A fegyveres erők sajátosságaikból adódóan (külföldi missziók, szigorúan hierarchikus berendezkedés) önálló egészségügyi szolgálat szervezése indokolt. Háborúban, műveleti területen a katonát a békeidőszaki honi normatívájához a lehető legközelebb álló szintű és terjedelmű egészségügyi ellátás illeti meg. (MC 326/3.)

14.1.1. Feladata

Az egészségügyi biztosítás feladata háborús helyzetben, amely egyébként katasztrófa helyzetekben is alkalmazható, hogy hozzájáruljon a haderő általános védelméhez a betegségek megelőzése, a betegek és sérültek gyors, szakszerű kezelése és kiürítése, továbbá a lehető legtöbb egyénnek a szolgálatba történő visszairányítása révén (14.1.ábra). Ezen túlmenően a katona egészségügy feladata a prevenció, a járványügyi munka és a klinikai tevékenység.

14.1.ábra A katona egészségügy feladatai, helyszínek szerint.(Dr. Schandl László anyaga nyomán, 2012.)

ROLE-1	ROLE-2	ROLE-3	ROLE-4
<i>Sérülés helye</i>		<i>Egészségügyi intézmény</i>	<i>Nemzeti intézmények</i>
Életfunkciók fenntartása, stabilizálása.	Osztályozás, életmentő sebészet, kiürítés.	Speciális sebészet, posztoperatív ellátás	Végleges ellátás, rehabilitáció

14.1.2. Szervezeti felépítése

14.1.2.1. Csapatorvosi szint

A Magyar Honvédség egységeinek egészségügyi biztosítását végzik, valamennyi csapattestnél.

14.1.2.2. Járóbeteg szakellátás



Az MH Honvédkórház és a Kecskeméti Repülõorvosi Alkalmasságvizsgáló és Kutatóintézet ambulanciának feladata békeidõben a honvédségi alkalmazottak és családtagjaik, a rendõrség és családtagjaik, a MÁV dolgozók és családtagjaik (igényjogosultak) járóbeteg szakorvosi ellátása. Az MH Honvédkórház a polgári lakosság ellátását is végzi meghatározott területi ellátási kötelezettséggel.

Az MH Honvédkórház járóbetegellátást nyújt baleseti sebészet, belgyógyászat, bőrgyógyászat, diabetológia, EKG-kardiológia, fogászat, foglalkozás-egészségügy, fül-orr-gégészet, gasztroenterológia, gyógytorna, ideggyógyászat, kézsebészet, nõgyógyászat, ortopédia, prekonceptcionális és terhes diabetológia, pszichiátria, reumatológus-fizioterápia, sebészet, szájssebészet, szemészet, tüdőgyógyászat, urológia területén. Itt mûködik az Országos Haemophilia Központ és az Országos Porfíria Központ.

14.1.2.3. Kórházi ellátás

Fekvõbetegellátás a Honvédkórházban történik: belgyógyászat, sebészet, urológia, intenzív ellátás, bőrgyógyászat, fül- orr-gégészet, gasztroenterológia, onkológia, ortopédia, reumatológia, szemészet, szülészet-nõgyógyászat és PIC, baleseti sebészet, idegsebészet, ideggyógyászat, szájssebészet, sürgõsségi, pszichiátria, szív- ér- és mellkasebészet, kardiológia, krónikus utókezelés és rehabilitációs osztályokon.

Az MH Honvédkórház a Honvédelmi Minisztérium közigazgatási államtitkára (közvetlenül a védelemgazdasági helyettes államtitkár) és a honvéd vezérkari fõnök (közvetlenül a Logisztikai Csoporthõnõkség) irányítása alatt áll.

14.1.2.4. Közegészségügy

Az egészségügyi hatósági és haderõvédelmi igazgatóság keretében belül folyik a prevenció és közegészségügyi tevékenység. Korábban ezt a feladatot a MH Dr. Radó György Honvéd Egészségügyi Központ keretében végezték.

14.2. Katasztrófa egészségügy

A katasztrófavédelem nemzeti ügy. A védekezés egységes irányítása állami feladat. Ezt mondja ki a 2011. évi CXXXVIII. törvény:

„Katasztrófa: a veszélyhelyzet kihirdetésére alkalmas, illetve e helyzet kihirdetését el nem érõ mértékû olyan állapot vagy helyzet, amely emberek életét, egészségét, anyagi értékeit, a lakosság alapvetõ ellátását, a természeti környezetet, a természeti értékeket olyan módon vagy mértékben veszélyezteti, károsítja, hogy a kár megelõzése, elhárítása vagy a következmények felszámolása meghaladja az erre rendelt szervezetek elõírt együttmûködési rendben történõ védekezési lehetõségeit, és különleges intézkedések bevezetését, valamint az önkormányzatok és az állami szervek folyamatos és szigorúan összehangolt együttmûködését, illetve nemzetközi segítség igénybevételét igényli.”

14.2.1. Katasztrófa egészségügyi ellátás szervezete



14.2.1.1. Központi kormányzat

A 2011. évi CXXXVIII 5. § szerint a Kormány feladata a katasztrófavédelem megszervezése és irányítása körében:

- „a) meghatározza a Kormány tagjainak és a védekezésben érintett állami szerveknek a katasztrófavédelemmel kapcsolatos feladatait,*
- b) megköti a katasztrófákkal kapcsolatos kölcsönös tájékoztatásra és segítségnyújtásra, valamint a megelőzés területén történő együttműködésre irányuló nemzetközi egyezményeket,*
- c) összehangolja a katasztrófavédelemmel összefüggő oktatási, képzési, tudományos kutatási és műszaki fejlesztési tevékenységet,*
- d) létrehozza az országos katasztrófavédelmi információs rendszert,*
- e) kihirdetésre előkészíti a veszélyhelyzet idején bevezetésre kerülő rendeletek tervezeteit, és megküldi azokat a végrehajtásért felelős személyeknek és szervezeteknek,*
- f) az éves költségvetésben tervezi a hazai és a nemzetközi segítségnyújtásra fordítható előirányzat mértékét,*
- g) gondoskodik a központi költségvetési tervezés keretében a katasztrófavédelem működésének és fejlesztésének pénzügyi feltételeiről,*
- h) meghatározza a nemzeti kockázatelemzési, -értékelési és feltérképezési követelményeket,*
- i) a katasztrófák elleni védekezésért felelős miniszternek a honvédelemért felelős miniszter véleményének kikérését követően kialakított javaslatára meghatározza a polgári védelmi szervezetek összlétszámát,*
- j) a katasztrófák elleni védekezésért felelős miniszter útján irányítja a megyei védelmi bizottságok katasztrófavédelmi feladatainak végrehajtását.”*

A Kormány **megszervezi** a katasztrófák elleni védekezés irányítását és a végrehajtás összehangolását, a tervezés kormány szintű feladatainak végrehajtását, a katasztrófák következményeinek felszámolására való felkészülés, a megelőzés, a végrehajtás és a helyreállítás feladatainak tárcák közötti koordinációját.

A Kormány a katasztrófavédelem irányítása során **dönt**:

- a) a védekezéshez szükséges külföldi (nemzetközi) segítség igénybeviteléről,
- b) a külföldi állam részére történő segítségnyújtásról.

14.2.1.2. Települési önkormányzat

A jogszabály a polgármester feladatait is meghatározza. „A polgármester (a fővárosban a főpolgármester) az illetékességi területén irányítja és szervezi a felkészülés és a védekezés feladatait. E feladatok végrehajtására – a hivatásos katasztrófavédelmi szerv területi szerve



egyetértésével – közfoglalkoztatási támogatást igényelhet az erre a célra létrehozott költségvetési előirányzat terhére, a külön jogszabályban meghatározottak szerint.

- a) felelős a települési (a fővárosban kerületi) veszélyhárítási tervek elkészítéséért, valamint a helyi lehetőségek figyelembevételével a védekezés feltételeinek a biztosításáért,
- b) irányítja a védekezésre való felkészítést,
- c) gyakorolja katasztrófavédelmi ügyekben az elsőfokú polgári védelmi hatósági jogkört, amit jogszabály nem utal más szerv hatáskörébe,
- d) a polgári védelmi kötelezettség alatt álló állampolgárt a területi, települési, kerületi és munkahelyi polgári védelmi szervezetbe kiképzésre és gyakorlatra osztja be,
- e) felelős a polgári védelmi kötelezettségen alapuló települési polgári védelmi szervezet megalakításáért,
- f) gondoskodik az illetékességi területen élő vagy tartózkodó személyek részére a katasztrófaveszélyekről szóló, a magatartási szabályokat is tartalmazó tájékoztatásról,
- g) a gazdálkodó szervezetek részére határozattal elrendeli a polgári védelmi kötelezettségen alapuló települési és munkahelyi polgári védelmi szervezetek megalakítását és az alkalmazás feltételeinek biztosítását,
- h) biztosítja a lakosság riasztására szolgáló és a közigazgatási területén lévő, rendelkezésre bocsátott technikai berendezések működtetését,
- i) részt vesz a feladatainak ellátása érdekében, a hivatásos katasztrófavédelmi szervek által szervezett felkészítéseken,
- j) kijelöli a katasztrófák elleni védekezéssel összefüggő feladataiban közreműködő közbiztonsági referenst.”

A településeken a polgármester a védekezés során a hivatásos katasztrófavédelmi szerv szakmai iránymutatása mellett irányítja a helyi katasztrófavédelmi tevékenységet. Halasztást nem tűrő esetben átmeneti jelleggel elrendeli az élet és az anyagi javak védelméhez szükséges intézkedéseket, a polgári védelmi kötelezettség alatt álló állampolgárt a katasztrófavédelem érdekében határozattal polgári védelmi szolgálatra kötelezi. Szervezi és irányítja a lakosság védelmét, kitelepítését, kimenekítését, befogadását és visszatelepítését, szervezi és irányítja az anyagi javak védelmét, a lakosság létfenntartásához szükséges anyagi javakkal történő ellátását.

14.2.1.3. Védelmi Bizottság

A Kormány a katasztrófavédelemmel összefüggő döntéseinek előkészítése, valamint a katasztrófák elleni felkészüléssel, megelőzéssel, védekezéssel és helyreállítással kapcsolatos feladatok összehangolt megoldása érdekében **kormányzati koordinációs szervet** működtet.

A **megyei, a fővárosi, illetve a helyi** védelmi bizottság az illetékességi területén összehangolja a katasztrófák elleni védekezésben közreműködő szervek katasztrófavédelemmel kapcsolatos feladatainak ellátását és az arra való felkészülést.



A megyei, fővárosi védelmi bizottság az illetékességi területén irányítja és összehangolja a helyi védelmi bizottságok, a főpolgármester, a megyei közgyűlési elnök, a polgármesterek katasztrófavédelmi feladatait.

„a) összehangolja a katasztrófavédelemben érintett szervek jogszabályokban és szakmai irányelvekben meghatározott felkészülési feladatait,

b) irányítja a polgármester védelmi felkészülési tevékenységét,

c) irányítja a hatáskörébe tartozó katasztrófavédelmi tervező tevékenységet,

d) szervezi a települések (a kerületek) közötti kölcsönös segítségnyújtást, értesítést, riasztást és tájékoztatást,

e) gondoskodik más megyékkel és a fővárossal történő együttműködés, kölcsönös segélynyújtás feltételeinek biztosításáról,

f) szervezi a közigazgatási szervek, a Magyar Honvédség, a rendvédelmi szervek, a Nemzeti Adó- és Vámhivatal és a társadalmi szervezetek területi szintű együttműködését,

g) szervezi a lakosság és a védekezésben érintett szervezetek riasztásának és tájékoztatásának előkészítését és végrehajtását,

h) felelős a polgári védelmi kötelezettségen alapuló területi polgári védelmi szervezetek létrehozásáért,

i) felelős a védekezéshez szükséges vezetési rendszer fenntartásáért, működőképességének biztosításáért.”

14.2.1.4. **Katasztrófa elhárítás szervezete (tűz-, árvízvédelem, kémiai biztonság, sugárvédelem). Hivatásos katasztrófavédelmi szervek**

A katasztrófavédelem megvalósításában részt vevő hivatásos katasztrófavédelmi szerv:

a) az országos illetékességgel működő központi szerv,

b) a megyei, fővárosi illetékességgel működő területi szervek,

c) helyi szervek: a katasztrófavédelmi kirendeltségek és a hivatásos tűzoltóságok.

14.2.1.5. **OMSZ**

A katasztrófa elhárítás egészségügyi biztosításában, a katasztrófák egészségügyi következményeinek elhárításában és felszámolásában az Országos Mentőszolgálatnak kiemelt szerepe van, a katasztrófavédelem más szervezeteivel összehangoltan. Elsősorban a mentésben, ezen kívül a helyszínek egészségügyi biztosításában van szerepe az OMSZ-nak.

14.2.1.6. **Egészségügy szervezetek**

Valamennyi egészségügyi intézménynek vészhelyzeti tervvel kell rendelkeznie. Ez tartalmazza a vészhelyzet esetén a feltétlenül kórházi ápolásra nem szoruló betegek kiürítési tervét, a katasztrófa sérültjeinek fogadási tervét. A katasztrófa helyzetre a fogadási pontokat és a megfelelő képzettségű személyzetet kell kijelölni, s valamennyi egészségügyi



intézménynek katasztrófahelyzetre vonatkozó készletezési előírásokat is teljesíteni kell. Emellett a működési feltételek is kell biztosítani vész helyzetben (áramellátás, stb.).



15. Az egészségügy jogi szabályozása

15.1. Alkotmányos berendezkedésünk

Magyarország független, demokratikus jogállam, államformája köztársaság, ahol a közhatalom forrása a nép, mely hatalmat választott képviselői útján gyakorolja. Az Alaptörvény azt is rögzíti, hogy az állam működése a hatalom megosztásának elvén alapszik. A három hatalmi ág van: törvényhozói, a végrehajtói és az igazságszolgáltatás. Az Alaptörvény deklarálja az embereket megillető alapvető jogokat.

Az, hogy egy ország jogállam – többek közt - azt is jelenti, hogy az általánosan kötelező magatartást csak jogszabállyal lehet előírni. Jogszabályt csak a jogalkotó hatáskörrel rendelkező szerv alkothat, s a jogszabály nem lehet ellentétes az Alaptörvénnyel. Jogszabályok a törvény, a kormányrendelet, a miniszterelnöki rendelet, az egyes miniszterek és a Magyar Nemzeti Bank elnökének, az önálló szabályozó szerv vezetőjének rendeletei valamint az önkormányzatok rendeletei.

15.1.1. Törvényhozói hatalmi ág

15.1.1.1. Országgyűlés, Köztársasági elnök.

Az Alaptörvény szerint Magyarország legfőbb népképviselői szerve az Országgyűlés, mely megalkotja és módosítja Magyarország Alaptörvényét, törvényeket alkot, elfogadja a központi költségvetést és jóváhagyja annak zárszámadását. Az Országgyűlés a törvényeket (egyszerű többség) és az Alaptörvényben meghatározott esetekben „sarkalatos törvényeket” alkot (kétharmados törvény). Törvényt kezdeményezhet bármely országgyűlési képviselő, az országgyűlés bizottságai, a kormány és a köztársasági elnök. A törvények elfogadásának menetét az Országgyűlés Hárszabálya írja elő (általános, részletes vita, bizottsági ajánlások, zárószavazás, stb.). (lásd még 15.2.1.) A jogszabályokat elfogadásuk esetén az Országgyűlés elnöke írja alá, s megküldi a köztársasági elnöknek, aki 5 napon belül dönt arról, hogy aláírja-e a jogszabályt, ez esetben elrendeli annak kihirdetését. Kifogásolása esetén a jogszabályt megküldheti az Alkotmánybíróságnak vagy visszaküldheti megfontolásra az Országgyűlésnek.

A jogszabályokat a hivatalos lapban – Magyar Közlöny - közzé is kell tenni.

15.1.2 Végrehajtó hatalmi ág

15.1.2.1 Kormány

A kormány feladata kormányrendeletben meghatározni a törvényekben kapott felhatalmazások alapján az egészségügyi ellátást.

Példaként a felhatalmazásra az egészségügyi törvény kormány számára adott felhatalmazásai (247-248 §):

„Felhatalmazza a kormányt, hogy



- a minőségellenőrzésért felelős egészségügyi államigazgatási szervet,
- az ellátás visszautasítására vonatkozó részletes szabályokat megállapítsa,
- az egészségügyi szolgáltatás megkezdésére és gyakorlására vonatkozó általános szabályokat, valamint a működési engedélyezési eljárásra vonatkozó szabályokat,
- a meghatározott időtartamra és helyszínre szóló, egészségügyi tevékenységre jogosító engedély kérelmezésének és kiadásának szabályait, valamint a bejelentés alapján végezhető egészségügyi tevékenységekre vonatkozó bejelentés megtételére, valamint - személyes adatokat nem tartalmazó - kötelező adattartalmára, továbbá a bejelentett személyek nyilvántartásba vételére vonatkozó rendelkezéseket,
- a nemzeti vérvételezési központtal való gazdálkodás, különös tekintettel a vérvételezési központok külföldről történő behozatalára, illetőleg külföldre történő kivitelére vonatkozó szabályokat,
- a katasztrófa-egészségügyi ellátásra vonatkozó részletes szabályokat, a katasztrófa-egészségügyi ellátás során megtehető intézkedésekre, az egészségügyi dolgozók kirendelésére, a katasztrófa-egészségügyi ellátásra való felkészülésre, az egyes egészségügyi válsághelyzetek kezelésére vonatkozó részletes szabályokat,
- az egészségügyi szolgáltatók felelősségbiztosítására vonatkozó részletes szabályokat,
- az ellátást nyújtó orvos megválasztására vonatkozó szabályokat,
- a nem-konvencionális eljárásokra vonatkozó szabályokat,
- az állami mentőszolgálat vagy mentőszolgálatok kijelölését és az állami mentőszolgálat működésére vonatkozó részletes szabályokat,
- az állami vérellátó szolgálat vagy szolgálatok kijelölését és az állami vérellátó szolgálat működésére vonatkozó részletes szabályokat,
- a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselőt foglalkoztató, az egészségügyi dokumentációt kezelő és a betegjogok érvényesülését elősegítő szervet kijelölje, valamint jogállását, feladat- és hatáskörét, a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselő jogállását és eljárását, a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselői szervezetre vonatkozó részletes szabályokat, valamint a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi nyilvántartás vezetésének szabályait, továbbá a betegjogi, ellátottjogi és gyermekjogi képviselők továbbképzésére vonatkozó szabályokat,
- a külön jogszabály szerinti beavatkozással nem járó vizsgálat esetében a szakmai-etikai engedélyt kiadó szervet,
- az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés szabályait,
- a nem az Etv. 28. §-a szerinti tagállamban egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés során megszerzett képesítést tanúsító oklevelek, bizonyítványok elismerése során eljáró hatóságot,



- az alapnyilvántartást vezető szervezet, az egészségügyi szakértői nyilvántartást vezető szervezet és a működési nyilvántartást vezető szervezet,
- a humán reprodukciós eljárásokkal kapcsolatos, kötelezően nyilvánosságra hozandó eredményességi adatok, statisztikák körét, a nyilvánosságra hozatal módját és helyét, továbbá az ellenőrzés módját,
- a halottvizsgálatra, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásra, a rendkívüli halál esetén ellátandó feladatokra, a hatósági és igazságügyi orvosi boncolásra, a holttest szállítására, tárolására, az ehhez kapcsolódó költségek viselésére, valamint a holttest helyreállítására és átadására vonatkozó szabályokat,
- a sürgős szükség esetén külön jogszabályban meghatározott ellátások költségeinek behajtására és finanszírozására irányuló eljárási szabályokat,
- a holttest szállításának legmagasabb árát,
- a természetes fürdővizek minőségellenőrzéséhez szükséges mintavételi és laboratóriumi vizsgálati tevékenységre vonatkozó követelményeket, az engedély kiadásával, illetve bejelentés megtételével összefüggő eljárás részletes szabályait,
- az emberen végzett orvostudományi kutatások engedélyezési eljárásának részletes szabályait,
- az intézeten kívüli szülés szakmai szabályait, feltételeit és kizáró okait,
- a holttest hűtésének naponkénti legmagasabb árát.

15.1.2.2 Minisztériumok, miniszterek

A kormány munkarendje szerint egészségügyet érintő kérdésekben az Emberi Erőforrás minisztere készíti elő a törvényeket, a kormányrendeleteket és készíti el a miniszteri rendeleteket. A miniszteri rendeletek tekintetében az igazságügyi miniszter véleményét ki kell minden esetben kérnie (koherencia a jogrenddel). Egyeztetési kötelezettség áll fenn a pénzügyi vonatkozású rendelkezések esetében a nemzetgazdasági miniszterrel. Több olyan terület van (élelmiszerbiztonság, honvédelem, rendőrség egészségügyi ellátását érintő kérdések), ahol az érintett miniszterek közös rendeletet adnak ki.

15.1.2.3 Országos hatáskörű szervek

Az országos hatáskörű szervek saját területükön szabályozással élhetnek. Az egészségbiztosítás területén az Országos Egészségbiztosítási Pénztár, a népegészségügyi kérdésekben az Országos Tisztiorvosi Hivatal.

15.1.3 Igazságszolgáltatás

A harmadik hatalmi ág feladata a jogszerű tevékenység biztosítása.



15.1.3.1 Alkotmánybíróság

Az Alkotmánybíróság elsődleges feladata az Alaptörvény előírásainak betartatása a jogalkotás minden szintjén. Az Alkotmánybíróság kérésre vizsgálja a törvények, a kormány és a miniszteri rendeletek, valamint az önkormányzati szabályozások alkotmányosságát. Az Alkotmánybíróság kizárólag elvi szinten foglalkozik a jogszabályokkal és nem a jogszabályok alapján indított eljárásokban foglal állást. (Azaz egy konkrét ügyben hozott bírósági, hatósági döntésnek nem az Alkotmánybíróság a feljebbviteli fóruma.)

15.1.3.2 Bíróságok

A bíróságok igazságszolgáltatási tevékenységet látnak el. A bírósági szervezet többszintű (megyei, ítéltábla, kúria) és az ügyek témája szerint külön-külön bíróságok is vannak (közigazgatási, munkaügyi), a bíróságok – általában - tanácsban ítéleznek.

Kiemelten fontos annak biztosítása, hogy a bírák függetlenek és csak a törvénynek vannak alárendelve. A bírákat a köztársasági elnök nevezi ki és menti fel.

15.1.3.3 Ügyészi szervezet

Az ügyészségi szervezet az állam büntetőigényét érvényesíti, jogai vannak a nyomozással kapcsolatban, képviselik a közvédelmet a bíróságok előtt, felügyeli a büntetés-végrehajtás törvényességét. Az ügyészség a kormánytól függetleneül a törvényeknek alárendelve működik, beszámolási kötelezettséggel az Országgyűlésnek.

15.1.4 Önkormányzatok

15.1.4.1 Települési, kerületi

A magyar államigazgatási struktúrában a népképviselő helyi letéteményese a települési önkormányzat, melynek jogait az Alaptörvény garantálja.

A települési önkormányzatot a polgármester vezeti, a képviselő-testületet a megválasztott képviselők alkotják. A testület munkáját a polgármesteri hivatal osztályai segítik, törvényes működésüket a jegyző segíti elő. Törvényességi felügyeletüket a kormányhivatal gyakorolja, bizonyos megkötésekkel. Feladata a helyi közügyek intézése és a helyi közhatalom gyakorlása. Ennek érdekében rendeletet alkot, költségvetést készít, vagyonával gazdálkodik. Az önkormányzat tulajdona köztulajdon, így kezelésére, elidegenítésére külön, szigorúbb szabályok vonatkoznak. A polgármestert közvetlenül választják a település lakói.

15.1.4.2 Megyei, fővárosi önkormányzat



A megyei és fővárosi önkormányzat felépítése hasonló a települési önkormányzatokéhoz. Alapvetően tervezési, koordinációs szerepet töltenek be az átalakulóban levő közigazgatásunkban. A Fővárosi Önkormányzat helyzete ebből a szempontból átmeneti a települési és a megyei önkormányzati funkciók között. A megyei önkormányzat vezetőjét a képviselő-testület tagjai választják, Budapest főpolgármesterét a választók közvetlenül választják.

15.1.4.3 Kisebbségi önkormányzat

Azokon a településeken, ahol a nemzeti kisebbségek létszáma a település lakosságának törvényben előírt arányát meghaladja, kisebbségi önkormányzatot is választanak, amely a kisebbségre vonatkozó szabályozásokban önállóan vesz részt.

15.2 Jogalkotás menete

2010. évi CXXX. törvény a jogalkotásról előírja a jogalkotás menetét és főbb szabályait.

15.2.1. Törvény

Az Alaptörvény értelmében törvényt országgyűlési képviselő, országgyűlési bizottság, a kormány és a köztársasági elnök kezdeményezésére alkot meg az Országgyűlés.

A törvényjavaslat tárgyalásának és elfogadásának menetét az Országgyűlés Házzsabálya rendezi. A törvényjavaslat elfogadása történhet rendkívüli sürgősséggel, sürgősséggel és normál menetben. A törvényjavaslatot először a Házbizottság döntése alapján meghatározott időkeretben általános vitára bocsájtják, majd a munka a bizottságokban folytatódik. A törvényjavaslatot a Házbizottság döntése alapján az Alkotmányügyi bizottságon kívül a kérdésben érintett bizottságok megtárgyalják. A Házbizottság egy bizottságot jelöl ki a törvényjavaslat fő bizottságául. A képviselők a jogszabályhoz írásban módosító indítványt tehetnek illetve egy másik módosító indítványhoz kapcsolódó módosító indítványt tehetnek. A bizottságok többségi szavazással döntenek minden egyes javaslatról, melyeket így elfogadásra vagy elutasításra javasolnak, ebben a fázisban a kormány jelenlevő –de nem szavazó- képviselője a módosítással kapcsolatos kormány álláspontról tájékoztatja a bizottság tagjait. A részletes vita során a „főbizottság” előterjesztése alapján egyenként döntenek a módosító indítványok sorsáról, majd végszavazásra kerül sor. (lásd még 15.1.)

15.2.2. Kormány/miniszteri rendelet

2010. évi CXXX. törvény előírása szerint a jogszabály előkészítéséért felelős miniszter

- a törvény és a kormányrendelet tervezetét az igazságügyért felelős miniszterrel egyetértésben terjeszti a Kormány elé,
- a miniszteri rendeletet az igazságügyért felelős miniszter véleményének kikérését követően adja ki.



A jogszabályhoz kötelezően hozzátartozik a hatásvizsgálat elkészítése (17.§ (2)), melynek során vizsgálni kell

- a) a tervezett jogszabály valamennyi jelentősnek ítélt hatását, különösen
 - aa) társadalmi, gazdasági, költségvetési hatásait,
 - ab) környezeti és egészségi következményeit,
 - ac) adminisztratív terheket befolyásoló hatásait, valamint
- b) a jogszabály megalkotásának szükségességét, a jogalkotás elmaradásának várható következményeit, és
- c) a jogszabály alkalmazásához szükséges személyi, szervezeti, tárgyi és pénzügyi feltételeket.

A jogszabálytervezeteket az érintett intézményekkel, társadalmi csoportokkal véleményeztetni kell, s vizsgálni szükséges az Európai Unió joganyaggal való harmonizáció fennállását is.

- A jogszabálynak egyértelműen értelmezhető szabályozási tartalommal kell rendelkeznie.
- A jogszabály a hatálybalépését megelőző időre nem állapíthat meg kötelezettséget.
- A jogszabály hatálybalépésének időpontját úgy kell megállapítani, hogy elegendő idő álljon rendelkezésre a jogszabály alkalmazására való felkészülésre.
- A jogszabályban meg kell határozni a személyi és területi hatályt, a hatálybalépés napját, a szükséges átmeneti intézkedéseket, az új szabályozás által hatályon kívül helyezett jogszabályok felsorolását.
- A jogszabályok megalkotásakor biztosítani kell, hogy a jogszabály beleilleszkedjen jogrendszerünkbe (ellentmondások elkerülése).

15.2.3. Önkormányzati rendelet

Az önkormányzatok Alaptörvényben biztosított rendeletalkotási joga érinti az egészségügyi ellátást is.

Az önkormányzatok feladata az alapellátás, ennek során önkormányzati rendeletben kell megállapítani a területi ellátási kötelezettség körzethatárait. Az egészségfejlesztéshez kapcsolódó kérdések is lehetnek önkormányzati rendelet tárgyai (zajvédelem, alkoholfogyasztás, dohányzás korlátozása, stb.).

15.3 Egészségügyi törvények

A kifejezetten egészségügyet szabályozó törvények nem tartoznak a sarkalatos törvények közé. Az egészségügy működését érintő jogszabályok más törvényekben is megtalálhatók (Munka törvénykönyve, Büntető törvénykönyv, stb.).

15.3.1 Alaptörvény



Az Alaptörvény XX. cikkében rögzíti, hogy mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez, s ezen jogának érvényesülését Magyarország az egészségügyi ellátás megszervezésével segíti elő.

15.3.2 Egészségügyi törvény

Az egészségügyre vonatkozó legáltalánosabb szabályozást az 1997. évi CXLIV. törvény az egészségügyről tartalmazza, melyet megalkotása óta több alkalommal módosítottak.

A törvény 18 fejezetben és 246 paragrafusban írja le az egészségügyre vonatkozó szabályozást.

Az I. fejezetben (négy paragrafusban) határozzák meg a törvény céljait, alapelveit és hatályát. A II. fejezet a betegek jogait és kötelezettségeit rögzíti (31 paragrafusban). A III. fejezet a népegészségüggyel foglalkozik (40 paragrafusban). A IV. fejezet az egészségügyi ellátások rendszerére vonatkozó előírásokat tartalmazza (31 paragrafusban). Az V. fejezet az egészségügyi szolgáltatások szakmai követelményeit írja elő (17 paragrafusban). A VI. fejezetben az egészségügyi dolgozók jogai és kötelezettségei szerepelnek (15 paragrafus). A VII. fejezet írja elő az állam felelősségét a lakosság egészségi állapotáért, az egészségügy szervezése és irányítása terén (16 paragrafus). A VIII. fejezet foglalkozik az emberen végzett orvostudományi kutatások általános szabályaival (7 paragrafus), a IX. fejezetben az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárások, az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatások, a művi meddővé tétel szabályait tartalmazza (21 paragrafus). A X. fejezet a pszichiátriai betegek gyógykezelésével és gondozásával foglalkozik (13 paragrafus). A XI. fejezet a szerv-, és szövetátültetés szabályait tartalmazza (13 paragrafus). A XII. fejezetben vannak a halottakkal kapcsolatos rendelkezések (5 paragrafus), a XIII. fejezetben a vérellátás (5 paragrafus), a XIV.-ben a katasztrófa- egészségügy (4 paragrafus) szabályai találhatóak. A XV. fejezet az egészségügyi szakértői tevékenységet (5 paragrafus) a XVI. fejezet a természetes gyógytényezők: fürdő és klímagyógyintézetek gyógyhelyek (5 paragrafus) szabályozásáról szól. A XVII. fejezet a nemzetközi rendelkezéseket tartalmazza.

15.3.3 Egészségbiztosítási törvény

Az egészségügy szolgáltatások társadalombiztosítási támogatással történő igénybevételeinek (társadalombiztosítási ellátások) szabályait az 1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól írja le, amelyet szintén több alkalommal módosítottak.

A törvény első 9 paragrafusa az alapelveket rögzíti és a fogalom meghatározásokat adja meg. A II. fejezet tartalmazza az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásait (18 paragrafus), a III. fejezet az igény érvényesítését (1 paragrafus), a IV fejezet az igénybe vehető szolgáltatások biztosításának módját (8 paragrafus) tartalmazza. Az V. fejezet a pénzügyi ellátásokat tárgyalja (11 paragrafus), a VI. fejezet a baleseti ellátásokkal foglalkozik (9 paragrafus). A VII. fejezet a pénzügyi ellátásokkal kapcsolatos igény érvényesítését (5 paragrafus) szabályozza. A VIII. fejezet felelősségi szabályokat írja le (7 paragrafus), a VIII.



fejezetben a jogorvoslat módjai (4 paragrafus), a IX. fejezetben a nyilvántartási és adatszolgáltatási kötelezettségeket írják elő (2 paragrafus).

15.3.4 Gyógyszerekkel kapcsolatos törvények

A 2005. évi XCV. törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről szól, s ebben a gyógyszer előállítás, forgalmazás törvényi előírásait találjuk meg.

A törvény a fogalom meghatározások után a klinikai vizsgálat, a gyógyszergyártás, a gyógyszer forgalomba hozatali engedélyezés, a gyógyszer nagykereskedelem, a gyógyszer ellátás, a farmakovigilancia és a felelősség szabályai tartalmazza.

A 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szól 89 paragrafusban.

Az I. fejezet a gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-rendelés és forgalmazás alapelveit rögzíti. A II. fejezetben találjuk a gyógyszer. gyógyászati segédeszköz ismertetésére, valamint a gyógyszerrel, gyógyászati segédeszközzel kapcsolatos, a fogyasztókkal szembeni kereskedelmi gyakorlatra vonatkozó szabályokat. A III. fejezetben a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ellátási garanciákat rögzítik. A IV. fejezet tartalmazza a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának általános szabályait. Az V. fejezet tartalmazza a folyamatos gyógyszerellátás biztosítását, a gyógyszer-támogatási előírányzat betartását célzó rendelkezéseket, a VI. fejezetben vannak a minőségi és hatékony gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz rendelés szabályai. A II. részben a gyógyszerforgalmazás általános szabályai (gyógyszertárak létesítése, működtetése, gyógyszer-táron kívüli gyógyszerforgalmazás) található.

15.3.5 Egészségügyi adatok

Alaptörvényünk VI. cikke előírja, hogy:

„(2) Mindenkinek joga van személyes adatainak védelméhez....”

Éppen ezért a különösen szenzitív egészségügyi adatok védelméről külön törvény szól, ez az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről, amely 38 paragrafusból áll.

A törvény szerkezete: I. Fejezet: Általános és értelmező rendelkezések
II. Fejezet: Az adatkezelés célja
III. Fejezet: A nem egészségügyi ellátó hálózatban keletkezett adatok kezelése
IV. Fejezet: Vegyes és záró rendelkezések.

Ez a törvény vonatkozik minden egészségügyi ellátást nyújtó, valamint annak szakmai felügyeletét, ellenőrzését végző szervezetre és természetes személyre, valamint minden olyan jogi személyre, jogi személyiséggel nem rendelkező szervezetre és természetes személyre, amely vagy aki egészségügyi és személyazonosító adatot kezel.(2.§)



A törvény meghatározza az egészségügyi adat fogalmát. Egészségügyi adat: az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátóhálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat; továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).(3.§ a.)

Az egészségügyi és személyazonosító adat kezelésének célja (4.§):

- a) az egészség megőrzésének, javításának, fenntartásának előmozdítása,
- b) a betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése, ideértve a szakfelügyeleti tevékenységet is,
- c) az érintett egészségi állapotának nyomon követése,
- d) a népegészségügyi, közegészségügyi és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele,
- e) a betegjogok érvényesítése.

A fentiek alapján az adatok kezelésének célterületei a következők lehetnek (zárójelben a vonatkozó paragrafusok száma):

- A gyógykezelés céljából történő adatkezelés (7 §)
- Közegészségügyi, járványügyi és munka-egészségügyi célból történő adatkezelés (2 §)
- Népegészségügyi célból történő adatkezelés (2 §)
- Egészségügyi szakember-képzés (1 §)
- Epidemiológiai vizsgálatok, elemzések (2§)
- Statisztikai célú adatkezelés (1 §)
- Tudományos kutatás céljából történő adatkezelés (1 §)
- A társadalombiztosítási igazgatási szervek adatkezelése (1 §)
- Az orvosszakértői, rehabilitációs, illetve szociális szakértői szerv adatkezelése (2 §)
- Adattovábbítás az egészségügyi ellátóhálózaton kívüli szerv megkeresésére (6 §)
- Az egészségügyi és személyazonosító adatok nyilvántartása (5 §)

A törvény mellékletei:

- Fertőző betegségek listája: az érintett részéről történő kötelező adatszolgáltatás, valamint az egészségügyi államigazgatási szerv részére történő kötelező adattovábbítás esetén.
- Szűrő- és alkalmassági vizsgálatok az érintett részéről történő kötelező adatszolgáltatás esetén.
- Bejelentendő foglalkozási megbetegedések jegyzéke.

15.3.6 Egészségügyi kapacitások

A közfinanszírozott egészségügyi kapacitások szabályozása az egészségpolitika egyik lehetséges eszköze a minőségbiztosítás érdekében, ugyanakkor a költségvetési szempontok is szerepet játszanak abban, hogy a finanszírozott kapacitások összhangban legyenek a



szükségletekkel, a finanszírozhatósággal. E célok érdekében a társadalombiztosítás által finanszírozott kapacitásokat (elsősorban kórházi, valamint járóbeteg szakellátást) törvény előírásai állapítják meg. Ez a 2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről, melyet időközben többször módosítottak.

A törvény preambuluma meghatározza az indokokat, melyek miatt a törvényt az Országgyűlés megalkotta:

- az államnak az egészségügyi ellátórendszer megszervezéséért és működtetéséért fennálló felelőssége hatékony érvényesítésének és a lakosság számára az egészségügyi szakellátáshoz való egyenlő hozzáférés biztosítása;
- az egészségügyi ellátások és fejlesztések szükségletekkel való összehangolásának elvének érvényesítése.

A jogszabály rögzíti azokat a szakellátási kapacitásokat, melyek társadalombiztosítási finanszírozását biztosítja. Meghatározza az ellátás módját, különös tekintettel az „egészségügyi ellátási szerződéssel” biztosított ellátások vonatkozásában. (Amennyiben nem az ellátás biztosítására törvény által kötelezett látja el a feladatot, akkor a kötelezett egy szolgáltatóval egészségügyi ellátási szerződést köt.) A törvény meghatározza a kapacitás módosítás szabályait, beleértve az új kapacitások befogadásának szabályait. A jogszabály tartalmazza azokat az átmeneti rendelkezéseket is, melyek a megyei és városi önkormányzati tulajdonú kórházak állam által történt átvétele kapcsán szükségessé váltak.

15.3.7 Egyéb törvények

Számos törvény érinti az egészségügyet.

A Munka törvénykönyve határozza meg azokat a feltételeket, ahogy az egészségügyi dolgozók munkaviszonya létrejön, megszűnik, a munkavégzés szabályait, a kártérítési felelősség kérdéseit. A közalkalmazotti jogviszonyban foglalkoztatottakra az 1992. évi közalkalmazottak jogállásáról szóló törvény rendelkezéseit kell alkalmazni.

Az egészségügyi ellátás okozta károk érvényesítéséről a Polgári törvénykönyv, az esetleges büntetőjogi vonatkozásokról a Büntető törvénykönyv rendelkezik.



16. Az egészségügy irányítása

16.1. Országgyűlés feladata (törvények, országgyűlési határozatok), Egészségügyi Bizottság szerepe

Az Országgyűlés feladata a törvények meghozatala, a végrehajtó hatalom ellenőrzése. Ebben a minőségében alkotja meg azokat a törvényi kereteket, melyek az egészségügy működését és finanszírozását meghatározzák.

Az Országgyűlés törvényeket alkot (és módosít) és határozatokat hoz. A törvények bizonyos hierarchiát képviselnek. Az Alaptörvény megalkotásához és módosításához a megválasztott képviselők kétharmadának (minősített többség) egyetértése szükséges. Az Alaptörvény Magyarország jogrendszerének alapja. Azok a törvények, melyek az alapjogokat és az ország működése szempontjából alapvető jellegűek (honvédelem) az úgynevezett sarkalatos törvények, meghozatalukhoz a jelenlevő képviselők kétharmados többsége szükséges. A többi törvény – ide tartoznak az egészségügyet érintő törvények is – meghozatalához egyszerű többség szükséges. Az Országgyűlés 2010-ben 43 új törvényt alkotott, 107 törvénymódosítást. 111 országgyűlési határozatot és 2 politikai nyilatkozatot fogadott el.

A végrehajtó hatalom ellenőrzése részben az Országgyűlés napi munkájában (interpelláció), részben az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságán keresztül valósul meg. Ez a bizottság kinevezése előtt meghallgatja az egészségügyért felelős minisztert, előírhatja, hogy a végrehajtó hatalom bármely szintje beszámoljon a kijelölt témáról (16.1. ábra). A bizottság feladata minden egészségügyi vonatkozású törvény és a hozzájuk kapcsolódó módosító indítványok megtárgyalása és bizottsági véleményezése.

16.1 ábra Az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának 2012. I. félévi munkarendje.

2012. március

1. Beszámoló a humángenetikai adatok védelméről, a humángenetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól szóló 2008. évi XXI. törvény 32. § alapján

2. Tájékoztató az Új Magyarország Fejlesztési Terv és az Új Széchenyi Terv egészségügyi ágazatot érintő programjairól

2012. április

1. Konzultáció az Állami Számvevőszék "A háziorvosi ellátás működésének és pénzügyi feltételrendszerének ellenőrzéséről, az alapellátás fő fejlesztési irányairól" szóló Jelentéséről (1126/2011. szám)

2. Tájékoztató az alkoholstratégia szabályozási elveiről

3. Az egészségügyi ellátórendszer egyenetlenségeit szemléltető szakmai térkép (KATETER-MÓNKA) bemutatása.



4. Tájékoztató az Egészségbiztosítási Alap 2011. évi bevételi és kiadási főösszegeinek alakulásáról
2012. május

1. Miniszteri meghallgatás a Hárszabály 68. § (4) bekezdése alapján
2. Tájékoztató a népegészségügyi termékadóból származó bevételek alakulásáról
3. Tájékoztató az egészségügyi informatikai infrastruktúra (eHealth) jelenéről és jövőjéről
2012. június

1. Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja 2011. évi előrehaladásáról szóló Jelentés megtárgyalása

A bizottság ülésein a bizottsági tag képviselőkn túlmenően állandó meghívottként intézmények, szervezetek képviselői is részt vesznek tanácskozási joggal. (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Egészségügyi Tudományos Tanács, Magyar Orvosi Kamara, Magyar Gyógyszerész Kamara, Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Magyar Kórházszövetség, Stratégiai Kórházak Szövetsége, FAKOOSZ Alapellátó Orvosok Szövetsége, Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége, Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete, Magángyógyszerészek Országos Szövetsége, Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége, Magyar Rezidensszövetség, 4 Orvosegyetem Hallgatói Önkormányzata, Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete, Egészségügyben és Szociális Ágazatban Dolgozók Demokratikus Szakszervezete, Generikus Gyógyszergyártók és Forgalmazók Magyarországi Érdekvédelmi Egyesülete).

Az Országgyűlés ellenőrző szerepét segíti az Állami Számvevőszék, az Országgyűlés pénzügyi gazdasági ellenőrző szerve, mely a költségvetés tervezésének megalapozottsága mellett utólagosan ellenőrzi a közkiadások elköltésének hatékonyságát és jogszerűségét (16.2.ábra).

16.2. ábra Az Állami Számvevőszék 2011-ben lefolytatott vizsgálatainak témái

1. Budapest Főváros Önkormányzata költségvetési és pénzügyi egyensúlyi helyzetének elemzése, a költségvetés tervezés és a zárszámadás készítés folyamatában kialakított belső kontrollok működésének 2011. évi ellenőrzése
2. A fővárosi önkormányzatot és a kerületi önkormányzatokat oszttottan megillető bevételek 2011. évi megosztásáról szóló önkormányzati rendelet felülvizsgálata
3. A közoktatás feladatellátásának és finanszírozásának ellenőrzése
4. A települési önkormányzatok társulásos feladatellátásának és finanszírozásának ellenőrzése
5. A hazai és uniós forrásból finanszírozott, munkahelyteremtést és megőrzést elősegítő támogatások rendszerének értékelése
6. Az állami felsőoktatási intézmények érdekeltségébe tartozó gazdasági társaságok támogatásának és nyereségük hasznosulásának ellenőrzése
7. A 2007-től uniós finanszírozással megvalósuló, kormányzati döntésen alapuló beruházási projektek pályázattási, tervezési és előkészítési tapasztalatainak értékelése



8. A Nemzeti Civil Alapprogram működésének-támogatásának hatása a társadalmi és civil kapcsolatok fejlődésére, egyes kiemelt fontosságú, közhasznú feladatok hatékonyabb ellátására
9. A Magyar Szocialista Párt 2009-2010. évi gazdálkodása törvényességének ellenőrzése
10. A Jobbik Magyarországért Mozgalom Párt 2009-2010. évi gazdálkodása törvényességének ellenőrzése
11. A Lehet Más a Politika 2009-2010. évi gazdálkodása törvényességének ellenőrzése
12. A Kormány által létrehozott közalapítványok 2009-2010. évi feladatellátása és vagyongazdálkodása szabályszerűségének és eredményességének ellenőrzése
13. A közoktatásban résztvevő nonprofit szervezetek költségvetési támogatásának ellenőrzése
14. A Táncsics Mihály Alapítvány 2009-2010. évi gazdálkodása törvényességének ellenőrzése
15. A 2010. októberi időközi országgyűlési képviseléválasztási kampányra fordított pénzeszközök elszámolásának ellenőrzése a képviselőhöz jutott jelölő szervezetnél
16. A 2010. évi országgyűlési, valamint önkormányzati és nemzeti, etnikai kisebbségi képviseléválasztások lebonyolításához felhasznált pénzeszközök ellenőrzése
17. Az EU hulladék szállításról szóló jogi szabályozásának érvényesítése
18. A Budapesti Közlekedési Zrt. gazdálkodásának ellenőrzése

16.2. Kormány (kormányrendeletek)

A kormány rendeletet alkot minden olyan esetben, amikor a törvényi felhatalmazás alapján a lakosságot (biztosítottakat) illetve az ágazati irányításon túlmenően más jogi személyiségeket is érint a szabályozás.

Az egészségügyi ellátásban elsősorban a szolgáltatók finanszírozásának és a társadalombiztosítás pénzügyi ellátásai részleteinek szabályozása tartozik a kormány hatáskörébe.

16.3. Egészségügyért felelős miniszter

2010-től új kormányzati struktúra jött létre, amelyben az egészségügyért felelős miniszter-egyéb felelőssége mellett – az Emberi Erőforrások Minisztériumát vezető miniszter.

Az elmúlt évtizedekben több alkalommal is változott az egészségügyért felelős minisztérium elnevezése: Népjóléti Minisztérium (egészségügy és szociálpolitika), Egészségügyi Minisztérium, Egészségügyi Szociális és Családvédelmi Minisztérium, Nemzeti Erőforrás Minisztérium.

16.3.1. EMMI felépítése

A minisztériumok felsorolását, a minisztériumok szerkezetét a módosított 2010. évi XLII. törvény szabja meg.



A miniszter feladatait kormányrendelet rögzíti (212/2010. (VII.1.) Korm. rendelet 41.§), eszerint az emberi erőforrások minisztere felelős:

- a) a családpolitikáért,
- b) az egészségbiztosításért,**
- d) az egészségügyért,**
- f) a gyermek- és ifjúságpolitikáért,
- g) a gyermekek és az ifjúság védelméért,
- h) a kábítószer-megelőzésért és kábítószerügyi koordinációs feladatokért,
- i) az oktatásért,
- j) a kultúráért,
- k) a sportpolitikáért,
- l) a szociál- és nyugdíjpolitikáért,
- m) a társadalmi esélyegyenlőség előmozdításáért és
- n) a kormányzati tudománypolitikáért,
- o) társadalmi felzárkózásért,
- p) társadalmi és civil kapcsolatok fejlesztéséért,
- q) egyházakkal való kapcsolattartás koordinációjáért,
- r) nemzetiségpolitikáért,
- s) romák társadalmi integrációjáért.

A miniszter az egészségügyért való felelőssége körében irányítja:

- az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot,
- az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalt,
- a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézetet,
- a Bányászati Utókezelő és Éjjeli Szanatóriumot, valamint a szolnoki MÁV Kórház és Rendelőintézetet,
- működteti a Nemzeti Egészségügyi Tanácsot, és
- törvényességi felügyeletet gyakorol az ágazathoz tartozó szakmai kamarák felett.
- A miniszter az egészségbiztosításért való felelőssége körében irányítja az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat.

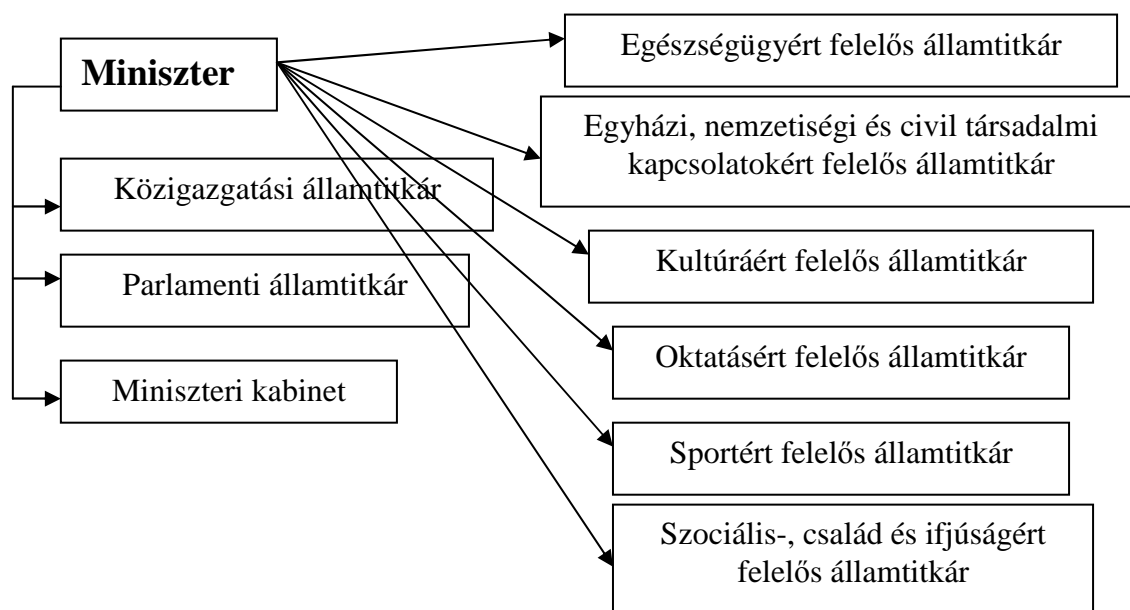
A jogszabály 44-47 §. külön részletezi a fenti felelősségi területeken belül a miniszter feladatait.

A közel 1200 kormánytisztviselővel dolgozó Emberi Erőforrás Minisztérium a legnagyobb minisztériumok közé tartozik, szerteágazó feladatkörökkel. A minisztérium leegyszerűsítve a humán erőforrás képzéséért, életkörülményeiért, társadalmi csoportok helyzetéért felelős.



A miniszter hatáskörébe tartozó ügyek viteléért az egyes szakállamtitkárságok felelősek (16.3. ábra).

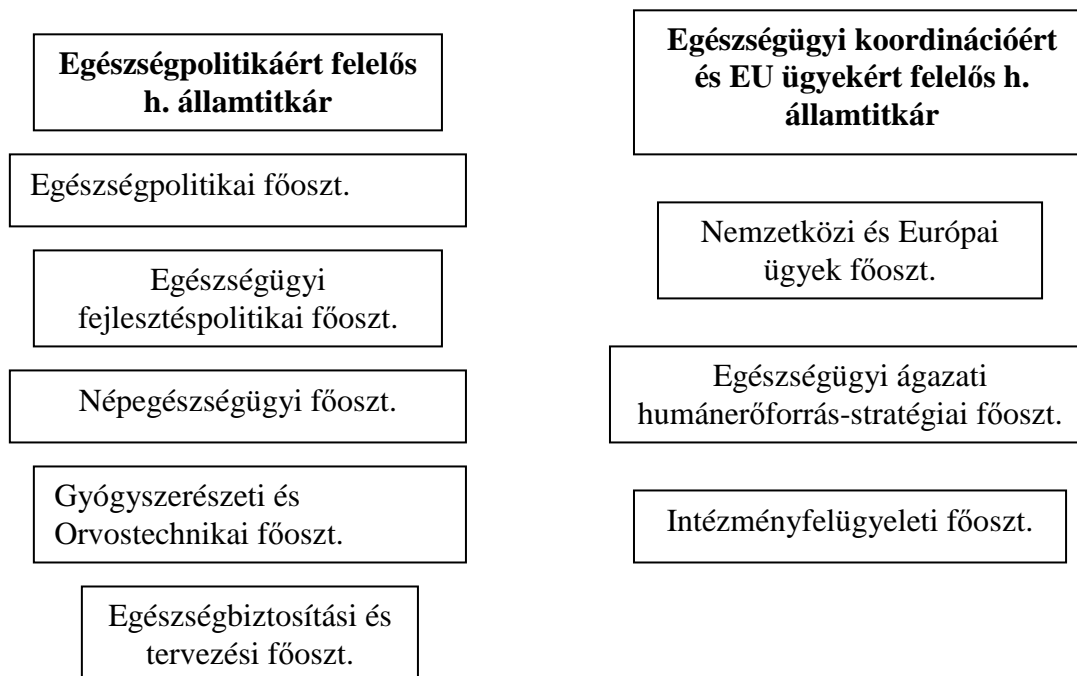
16.3.ábra Az Emberi Erőforrás Minisztérium sematikus szervezeti felépítése



16.8.3. Egészségügyi államtitkárság

Az egészségügy irányításának feladat az Egészségügyért felelős államtitkár hatáskörébe tartozó szervezeti egységekre tartozik (16.4.ábra). Megjegyzendő, hogy egyes, egészségügyet érintő kérdések más államtitkárságok hatáskörébe tartoznak (kábitószer, tartós munkaképtelenség megállapítása, stb.).

16.4. ábra Az egészségügyért felelős államtitkárság feladatkörei helyettes államtitkári szinten



Az egészségügyért felelős államtitkárság elsődleges feladata a jogalkotásban való közreműködés: az egészségügyet érintő törvények, kormányrendeletek és miniszteri rendeletek előkészítése, valamennyi jogszabály egészségügyi vonatkozásainak értékelése.

Ezen túlmenően feladatuk még az egészségügy irányításában szerepet játszó országos hatáskörű szervekkel (GYEMSZI, OEP, OTH) való kapcsolattartás és elvi irányítás. Ilyen értelemben a tulajdonosi jog gyakorlójaként az egészségügyi fekvőbeteg intézmények többségének tulajdonosi kérdéseit érintő ügyek intézése is a minisztérium hatáskörében van.

Fontos feladata az államtitkárságnak a nemzetközi kapcsolatok szervezése és az abból adódó (kétoldalú egyezmények) feladatok végrehajtásának biztosítása. Noha az EU közvetlenül nem irányítja az egészségügyi kérdéseket, de számos olyan jogforrást alkot, amelyek egészségügyi vonatkozásainak magyar joggyakorlatba való átültetéséért a minisztérium, ezen belül az államtitkárság felelős.

16.4. Más miniszterek feladatai

A kormány tagjainak feladatait részletező (212/2010. (VII.1.) Korm. rendelet szabja meg az egyes miniszterek feladatait. A magyar jogrend és politikai kultúra a mindenkori kormánynak megadja azt a lehetőséget, hogy a minisztériumok és a miniszterek feladatait saját elképzelése szerint alakítsa.

16.4.1. Az oktatásért felelős miniszter



Egészségnevelés, és öngondoskodás szempontjából, valamint a felsőfokú egészségügyi szakemberképzés szempontjából az oktatásért felelős miniszternek is vannak egészségügyi ágazatot érintő feladatai. Az egységes minisztérium létrejöttével (EMMI), ez a feladat most egy kézben az Emberi Erőforrás Minisztériumát vezető miniszter kezében van.

16.4.2. A szociál- és nyugdíjpolitikáért felelős miniszter

Felelős a fogyatékos személyek önálló életvitelét biztosító szolgáltatások biztosításáért. A miniszter a kábítószer-megelőzésért és kábítószerügyi koordinációs feladatokért való felelőssége körében összehangolja a tiltott kábítószer-fogyasztás visszaszorítása, mérséklése, illetve megelőzése érdekében szükséges nemzeti stratégia és kormányzati programok megvalósulását, részt vesz azok végrehajtásában, és nyomon követi azok érvényesülését, működteti és fejleszti a megelőző-felvilágosító szolgáltatást végző intézményrendszert és meghatározza a kábítószer-megelőzéssel kapcsolatos területek szakmai felügyeleti rendszerét. Az egységes minisztérium létrejöttével (EMMI), ez a feladat most egy kézben a miniszter kezében van.

16.4.3. A költségvetésért felelős miniszter

A költségvetésért felelős miniszter a nemzetgazdasági miniszter.

Felelős az államháztartásért, s ő készíti elő a központi költségvetést és a zárszámadást beleértve a társadalombiztosítás pénzügyi alapjai költségvetését és zárszámadását.

Ezen túlmenően felelős egészségbiztosítási járulék-fizetés szabályozásáért, az emberi erőforrások miniszterével együttesen az egészségbiztosítás természetbeni és pénzbeli szolgáltatásainak fedezetére szolgáló befizetési kötelezettségekről, továbbá az egészségügyi hozzájárulásról.

A miniszter felelős a szakképzésért és felnőttképzésért, s ebben a minőségben az egészségügyi szakképzési rendszer működtetésért.

A miniszter felelős a munkaerőpiacért, ezen belül a foglalkozás-egészségügy szervezéséért.

16.4.4. A katasztrófavédelemért felelős miniszter

A katasztrófavédelemért felelős miniszter a belügyminiszter.

Ebben a minőségben ellátja a polgári válságkezelési, a katasztrófavédelmi és a kritikus infrastruktúra védelmi feladatok kormányzati koordinációját, ellátja a Kormányzati Koordinációs Bizottság elnöki teendőit. Irányítja az Országos Katasztrófavédelmi Főigazgatóságot.

16.4.5. A környezetvédelemért felelős miniszter



A környezetvédelemért felelős miniszter a vidékfejlesztési miniszter.

A miniszter a környezetvédelemért való felelőssége körében

- a) elemzi és értékeli a környezet, a természet állapotát, annak az emberi egészségre gyakorolt hatását, védelmének helyzetét, a környezeti és természeti értékekkel, természeti erőforrásokkal való gazdálkodás folyamatait, a környezet és természet védelmének, szabályozott használatának és tervszerű fejlesztésének tapasztalatait, javaslatot dolgoz ki a tapasztalatok hasznosítására, értékeli azok megvalósulását,
- b) összehangolja, illetőleg feladatkörében működteti a környezet és a természet állapotának felmérését és értékelését szolgáló mérő-, megfigyelő-, ellenőrző-, értékelő- és információs rendszert, statisztikai adatszolgáltató rendszereket, valamint irányítja az ezekkel kapcsolatos labortevékenységet,
- c) figyelemmel kíséri és ösztönzi a környezet védelmét szolgáló berendezések, eszközök, módszerek és eljárások fejlesztését, azok alkalmazását, a környezetkímélő, természetkímélő anyag-, energia- és víztakarékos, hulladékszegény technológiák bevezetését, értékeli az egyes anyagok, termékek és technológiák környezetre, természetre gyakorolt hatását,
- d) segíti a környezeti tudatosság fejlesztését szolgáló programokat és a nevelést.

16.4.6. Az élelmiszerbiztonságért felelős miniszter

Az élelmiszerbiztonságért felelős miniszter a vidékfejlesztési miniszter.

Ebben a minőségében felelős az élelmiszerlánc-felügyeletért, az élelmiszer-higiéniáért és az élelmiszer-ellenőrzésért, e körben – az emberi erőforrások miniszterével együttműködve – előkészíti különösen:

- a) az élelmiszerben jelen lévő, az egészségre ható tényezők határértékeiről,
- b) az élelmiszer eredetű megbetegedések megelőzésének és leküzdésének élelmiszerbiztonsági feltételeiről szóló jogszabályokat, továbbá e tárgy körben felhatalmazás alapján miniszteri rendeleteket ad ki. A miniszter irányítja a Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatalt (NÉBI).

16.5. Országos hatáskörű szervek

16.5.1. Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) feladatait az 1991. évi XI. törvény szabályozza.

Az ÁNTSZ az Országos Tisztifőorvosi Hivatalból (OTH) és az irányítása alatt álló országos intézetekből áll. (16.5. ábra)

Az OTH központi hivatal, vezetője az országos tisztifőorvos, aki szakmailag irányítja a fővárosi és megyei kormányhivatalok szervezetében működő népegészségügyi feladatokat ellátó szakigazgatási szerveket. Az ÁNTSZ feladata az egészségügyi intézmények működési engedélyének kiadása és a szakmai minimumfeltételeknek történő megfelelés ellenőrzése. Az



ÁNTSZ hatósági jogkörben jelöli ki a járó-, és fekvőbetegellátó intézmények területi ellátási kötelezettségeit.

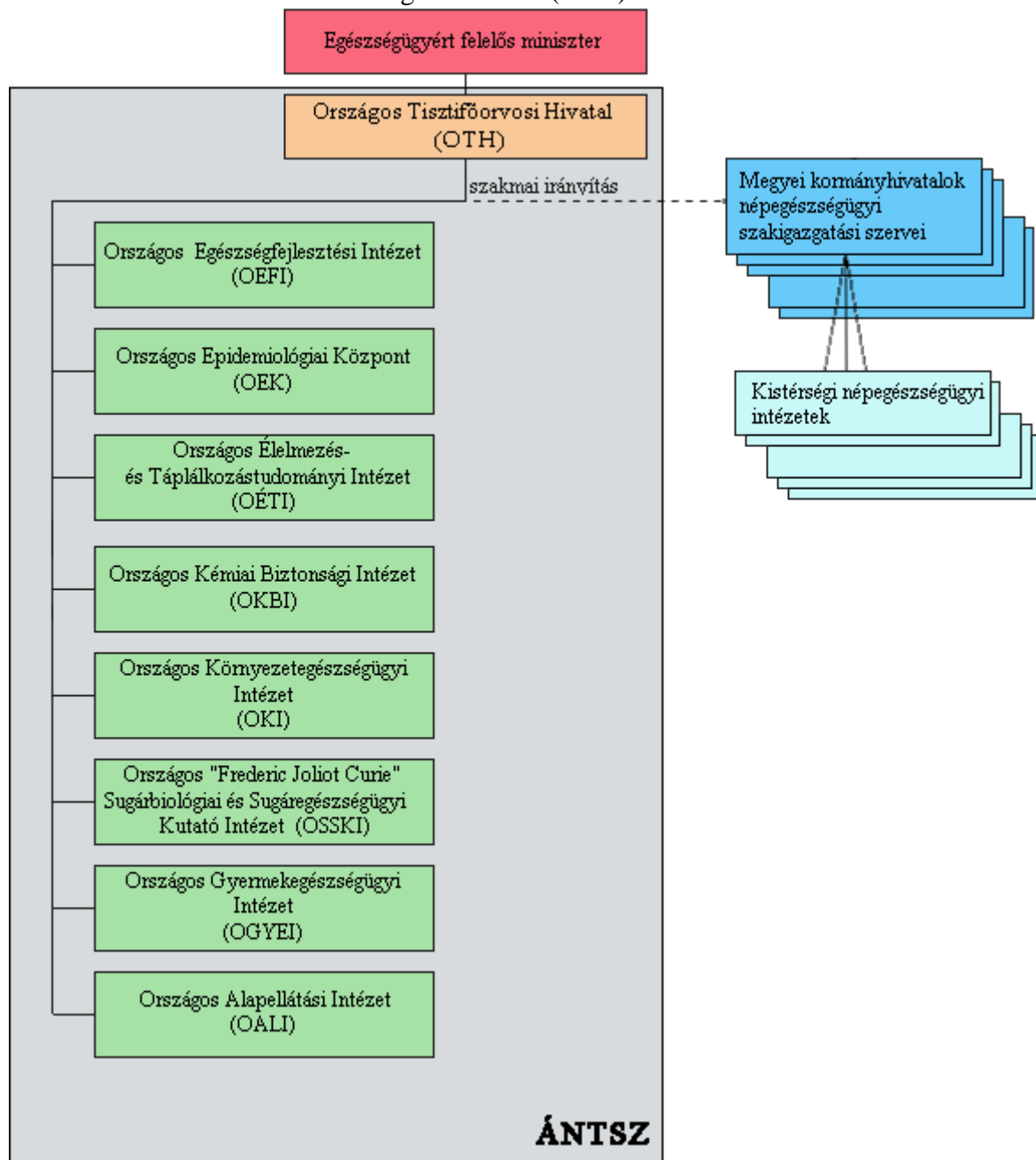
Az ÁNTSZ keretében működő országos intézetek szakmai-módszertani, tudományos kutatási, képzési, továbbképzési, nyilvántartási, koordinálási, szakmai és szakértői feladatokat látnak el (16.5.ábra). Az ÁNTSZ országos intézetei, alapító okiratukban szereplő feladataikkal:

- *Országos Környezetegészségügyi Intézet (OKI)* feladata a környezet egészségkárosító hatásainak vizsgálata és a megelőzés lehetőségeinek feltárása. Az OKI a környezet- és település-egészségügy szakterületen szakmai módszertani, szakvéleményezési, szakmai felügyeleti, tudományos kutatási, képzési, továbbképzési alapintézmény.
- *Országos "Frédéric Joliot-Curie" Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet (OSSKI)* a sugárbiztonság, sugáregészségügy és sugárbiológia szakterületén szakmai-módszertani, szakmai felügyeleti, szaktanácsadó, tudományos kutatási, képzési és továbbképzési alapintézmény.
- *Országos Kémiai Biztonsági Intézet (OKBI)* a kémiai biztonsággal, a veszélyes anyagokkal és készítményekkel összefüggő feladat- és hatásköröket lát el, e területen tudományos kutatási, képzési, továbbképzési alapintézmény.
- *Országos Epidemiológiai Központ (OEK)* a fertőző betegségek epidemiológiájával, járványügyi és mikrobiológiai vizsgálatokkal, immunbiológiai készítmények és diagnosztikumok ellenőrzésével foglalkozik. Referencia, regionális és BSL 3-4 laboratóriumokat, Nemzetközi Utazás-egészségügyi és Oltóközpontot, valamint a Nemzeti Drog Fókuszpontot működteti.
- *Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI)*, amely koordinálja a Nemzeti Népegészségügyi Program végrehajtását, vizsgálja a széles tömegek egészségét érintő káros jelenségeket, és módszertani ajánlásokat dolgoz ki, és programokat hajt végre azok megelőzésére.
- *Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI)* az élelmezés- és táplálkozás-egészségügy szakterületén szakmai-módszertani, tudományos kutatási, képzési, továbbképzési, nyilvántartási, koordinálási, szakmai felügyeleti, szakértői feladatokat ellátó alapintézmény, különös tekintettel a lakossági táplálkozásra, a különleges táplálkozási célú élelmiszerekre, az étrend-kiegészítőkre, a kozmetikumokra; valamint kiemelten az oktatási és nevelési intézményekben, munkahelyeken történő, és a fekvőbeteg gyógyintézeti betegélelmezés keretében nyújtott étkeztetésre.
- *Országos Alapellátási Intézet (OALI)*, amely az alapellátás (házi orvosi, házi gyermekorvosi, iskolaorvosi, védőnői) szolgálat és a beteg otthonában nyújtott ápolási szolgáltatás) szervezési-módszertani, tudományos-kutató, gyógyító-megelőző intézménye.



- *Országos Gyermekegészségügyi Intézet (OGYEI)* feladata a gyermekegészségügy, a gyermekek jogai és a gyermekek testi-lelki jólléte területén szakértői, szakmai tanácsadási szolgáltatás nyújtása, gyermekek érdekében végzett prevenciók feladatai.

16.5. ábra Az ÁNTSZ és országos intézetei (OTH)





16.5.2. OEP

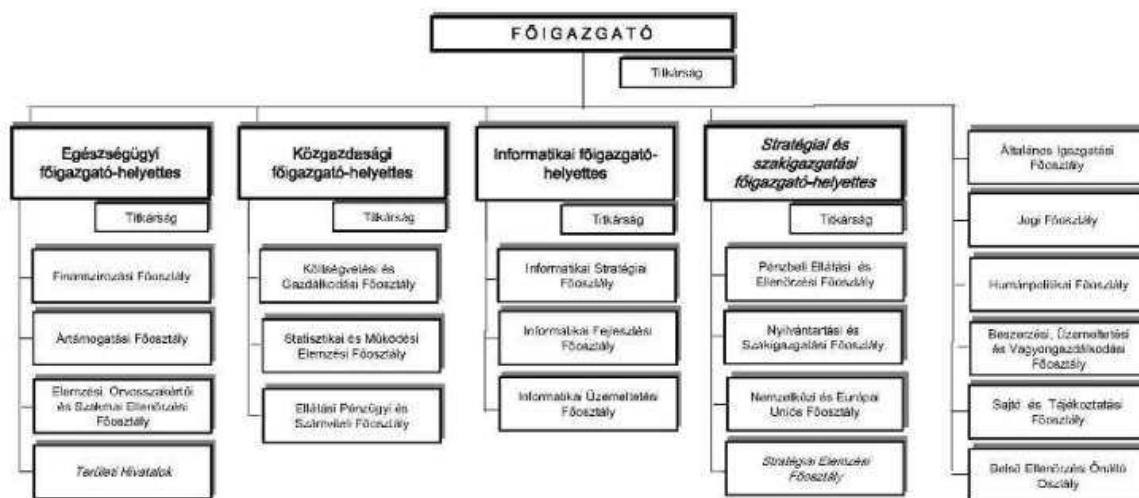
Az Országos Egészségpénztár (OEP) a társadalombiztosítás központi hivatali szerveként az Egészségbiztosítás Alap kezelését végzi. Ezen túlmenően végzi a magyar biztosítottak külföldön, illetve – bizonyos korlátok közt - a külföldi állampolgárok Magyarországon történő gyógykezelésével kapcsolatos ügyeket, valamint egyes állami feladatokat.

Létrehozását a társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásáról szóló 1991. évi LXXXIV. törvény, működését a 319/2010. (XII.27.) Korm. rendelet szabályozza.

Az OEP központi hivatalból (16.6. ábra) valamint területi Hivatalokból (regionálisan Szeged, Pécs, Debrecen, Salgótarján, Székesfehérvár, Szombathely, Budapest székhellyel) és ezek alá rendelt megyei irodákból (minden megyében).

16.6.ábra Az OEP Központi Hivatalának organogramja (OEP)

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár ideiglenes szervezeti felépítése



Az OEP feladatai:

- végzi az E. Alap kezelését, részt vesz a tervezésében;
- szerződést köt az egészségbiztosítási szolgáltatások nyújtására az egészségügyi szolgáltatókkal (alapellátás, járó-, fekvőbetegellátás), orvossal beutalási és vényírási



feladatokra, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, gyógyfürdőszolgáltatás nyújtására arra szakmailag alkalmas szolgáltatókkal.

- lefolytatja a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök, gyógyfürdőellátások, új orvosi technológiák finanszírozási körbe történő befogadásának, árainak tárgyalásait,
- végzi a törvény által ráruházott hatáskörben a nem társadalombiztosítási körbe tartozó feladatokat,
- társadalombiztosítási azonosító jelet (TAJ) képez, nyilván tart,
- társadalombiztosítási kérdésekben képzési, továbbképzési és tájékoztatási feladatok,
- véleményt nyilvánít a társadalombiztosítást érintő jogszabályokban, részt vesz a társadalombiztosításra vonatkozó tervezésben,
- nyilvántartásokat vezet, adatokat kezel, informatikai rendszert működtet,
- ellenőrzi a szolgáltatókat,
- az egészségbiztosítási pénztári szakigazgatási szervek vonatkozásában irányítja, szervezi, felügyeli és ellenőrzi az egészségbiztosítás pénzügyi ellátásainak (táppénz, utazási költség, stb.) megállapítását, folyósítását és adatszolgáltatását.

A Kormányhivatalok vették át az OEP területen működő ügyfélszolgálati irodát ezek a kormányhivatal Egészségbiztosítási Pénztári Szakigazgatási szervei, melyek az OEP szakmai irányítása alatt állnak.

Feladataik:

- a pénzügyi ellátások, a baleseti táppénzzel és az utazási költségtérítés ügyintézése,
- az egészségbiztosítási nyilvántartások vezetése (TAJ) és az ezzel kapcsolatos ügyek (új TAJ szám, jogviszony ellenőrzés, stb.) intézése.
- szakhatóságként állásfoglalást készít a közgyógyellátási kérelmekhez, kezeli a közgyógyellátási igazolványokat,
- lefolytatja az üzemi balesettel összefüggő gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, valamint térítésköteles fogászati ellátások térítési díj utólagos megtérítésével kapcsolatos eljárásokat,
- a nemzetközi egyezmények, illetve a szociális biztonsággal összefüggő uniós rendeletek szerinti formanyomtatványok, továbbá az Európai Egészségbiztosítási Kártya kibocsátásával kapcsolatos feladatok.

16.5.3. Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal

2003-ban jött létre az Egészségügyi Minisztérium, valamint az egészségügyi miniszter hatáskörébe tartozó közigazgatási, hatósági feladatok, továbbá a miniszter ágazati irányítási jogkörébe tartozó egyes közigazgatási feladatok ellátására. Az egyes feladatok ellátására a hivatal különböző jogszabályokban kapott felhatalmazást.

Az Orvostechnikai Főosztály feladatai:



Az orvostechnikai eszközöknek a megnevezés alkalmazása az eszköz gyártójának feladata és felelőssége, amellyel elismeri, hogy teljesíti az orvostechnikai eszközökről szóló jogszabály feltételeit (4/2009. (III. 17.) EüM rendelet). A megnevezés alkalmazásának tartalmát és megalapozottságát az Orvostechnikai Főosztály vizsgálja.

A Kábítószerügyi Főosztály feladatai:

A kábítószerrel és pszichotrop anyagokkal kapcsolatos engedélyezési feladatok gyártás, export, import, transzfer, beszerzés, forgalmazás, raktározás, tárolás, tartás, átadás, használat, valamint a velük kapcsolatos oktatás, kutatás, elemzés kizárólag tevékenységi engedély birtokában folytatható.

A Nyilvántartási Főosztály feladatai:

Alapnyilvántartás

A Nyilvántartási Főosztály vezeti az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartását. Azt aki Magyarországon az állam által elismert oktatási intézményben szerzett vagy külföldön szerzett és Magyarországon honosított, vagy elismert egészségügyi szakképesítéssel rendelkezik az oklevél, illetve bizonyítvány megszerzését követően alapnyilvántartásba kell venni.

Működési nyilvántartás

Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, klinikai szakpszichológusok működési nyilvántartását 2007. 04.01-től kezdve, az egészségügyi szakdolgozók (egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy, akinek nem orvos, fogorvos, gyógyszerész, klinikai szakpszichológus végzettsége van) működési nyilvántartását 2009. január 1-jétől a hivatal vezeti. Ez a nyilvántartás azokat a személyeket tartalmazza, akik az alapnyilvántartásban szerepelnek és a tényleges tevékenységhez szükséges feltételekkel rendelkeznek. (Pl. orvosok esetében tagjai a Magyar Orvosi kamarának és eleget tettek az előírt továbbképzési követelményeknek.)

Szakértői nyilvántartás

A hivatal ellátja a szakértői tevékenység engedélyezésével kapcsolatos feladatokat, Egészségügyi szakértői tevékenység végzését az egészségügyi szakértői tevékenységgel kapcsolatos egyes kérdésekről szóló 40/2009. (XI.20.) EüM rendelet szabályozza. Az, aki a rendelet feltételeinek megfelelő kérelmezheti a szakértő névjegyzékbe történő felvételét.

A Migrációs és Monitoring Főosztály feladatai:

Oklevelek elismerése.

Egészségügyi humánerőforrás monitoring feladatai:

A 36/2009. (XI.3.) EüM. rendelet. az egységes humánerőforrás-monitoring rendszerben a hivatal feladatává teszi az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatosan adatgyűjtést egy egységes adattárház számára. A HMR projekt Európai Unió társfinanszírozással, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet konzorciumi együttműködésével valósul meg.



16.5.4. Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ

Az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) az alapítását elrendelő 214/2012. (VII. 30.) Korm. rendelet szerint az egészségügyért felelős miniszter irányítása alatt álló központi hivatal.

A hivatal feladata a jogvédelmi képviselő (gyermekjogi, ellátottjogi és betegjogi) irányítása, megszervezése. Emellett a jogutód nélkül megszűnt intézmények, az ellátottjogi eljárások anyagának, a klinikai vizsgálatokra vonatkozó dokumentumok nyilvántartása és őrzése. Az ellátottjogi képviselők a hivatal alkalmazottai.

Az OBDK ellenőrzi az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetőségét, gondoskodik a betegek, jogainak érvényesüléséről, védelméről, tájékoztatást ad a betegjogokról, képzési és továbbképzési feladatokat lát el a jogvédelmi képviselők munkájához kapcsolódóan, közzéteszi a jogvédelmi képviselők tevékenységéről szóló éves beszámolót.

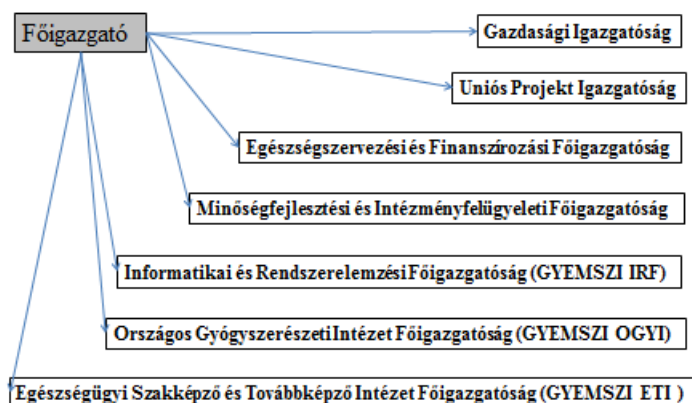
16.5.5. GYEMSZI

Az egészségügy strukturális átalakításának részeként 2011-ben jött létre a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) (16.7.ábra).

A GYEMSZI az EMMI egészségügyi háttérintézményeként:

- egyrészt koncepciók kidolgozását (minőségfejlesztési és megbízhatóság, a különböző ellátási szintek szakmai fejlesztése, betegút szervezési és fejlesztéspolitikai),
- másrészt operatív feladatokat (a minisztérium irányítása alá kerülő egészségügyi intézmények fenntartói, irányítási feladatai, az országos szak-főorvosi rendszer működtetése, az ágazatot érintő európai uniós projektek menedzselése.),
- valamint az intézménybe integrált jogelőd intézmények (Országos Gyógyszerészeti Intézet, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, Egészségügyi Továbbképző Intézet, Országos Orvostechikai Intézet) feladatait végzi.

16.7.ábra a GYEMSZI igazgatóságai és főigazgatóságai



Az egyes igazgatóságok, főigazgatóságok feladatai (GYEMSZI honlap):

A Gazdasági Igazgatóság:

Az Igazgatóság két fő területre tagozódik, amelyek közül az egyik a GYEMSZI székhelyén, a másik több telephelyen, a beolvadó intézetek (OGYI, ETI, ESKI) eredeti telephelyein dolgozik.

A Minőségügyi, Igazgatási és Jogi Főigazgatóság:

- meghatározza az egészségügyi ágazat minőségügyi és betegbiztonsági stratégiáját és irányvonalát, a minőségcélokat és a célok elérését lehetővé tevő eszköztárat;
- ellátja a GYEMSZI általános jogi és igazgatási feladatait;
- a GYEMSZI humánpolitikai tevékenységének irányítása.

Az Egészség szervezési és Finanszírozási Főigazgatóság:

- egy módszertani és irányítási központ, amelynek keretében:
 - az egészségügyi intézményrendszer teljes körű átvizsgálása (betegforgalmi adatok, elvégzett tevékenységek, szerződött kapacitások, kihasználtság);
 - progresszivitási szintek definiálása;
 - a progresszivitási szinteknek megfelelően az elérési térképek segítségével kapacitások és területi ellátási kötelezettségek rendelése az ellátó intézményekhez;
 - az egészségügyi ellátó rendszer térségekbe szervezése (8 ilyen egység: Területi Egészség szervezési Központ – TEK - alakult), a térségekben az egészségügyi ellátás optimális megszervezésének és felügyeletének, valamint a betegút szervezés.



A Minőségfejlesztési és Intézményfelügyeleti Főigazgatóság:

- a GYEMSZI hatáskörébe tartozó intézmények intézményfelügyelete, beszerzések koordinálása, közbeszerzések lebonyolítása;
 - vagyonekezelési feladatkör, ingatlan-, létesítménygazdálkodás, vagyongazdálkodási és felügyeleti feladatok, üzemeltetés és működtetés feltételeinek megteremtése;
- az egészségügyi szolgáltatók orvostechnikai, technológiai beruházásaival kapcsolatos szakértői tevékenység végzése;
- a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásához igazolás kiadása, szakértői tevékenység végzése;
- adatgyűjtést és országos nyilvántartás az egészségügyi szolgáltatók gép-műszer, energia- és épületkatasztere területén.

Az Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság (GYEMSZI IRF):

- az egészségügyi ágazati informatikai tevékenységet,
- az egészségüggyel, az egészségügy finanszírozásával kapcsolatos fejlesztési, elemzési, értékelési, kutatási, szakértői és szakmai támogatási feladatokat lát el,
- országos szakkönyvtári feladatokat lát el.

Az Országos Gyógyszerészeti Intézet Főigazgatóság (GYEMSZI OGYI Főigazgatóság):

- ellátja a gyógyszerfelügyeleti hatósági, szakhatósági és ellenőrzési tevékenységeket;
- részt vesz a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadása szempontjairól és a befogadás vagy támogatás megváltoztatásáról szóló eljárásban.

Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet Főigazgatóság (GYEMSZI ETI Főigazgatóság):

- az egészségügyi szakképzésekkel és vizsgáztatással összefüggésben szervezési, módszertani szakirányítási és szakmai pedagógiai feladatokat lát el;
- felnőttképzési tevékenységet folytat, iskolarendszeren kívüli egészségügyi szakképzéseket és azok vizsgáit szervezi, továbbképzéseket szervez és folytat.

Az Uniós Projekt Igazgatóság:

- az egészségügyi szakterület kiemelt projektjeinek végrehajtása egységes koordináció mellett;
- a GYEMSZI és jogelődjei által elnyert, vagy újonnan induló további hazai, uniós és nemzetközi pályázati konstrukciók egységes kezelése;



- az egészségügyi ágazatot érintő szakma-, fejlesztés- és támogatás-politikai stratégiai tervezés módszertani és szakmai támogatása az EU és más donor szervezetekkel kapcsolatos program-előkészítő feladatainak ellátásában.

16.5.6. A kormányhivatalok szakigazgatási szervei

A fővárosi és megyei kormányhivatalokban szakigazgatási szervként **népegészségügyi szakigazgatási szervek** működnek. Feladataik:

- közegészségügy (környezet- és település-egészségügy, élelmezés-egészségügy, táplálkozás-egészségügy, sugáregészségügy, kémiai biztonság területén);
- járványügy;
- egészségfejlesztés (lásd.4.2.2.);
- egészségügyi, gyógyszerügyi igazgatás és koordináció;
- szakfelügyeleti feladatok ellátása az egészségügyi szolgáltatók felett.

A megyei népegészségügyi szakigazgatási szervek irányítják és koordinálják a megyében működő kistérségi népegészségügyi intézetek tevékenységét.

16.6. Önkormányzatok

A 2011. évi CLXXXIX. törvény 13. § (1) írja elő az önkormányzatok feladatait, amelyek több pontban érintik az egészségügyi ellátást is:

- településüzemeltetés (köztemetők kialakítása és fenntartása, a közvilágításról való gondoskodás, kéményseprő-ipari szolgáltatás biztosítása, a helyi közutak és tartozékainak kialakítása és fenntartása, közparkok és egyéb közterületek kialakítása és fenntartása, gépjárművek parkolásának biztosítása);
- egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások;
- környezet-egészségügy (köztisztaság, települési környezet tisztaságának biztosítása, rovar- és rágcsálóirtás);
- óvodai ellátás;
- a területén hajléktalanná vált személyek ellátásának és rehabilitációjának, valamint a hajléktalanná válás megelőzésének biztosítása;
- helyi környezet- és természetvédelem, vízgazdálkodás, vízkárelhárítás, ivóvízellátás, szennyvízelvezetés, -kezelés és -ártalmatlanítás (csatornaszolgáltatás);
- honvédelem, polgári védelem, katasztrófavédelem, helyi közfoglalkoztatás;
- sport, ifjúsági ügyek;
- hulladékgazdálkodás;

Ezek közül kiemelendő, hogy az egészségügyi alapellátás biztosítása az önkormányzat kötelező feladata. Ennek keretében meghatározza az alapellátás kötelező ellátási területeit (háziorvosi, alapellátó fogorvosi, védőnői körzetek), megszervezi az alapellátás intézményeit (saját vagy szerződött szolgáltató révén) és biztosítja ezek működését (pl. ügyelet). A körzethatárok kijelölése önkormányzati határozatban történik. A működtetés módjáról is



testületi döntést kell hozni (saját intézményként vagy társulás formájában más önkormányzatokkal közösen vagy szerződéses formában külső szolgáltatóval), amelynek lebonyolítása azonban a polgármesteri hivatal feladata.

16.7. Magyar Tudományos Akadémia

Magyar Tudományos Akadémia, mint köztestület a Magyar Tudományos Akadémiáról szóló 1994. évi XL. törvényben meghatározott, a tudomány művelésével, támogatásával és képviselésével kapcsolatos országos közfeladatokat lát el. Az Akadémia 11 osztályra tagozódik.

Az Orvostudományi Osztály az elméleti orvostudományok, klinikai orvostudományok, kísérleti orvostudományok kérdéseivel foglalkozik, 6 bizottság és 10 osztályközi bizottság munkája révén. Rendszeresen szervez felolvasó üléseket, emlékbeszédeket, emléküléseket tart. Az osztály 2 tudományos folyóiratot, tudományos könyvkiadást támogat. Az osztály állást foglal a tudományos kutatások irányáról, az aktuális tudományos kérdésekről, ezekről tudományos üléseket, konferenciákat szervez.

16.8. Civil szervezetek

16.8.1. Szakmai kollégium

Az egészségügy irányításának egyes kérdései elmélyült szakmai ismeretet tételeznek fel. Erre a feladatra a közigazgatás nyilvánvalóan nem képes. Ezt áthidalandó a miniszter tanácsadó testületeket, szakmai kollégiumot hozott létre, mely különböző átalakulások után jelenleg a 12/2011. (III. 30.) NEFMI rendeletben előírtak szerint működik.

A miniszter javaslattevő, véleményező és tanácsadó szakmai testülete a szakmai kollégium. A szakmai kollégium az egészségügy fő területeit reprezentáló 3-3 fős tagozatokból áll, melyek munkáját különböző létszámú szakmai kollégiumi tanácsok segítik (16.8.ábra). A tagok delegálással illetve kinevezéssel 4 évre nyerik el megbízatásukat.

A tagozatok – az adott tagozat szakterületének megfelelően – véleményt nyilvánítanak:

- a) az egészségügy finanszírozási rendszeréről,
- b) a kapacitás elosztásokról és a progresszív ellátási szintekről,
- c) a szakmai irányelvek és módszertani levelek bevezetéséről, alkalmazásáról és érvényesüléséről,
- d) az egészségügyi szakképzéssel kapcsolatos kérdésekről,
- e) az adatgyűjtési rendszerről,
- f) a stratégiai fejlesztési kérdésekről.



A szakmai kollégiumi tanácsok mellett, hogy előkészítő anyagokat készítenek a tagozatok számára:

- a) figyelemmel kísérik a szakmai irányelvek, módszertani levelek érvényességét, továbbá javaslatot tesznek a tartalmukra,
- b) javaslatot készítenek az egészségügyi szolgáltatók szakmai minimumfeltételeire,
- c) véleményt nyilvánítanak az új vizsgálati módszerekről és gyógyító-megelőző eljárások alkalmazásának feltételeiről,
- d) koordinálják az adott szakterület adatgyűjtésének kivitelezését,
- e) közreműködnek az egészségügyi minőségirányítási rendszer szakmai követelményeinek kidolgozásában,
- f) javaslatot tesznek az osztályvezető főorvosi, főgyógyszerészi, továbbá más szakmai vezetői pályázati kiírások szakmai követelményeire, és véleményezik a pályázó szakmai feltételeknek való megfelelését.

16.8. ábra A Szakmai kollégium tagozatai és tanácsai létszámukkal

1. Aneszteziológia és intenzív terápia tagozat/tanács (15 fő)
2. Oxyológia – sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan tagozat/tanács (15 fő)
3. Infektológia tagozat/tanács (10 fő)
4. Klinikai és járványügyi mikrobiológia tagozat/tanács (10 fő)
5. Gasztroenterológia és hepatológia tagozat/tanács (10 fő)
6. Belgyógyászat, endokrinológia, diabétesz és anyagcserebetegségek tagozat/tanács (15 fő)
7. Nefrológia és dialízis tagozat/tanács (10 fő)
8. Tüdőgyógyászat tagozat/tanács (10 fő)
9. Tüdő- és mellkas sebészet tagozat/tanács (5 fő)
10. Reumatológia tagozat/tanács (10 fő)
11. Klinikai immunológia és allergológia tagozat/tanács (10 fő)
12. Bőr- és nemibetegségek tagozat/tanács (10 fő)
13. Transzfuziológia és hematólógia tagozat/tanács (10 fő)
14. Onkológia és sugárterápia tagozat/tanács (10 fő)
15. Kardiológia tagozat/tanács (10 fő)
16. Szívsebészet tagozat/tanács (5 fő)
17. Érsebészet és angiológia tagozat/tanács (10 fő)
18. Általános sebészet tagozat/tanács (15 fő)
19. Transzplantáció tagozat/tanács (5 fő)
20. Urológia tagozat/tanács (10 fő)
21. Égés- és plasztikai sebészet tagozat/tanács (10 fő)
22. Traumatológia és kézsebészet tagozat/tanács (15 fő)
23. Ortopédia tagozat/tanács (10 fő)
24. Sportegészségügy tagozat/tanács (5 fő)
25. Szemészet tagozat/tanács (10 fő)
26. Fül-orr-gégészeti tagozat/tanács (10 fő)



27. Arc, állcsont és szájsebészet tagozat/tanács (5 fő)
28. Fog- és szájbetegségek tagozat/tanács (15 fő)
29. Idegsebészet tagozat/tanács (10 fő)
30. Neurológia tagozat/tanács (15 fő)
31. Pszichiátria és pszichoterápia tagozat/tanács (15 fő)
32. Addiktológia tagozat/tanács (10 fő)
33. Házi orvostan tagozat/tanács (15 fő)
34. Gyermek alapellátás (házi gyermekorvostan, ifjúsági és iskolaorvoslás, védőnő) tagozat/tanács (15 fő)
35. Foglalkozás orvostan tagozat/tanács (10 fő)
36. Megelőző orvostan és népegészségügy, kórház higiénia tagozat/tanács (15 fő)
37. Fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz (15 fő)
38. Balneoterápia tagozat/tanács (5 fő)
39. Geriátria és krónikus ellátás tagozat/tanács (10 fő)
40. Szülészet és nőgyógyászat, asszisztált reprodukció tagozat/tanács (15 fő)
41. Csecsemő- és gyermekgyógyászat tagozat/tanács (15 fő)
42. Neonatológia tagozat/tanács (10 fő)
43. Gyermekpszichiátria tagozat/tanács (5 fő)
44. Gyermeksebészet tagozat/tanács (10 fő)
45. Klinikai genetika tagozat/tanács (10 fő)
46. Orvosi laboratórium tagozat/tanács (15 fő)
47. Radiológia tagozat/tanács (15 fő)
48. Nukleáris medicina tagozat/tanács (10 fő)
49. Patológia tagozat/tanács (10 fő)
50. Igazságügyi orvostan, orvosszakértés és biztosítási orvostan tagozat/tanács (10 fő)
51. Egészségügyi informatika (nem orvosi) tagozat/tanács (10 fő)
52. Menedzsment és egészséggazdaságtan tagozat/tanács (10 fő)
53. Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus tagozat/tanács (10 fő)
54. Ápolás (szakdolgozói) tagozat/tanács (15 fő)
55. Dietetika, humán táplálkozás (szakdolgozói) tagozat/tanács (10 fő)
56. Mozgásterápia, fizioterápia tagozat/tanács (15 fő)
57. Komplementer medicina tagozat/tanács (10 fő)
58. Kórházi klinikai gyógyszerészet tagozat/tanács (10 fő)
59. Gyógyszerellátási gyógyszerészet tagozat/tanács (10 fő)
60. Ipari gyógyszerészet tagozat/tanács (10 fő)

16.8.2. Tudományos társaságok

Az orvostudomány specialitásainak megfelelően, bizonyos esetekben interdiszciplinárisan, valamint egy –egy betegség vagy diagnosztikai eljárás iránt érdeklődők tudományos társaságokba tömörülnek (16.9. ábra). A magyar orvostársadalom legnagyobb, önkéntes



tagságon alapuló szervezete, a Magyar Orvostársaságok és Egyesületek Szövetsége (MOTESZ).

16.9. ábra Az 1966-ban alakult MOTESZ 1966 tagszervezetei (2012.)

Fodor József" Iskolaegészségügyi Társaság
"Pápai Páriz" Egészségnevelési Országos Egyesület
Az Orvosi Rehabilitáció és a Fizikális Medicina Magyarországi Társasága
Egészségügyi Finanszírozási Tanácsadók Szakmai Egyesülete
Gyermekkori Gerincdeformitásokat Kutatók Magyarországi Egyesülete
Hagyományos Kínai Orvoslás Magyarországi Egyesülete
Korányi Sándor Társaság
Magyar Addiktológiai Társaság
Magyar Akupunktúra Orvosok Társasága
Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság
Magyar Alvástársaság
Magyar Andrológiai Tudományos Társaság
Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság
Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
Magyar Arc-, Állcsont- és Szájsebészeti Társaság
Magyar Artériás Stiffness Társaság
Magyar Artroszkópos Társaság
Magyar Asszisztált Reprodukciós Társaság
Magyar Atherosclerosis Társaság
Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesülete
Magyar Balneológiai Egyesület
Magyar Belgyógyász Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság
Magyar Crohn Társaság
Magyar Család és Nővédelmi Tudományos Társaság
Magyar Dermatológiai Társulat
Magyar Egészség-gazdaságtani Társaság
Magyar Egészségügyi Informatikai Társaság
Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság
Magyar Égési Egyesület
Magyar Életbiztosítási Orvostani Társaság
Magyar Élettani Társaság
Magyar Elhízástudományi Társaság
Magyar Endokrinológiai és Anyagcsere Társaság
Magyar Epidemiológiai Társaság
Magyar Faluegészségügyi Tudományos Társaság
Magyar Fejlődésneurológiai Társaság
Magyar Fejfájás Társaság



Magyar Fitoterápiás Társaság
Magyar Fogorvosok Egyesülete
Magyar Fogorvosok Implantológiai Társasága
Magyar Fonetikai, Foniátriai és Logopédiai Társaság
Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete
Magyar Gasztroenterológiai Társaság
Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság
Magyar Gyermekaneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság
Magyar Gyermekfogászati és Fogszabályozási Társaság
Magyar Gyermekneurológiai, Idegsebészeti, Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Társaság
Magyar Gyermeknőgyógyász Társaság
Magyar Gyermekorvosok Társasága
Magyar Gyermeksebész Társaság
Magyar Hematológiai és Transzfuziológiai Társaság
Magyar Higiénikusok Társasága
Magyar Homeopata Orvosi Egyesület
Magyar Humánogenetikai Társaság
Magyar Hypertonia Társaság
Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága
Magyar Idegsebészeti Társaság
Magyar Igazságügyi Orvosok Társasága
Magyar Infektológiai és Klinikai Mikrobiológiai Társaság
Magyar Kardiológusok Társasága
Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs Társaság
Magyar Katonai- Katasztrófaorvostani Társaság
Magyar Kemoterápiás Társaság
Magyar Kézsebész Társaság
Magyar Kísérletes és Klinikai Farmakológiai Társaság
Magyar Klinikai Onkológiai Társaság
Magyar Koloproktológus Társaság
Magyar Kontinencia Társaság
Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság
Magyar Májkutató Társaság
Magyar Manuálterápiás Orvosok Egyesülete
Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság
Magyar Mellkassebész Társaság
Magyar Menopausa Társaság
Magyar Mesterséges Táplálási Társaság
Magyar Mikrobiológiai Társaság
Magyar Munkahigiénés és Kémiai Biztonsági Tudományos Társaság
Magyar Nephrologiai Társaság
Magyar Neuro-Onkológiai Társaság



Magyar Neuropathológiai Társaság
Magyar Neuroszonológiai Társaság
Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága
Magyar Nőorvos Társaság
Magyar Obezitológiai és Mozgásterápiás Társaság
Magyar Onkológusok Gyógyszerterápiás Tudományos Társasága
Magyar Onkológusok Társasága
Magyar Orthodontusok Társasága
Magyar Ortopéd Társaság
Magyar Orvosképzési és Egészségügyi Oktatási Társaság
Magyar Orvosnők Egyesülete
Magyar Orvosok az "Egészséges Környezetért" Társaság
Magyar Orvostörténelmi Társaság
Hevesi György Magyar Orvostudományi Nukleáris Társaság
Magyar Oxyológiai Társaság
Magyar Pathológusok Társasága
Magyar Plasztikai, Helyreállító és Esztétikai Sebész Társaság
Magyar Pszichiátriai Társaság
Magyar Pszichofarmakológusok Társasága
Magyar Radiológusok Társasága
Magyar Reproductív Immunológiai Társaság
Magyar Repülő- és Űrorvosi Társaság
Magyar Resuscitatio Társaság
Magyar Reumatológusok Egyesülete
Magyar Sebész Társaság
Magyar Sebkezelő Társaság
Magyar Sportorvos Társaság
Magyar Stroke Társaság
Magyar Sürgősségi Orvostani Társaság Közhasznú Egyesület
Magyar Szabadgyök-Kutató Társaság
Magyar Személyre Szabott Medicina Társaság
Magyar Szemorvos Társaság
Magyar Szenológiai Társaság
Magyar Szívsebészeti Társaság
Magyar Szülészeti és Nőgyógyászati Endokrinológiai Társaság
Magyar Szülészeti, Nőgyógyászati Ultrahang Társaság
Magyar Thrombosis és Haemostasis Társaság
Magyar Transzplantációs Társaság
Magyar Traumatológus Társaság
Magyar Tüdőgyógyász Társaság
Magyar Ultrahang Társaság
Magyar Urológusok Társasága



Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság
Magyarországi Klinikai Vizsgálatszervezők Társasága
Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Társaság
Preventív Gerontológiai és Geriátriai Társaság
Szülészeti és Perinatológiai Aneszteziológiai Társaság
Magyar Szexuális Medicina Társasága

16.8.3. Betegegyesületek

A civil szféra részeként, mint társadalmi egyesületek az azonos betegségben – elsősorban krónikus betegség – vagy azonos fogyatékoság típusban (pl. mozgássérült, hallás sérült, stb.) szenvedő betegek önkéntes tagságon alapuló egyesületeket alapíthatnak. Ezek a betegek érdekvédelemtől is működnek, s adott esetben egy-egy jogszabály hatásainak az adott betegségcsoportra, fogyatékoság típusra gyakorolt hatását közvetlen tapasztalatuk alapján jelezhetik a döntéshozók felé. Ezek a szervezetek egyúttal lehetőséget teremtenek arra, hogy a jogszabályalkotásban már az előkészítő fázisban is kikérjék véleményüket.

Az egyik legrégebbi betegegyesületet 1981-ben a mozgássérült emberek helyi egyesületei hozták létre. A MEOSZ (Mozgássérültek Egyesületeinek Országos Szövetsége) az egyik legnagyobb civil szervezet. A taggyesületeinek száma 102, melyeken belül további 750 helyi csoport működik, így a teljes taglétszám mintegy 205.000. Az egyesület támogató szolgáltatásokat tart fenn, mely a tagság részére tájékoztatást ad jogi, betegellátási kérdésekben, személyi segítséget, szállítást, gyógyászati segédeszköz kölcsönzést. A szervezet nappali intézményeket (Nyíregyháza, Nagyatád, Kaposvár, Szeged) és lakóotthonokat (Piliscsaba, Csorvás, Kaposvár, Nagyatád).

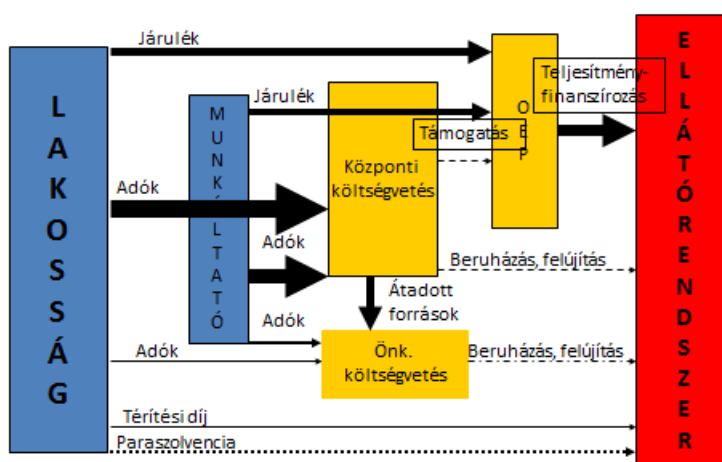
Az ÉFOÉSZ (Értelmi Fogyatékosokkal Élők és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége) érdekvédelemmel és hasonló támogató szolgáltatásokkal (személyi, szállítás, tanácsadás) áll. A szervezethez 100 jogi személyiséggel rendelkező szervezet, mintegy 22 ezer ember tartozik.

17. Az egészségügy finanszírozása

Az egészségügy finanszírozója alapvetően az állampolgár, a biztosított és a beteg, adók egészségbiztosítási járulék, vagy co-payment formájában. (17.1. ábra)

17.1.ábra Az egészségügy finanszírozása

A magyar egészségügy finanszírozása



A magyar egészségügy működésének finanszírozása duális, azaz a működési és a tőkeköltségek (fenntartás, beruházás) finanszírozása eltérő, egymással össze nem kapcsolt módon történik, ami számos probléma forrása.

17.1. A működési költségek, amortizáció, fejlesztés.

Az egészségbiztosítás törvény arról rendelkezik, hogy az E. Alapból a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra folyósított összeg nem mentesíti a szolgáltató fenntartóját (tulajdonos, kezelő) az egyéb jogszabályokban előírt fenntartási és fejlesztési kötelezettségek teljesítése alól. A finanszírozás keretében folyósított összeg csak a finanszírozási szerződésben foglalt feladatokra használható fel.

17.2. A járulék és adó fogalma

Járulék, olyan törvényben meghatározott befizetési kötelezettség, amely valamilyen szolgáltatást nyújtó alapnak teljesítenek, amely ebből fedezi a szolgáltatásokat. (szakképzési járulék, munkaerőpiaci járulék). A kötelező egészségbiztosítási rendszerben a munkajövedelmek után járulékfizetési kötelezettség keletkezik, melyet a munkavállaló és a munkáltató fizet.



Az adó az állam által egyoldalúan megállapított, kényszer útján behajtható, közvetlen ellenszolgáltatás nélküli állami bevétel. Az adófizetést jogszabály írja elő, befizetése jogi eszközökkel kikényszeríthető és a járulékkal szemben a befizető nem kap közvetlen ellenszolgáltatást a befizetése után. Az adó az állam funkcióinak fedezetére szolgál, így közvetve a befizetők érdekeit szolgálja.

17.3. Költségviselők

Az egészségügyi rendszer költségeit (működtetés, karbantartás, fejlesztés) különböző módon teremtik elő. Adókból a központi költségvetésen, a települési önkormányzatok költségvetésén keresztül, járulékokból az E. Alapon keresztül, nemzetközi szerződések alapján lehívott forrásokból, s ezen kívül a szolgáltatásokat igénybe vevő beteg is – bizonyos esetekben – közvetlenül hozzájárul az egészségügy költségvetéséhez.

17.3.1. Egyén

Az egészségügyi számlák rendszerének (OECD) kimutatása szerint a lakosság az egészségügy számított költségeihez mintegy 26,9 %-ában járul hozzá közvetlenül.

Ez az összeg tartalmazza a prevencióra fordított összegeket is, ahol az egészségfejlesztést igen széles értelemben használja a statisztikát elkészítő. Beletartozik a vitaminok, egészségügyi célból vásárolt étrend kiegészítőkön, az önkéntes egészségpénztári befizetéseken túl a foglalkozás-egészségügy költségeit is (noha ehhez a munkavállaló Magyarországon anyagilag nem járul hozzá).

17.3.2. Önkormányzat

Az önkormányzatok a felelősségi körükbe tartozó egészségügyi ellátásokért kapott társadalombiztosítási támogatást az egészségbiztosítási törvény értelmében kötelesek a szolgáltatást nyújtóknak továbbítani.

Az önkormányzatok felelősek az alapellátás (házi orvosi, házi gyermekorvosi, védőnői, fogászati alapellátás) biztosításáért, saját alkalmazottjaik vagy szerződéssel alapellátást nyújtó szolgáltató révén. A működési költségek a szolgáltatót illetik, a beruházási és karbantartási költségek a tulajdonost terhelik. Az alapellátási ügyelet fenntartása is az önkormányzatok feladata, beleértve itt is a beruházás és a karbantartás költségeit.

Az önkormányzatok tulajdonosi feladataik ellátásához állami segítséget is kaphatnak, pályázati rendszerben. (lásd 17.5.3.)

17.3.3. Állam

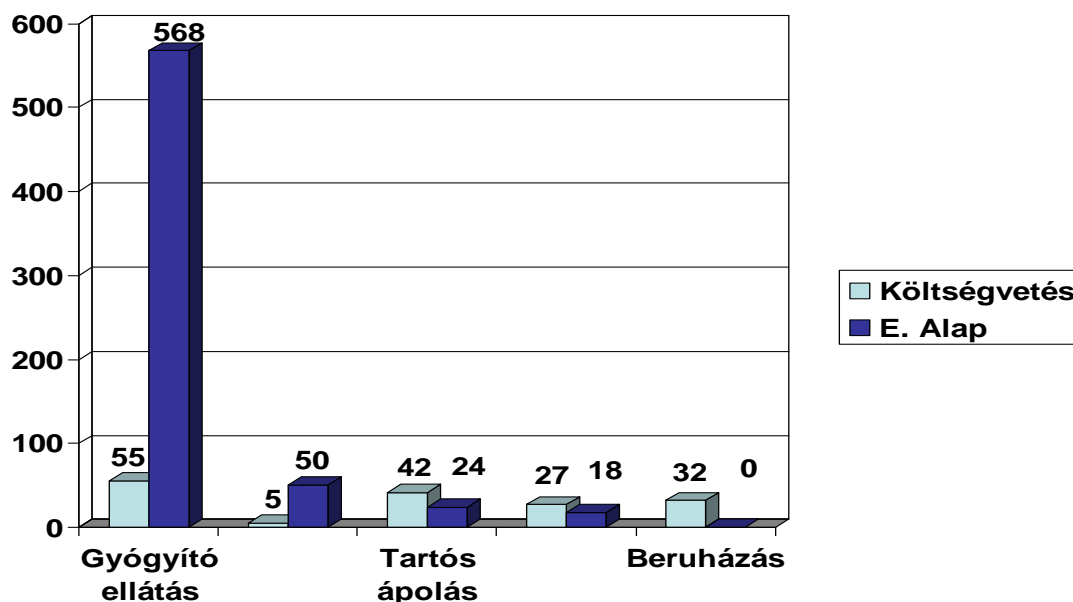


Az egészségügyi ellátás költségeinek fokozatos növekedése és a gazdasági lehetőségek szűkülése, különösen a munkabérre rakódó terhek, újszerű megvilágításba helyezték az állam anyagi szerepvállalását az egységes, államilag irányított egészségügyi rendszerekben.

Az állam, mint tulajdonos intézményei tekintetében fedezni tartozik a karbantartás és a fejlesztés költségeit. Ezen „klasszikus” anyagi szerepvállalás mellett az állam fedez egyes egészségügyi szolgáltatásokat, melyeket a jogszabály állami feladatnak minősít (pl. mentés).

Az állam növekvő mértékben vesz részt az egészségügy költségvetésének biztosításában, az egészségbiztosító saját bevételei (járulék, egészségbiztosítási hozzájárulás, stb.) mellett (17.2. ábra). Ezzel lehet kompenzálni azt, hogy a járulékfizetők (3,9 millió állampolgár) befizetései ne csak a járulékfizetőkre, hanem a különböző jogcímenek a teljes lakosság ellátásaira fedezetet nyújtsanak. Amennyiben az egészségügyi ellátás teljes költségét a járulékfizetőkre terhelnék, az rendkívüli mértékben megemelné a munkabérekre rótt közterheket, ezáltal megnehezítve a munkavállalók és a munkáltatók (vállalatok) gazdasági helyzetét. Másik megközelítésben a járulékot aktuálisan nem fizetők kizárása az egészségügyi ellátás rendszeréből beláthatatlan társadalmi következményekkel járna.

17.2. ábra A központi költségvetés és az E. Alap bevételeinek aránya az egyes ellátások fedezésében 2009-ben (MdFT) (KSH)



17.3.4. OEP

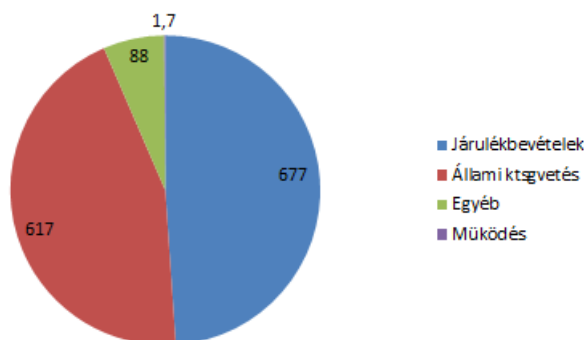


Az OEP az Egészségbiztosítási Alap kezelője.

A járulékok és egészségügyi hozzájárulás befizetése a munkavállalók és munkáltatók részéről a Nemzeti Adó- és Vámhivatal számlájára történik. A befizetett járulékokat a NAV utalja át az E. Alap költségvetésébe, ahova közvetlenül kerülnek be az egyéb bevételek (késedelmi pótdíjak, bírságok, behajtási eredmények) valamint a központi költségvetésből az E. Alap kezelésében levő állami ellátások fedezete, és az E. Alap költségvetésének kiegészítése adókból (17.3.ábra).

17.3. ábra Az Egészségbiztosítási Alap bevételei 2010-ben (KSH)

Az E. Alap bevételei (ezer millió Ft)

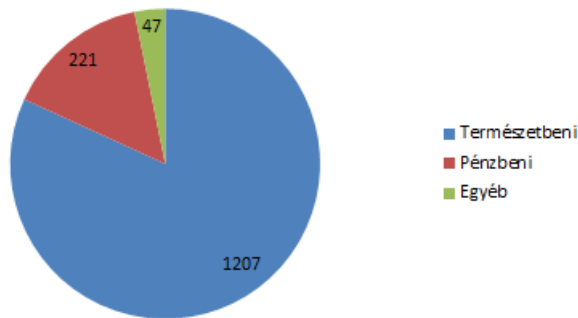


Az E. Alap kezelőjeként az OEP intézi a kifizetéseket, amelyek egyrészt pénzügyi ellátások (táppénz, utazási költségtérítés, stb.), melyek a biztosítottakhoz jutnak el a kormányhivatalok egészségügyi szakigazgatási szervein keresztül. A kifizetések másik részének – természetbeni ellátások - kifizetése szerződéses alapon történik a különböző szolgáltatóknak, a szerződésben rögzített elszámolási alap (fejkvóta, HBCS, naparányos térítés, gyógyszer ártámogatás, stb.) teljesítése szerint (17.4.ábra).

17.4. ábra Az Egészségbiztosítási Alap kiadása 2010-ben (KSH)



Az E. Alap kiadásai (ezer millió Ft)



17.3.5. Nemzetközi források

Magyarország az Európai Unió tagjaként meghatározott feltételek mellett jogosult közösségi pénzek felhasználására, pályázati rendszerben. Az EU kohéziós és strukturális alapja szolgál arra, hogy az átlagon alul fejlett régiókban elsősorban az infrastruktúra javításával segítse elő a régió fejlődését.

Hazánk 2007 és 2013 között 22,4 milliárd eurós uniós támogatásban részesül, hogy felzárkózhasson a fejlett országokhoz, ez az alábbi programok révén valósulhat meg:

- Gazdaságfejlesztés Operatív Program
- Közlekedés Operatív Program
- Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP)
- Környezet és Energia Operatív Program
- Elektronikus Közigazgatás Operatív Program
- Dél-Alföldi Operatív Program
- Dél-Dunántúli Operatív Program
- Észak-Alföldi Operatív Program
- Észak-Magyarországi Operatív Program
- Közép-Dunántúli Operatív Program
- Közép-Magyarországi Operatív Program
- Nyugat-Dunántúli Operatív Program
- Végrehajtás Operatív Program
- Államreform Operatív Program
- Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP)



Ezen programok közül a regionális programok egészségügyi fejlesztéseket is tartalmaznak, a Társadalmi Megújulás Operatív Program képzési programokhoz (azaz részben működési költségekhez) nyújt támogatást.

Az EU-s források mellett az EU tagsághoz részlegesen kapcsolódó, de attól független programok is részben egészségügyi célokat szolgálnak - pályázati rendszerben (Norvég Alap, Svájci Hozzájárulás, Twinning programok). Az EGT/Norvég Finanszírozási Mechanizmus Civil Támogatási Alapjának keretében magyarországi civil szervezetek támogatására négy témakörben (környezetvédelem és fenntartható fejlődés; civil szervezetek kapacitásfejlesztése; szociális kohézió, gyermek- és egészségvédelem; kulturális örökség védelem.) hirdetnek meg 2012-ben pályázatokat 935 314 euró értékben.

17.4. A működési költségek

Az egészségügyi szolgáltatók működési költségeinek elsődleges forrása az egészségbiztosítással kötött szolgáltatói szerződések alapján kapott teljesítményarányos társadalombiztosítási. támogatás.

17.4.1. OEP finanszírozás

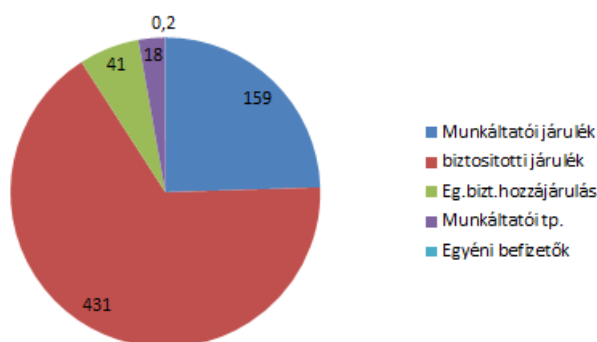
17.4.1.1. Költségvetés felépítése: bevételi és kiadási oldal

Az E. Alap bevételi és kiadási fő tételeit a 17.3.4. fejezetben ismertettük.

A fő bevételi csoport a járulékbevételek, ennek belső tartalma a 17.5. ábrán láthatjuk.

17.5. ábra Az E. Alap járulékbevételeinek megoszlása 2010-ben (ezer millió Ft)(KSH)

Az E. Alap járulékbevételei 2010-ben





Megjegyzés. Megállapodás alapján fizetők azok, akik egyébként nem rendelkeznek munkajövedelemmel, de „megvásárolják” az egészségbiztosítási szolgáltatásokat a pénzügyi ellátások kivételével.

Az E. Alap kiadásainak szerkezete a 17.6. ábrán látható.

17.6. ábra Az E. Alap kiadásainak szerkezete (GYEMSZI-ESKI)

2	Egészségbiztosítási Alap kiadásai
2—e	Egészségbiztosítási Alap kiadásai (előirányzat)
2—me	Egészségbiztosítási Alap kiadásai (módosított előirányzat)
2-1	Egészségbiztosítási ellátások kiadásai
2-1-1	Nyugellátások
2-1-1--e	Nyugellátások (előirányzat)
2-1-1--me	Nyugellátások (módosított előirányzat)
2-1-1-1	Rokkantsági és baleseti rokkantsági nyugdíj - összesen
2-1-1-1-1	Korhatár alatti rokkantsági nyugellátás (III. rokkantsági csoport)
2-1-1-1-2	Korhatár alatti baleseti rokkantsági nyugellátás (III. rok.csoport)
2-1-1-2	Hozzá tartozói nyugellátás
2-1-1-3	Egyszeri nyugdíj-juttatás
2-1-1-4	Tizenharmadik havi nyugdíj (2003-tól)
2-1-2	Egészségbiztosítás pénzügyi ellátásai
2-1-2--e	Egészségbiztosítás pénzügyi ellátásai (előirányzat)
2-1-2--me	Egészségbiztosítás pénzügyi ellátásai (módosított előirányzat)
2-1-2-1	Egészségbiztosítás pénzügyi ellátásai GYED nélkül
2-1-2-1-1	Terhességi-gyermekágyi segély
2-1-2-1-2	Táppénz
2-1-2-1-2--e	Táppénz (előirányzat)
2-1-2-1-2--me	Táppénz (módosított előirányzat)
2-1-2-1-2-1	Saját jogú táppénz
2-1-2-1-2-2	Gyermekápolási táppénz
2-1-2-1-2-3	Baleseti táppénz
2-1-2-1-3	Betegséggel kapcsolatos segélyek összesen
2-1-2-1-3-1	Külföldi gyógykezelés
2-1-2-1-3-2	Egyszeri szociális segély
2-1-2-1-4	Kártérítési járadék
2-1-2-1-5	Baleseti járadék
2-1-2-2	GYED - Gyermekgondozási díj
2-1-3	Természetbeni ellátások
2-1-3--e	Természetbeni ellátások (előirányzat)
2-1-3--me	Természetbeni ellátások (módosított előirányzat)



2-1-3-1	Természetbeni gyógyító-megelőző ellátások
2-1-3-1--e	Természetbeni gyógyító-megelőző ellátások (előírányzat)
2-1-3-1--me	Természetbeni gyógyító-megelőző ellátások (módosított előírányzat)
2-1-3-1-1	Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás
2-1-3-1-1--v	Háziorvosi, háziorvosi ügyeleti ellátás - vizitdíj
2-1-3-1-1-1	Praxisfinanszírozás
2-1-3-1-1-1-1	Fix összeg
2-1-3-1-1-1-2	Területi pótlék
2-1-3-1-1-1-3	Teljesítmény díjazása ("kártyapénz")
2-1-3-1-1-1-4	Egyéb
2-1-3-1-1-2	Eseti ellátás díjazása
2-1-3-1-1-4	Ügyeleti szolgálat
2-1-3-1-2	Védőnő, anya-, gyermek- és ifjúság védelem
2-1-3-1-2-1	Iskolaegészségügyi ellátás
2-1-3-1-2-2	Védőnői szolgálat
2-1-3-1-2-3	Anya-, gyerek-, csecsemővédelem
2-1-3-1-2-4	MSZSZ: gyermekgyógy.
2-1-3-1-2-5	MSZSZ: nőgyógy.
2-1-3-1-2-6	Kiegészítő alapellátási feladat
2-1-3-1-3	Fogászati ellátás
2-1-3-1-3--v	Fogászati ellátás – vizitdíj
2-1-3-1-4	Gondozóintézeti gondozás:
2-1-3-1-4-1	Nemibeteg gondozás
2-1-3-1-4-2	Tüdőgondozás
2-1-3-1-4-3	Ideggyógyászati gondozás
2-1-3-1-4-4	Onkológiai gondozás
2-1-3-1-4-5	Alkohol és drogbetegek ellátása
2-1-3-1-5	Betegszállítás, orvosi rendelvényű halottszállítás és mentés
2-1-3-1-5-1	Betegszállítás és orvosi rendelvényű halottszállítás
2-1-3-1-5-1-1	Betegszállítás
2-1-3-1-5-1-2	Halottszállítás
2-1-3-1-5-2	Országos Mentőszolgálat
2-1-3-1-6	Művesekezelés
2-1-3-1-7	Házi szakápolás
2-1-3-1-8--1	Szakellátás összesen (laborkasszával)
2-1-3-1-8--2	Szakellátás összesen (laborkassza nélkül)
2-1-3-1-8-1—	
1	Járóbeteg szakellátás (laborkasszával)
2-1-3-1-8-1—	
2	Járóbeteg szakellátás (laborkassza nélkül)



2-1-3-1-8-1--	
2—v	Járóbeteg szakellátás (laborkassza nélkül) - vizitdíj
2-1-3-1-8-1—	
3	Járóbeteg szakellátás+CT,MRI (laborkasszával)
2-1-3-1-8-1—	
4	Járóbeteg szakellátás+CT,MRI (laborkassza nélkül)
2-1-3-1-8-1-1	Laborkassza
2-1-3-1-8-1-	
1—v	Laborkassza – vizitdíj
2-1-3-1-8-1-2	Járóbeteg-szakrendelés
2-1-3-1-8-1-3	Járóbeteg-szakambulancia
2-1-3-1-8-1-4	Speciális finanszírozási feladatok
2-1-3-1-8-2	Fekvőbeteg szakellátás
2-1-3-1-8-2-1	Aktív fekvőbeteg szakellátás
2-1-3-1-8-2-	
1—v	Aktív fekvőbeteg szakellátás - napidíj
2-1-3-1-8-2-2	Speciális finanszírozású feladat
2-1-3-1-8-2-3	Krónikus fekvőbeteg ellátás
2-1-3-1-8-2-	
3—v	Krónikus fekvőbeteg ellátás - napidíj
2-1-3-1-8-2-4	Egyéb
2-1-3-1-8-2-5	Extrafinanszírozás
2-1-3-1-8-3	CT, MRI
2-1-3-1-8-3—	
v	CT, MRI – vizitdíj
	Struktúraátalakítással változó finanszírozási keret és struktúraátalakítás
2-1-3-1-8-4	pályázat
2-1-3-1-9	Működési költségelőleg
2-1-3-1-a	Felmentéssel, végkielégítéssel járó kiadások
2-1-3-1-b	Célelőirányzatok
2-1-3-1-b-1	Felülvizsgáló orvosok díja
2-1-3-1-b-2	Méltányossági alapon történő térítések
2-1-3-1-b-3	Megelőzés
2-1-3-1-b-4	Alapellátási vállalkozás támogatási átalánydíj
2-1-3-1-b-5	Irányított betegellátás kiadásai
2-1-3-1-b-6	Egyéb előirányzat
2-1-3-1-b-7	E. raktár
2-1-3-1-b-8	Influenza elleni védőoltás
2-1-3-1-b-9	Egyszeri bérkiegészítés, munkahelyi pótlék, béremelés támogatás
2-1-3-1-b-a	Előlegvisszatérítés
2-1-3-1-c	Vérellátás (1993-1997)



2-1-3-1-d	Egyéb ellátás (1993-1997)
2-1-3-1-e	Sportegészségügyi ellátás (1993-1995)
2-1-3-1-f	Munkaegészségügyi szolgálat (1993-1995)
2-1-3-1-g	Céltartalék
2-1-3-2	Természetbeni egyéb ellátások
2-1-3-2--e	Természetbeni egyéb ellátások (előirányzat)
2-1-3-2--me	Természetbeni egyéb ellátások (módosított előirányzat)
2-1-3-2-1	Gyógyfürdő-szolgáltatás
2-1-3-2-2	Anyatej-ellátás
2-1-3-2-3	Gyógyszertámogatás kiadásai
2-1-3-2-3--e	Gyógyszertámogatás kiadásai (előirányzat)
2-1-3-2-3--me	Gyógyszertámogatás kiadásai (módosított ei.)
2-1-3-2-3-1	Gyógyszertámogatás
2-1-3-2-3-2	Vérzékenység kezelése (VIII. faktor)
2-1-3-2-3-3	Speciális beszerzésű gyógyszerkiadás
2-1-3-2-3-4	Vénykezelési díj
2-1-3-2-3-5	Gyógyszerkiadás tartaléka
2-1-3-2-3-6	Méltányossági gyógyszerátogatás
2-1-3-2-3-7	Gyógyszertárak juttatása
2-1-3-2-4	Gyógyászati segédeszköz támogatás
2-1-3-2-4--e	Gyógyászati segédeszköz támogatás (előirányzat)
2-1-3-2-4--me	Gyógyászati segédeszköz támogatás (módosított ei.)
2-1-3-2-5	Utazási költségtérítés
2-1-3-2-6	Nemzetközi egyezményekből eredő és külföldön történő ellátások
2-1-3-2-6-1	Külföldi sürgősségi gyógykezelés
2-1-3-2-6-2	Nemzetközi egyezményekből eredő kiadások
2-1-3-2-6-2-1	EU tagállamokkal kapcsolatos elszámolások
2-1-3-2-6-2-2	Nem EU tagállamokkal kapcsolatos elszámolások
2-1-3-2-7	Természetbeni ellátások céltartaléka
2-1-4	Egészségbiztosítás egyéb kiadásai
2-1-4-1	Kifizetőhelyeket megillető költségtérítés
2-1-4-2	Postaköltség és egyéb kiadások
2-1-4-3	Egyéb kiadások
2-1-4-4	Orvos-specifikus vények kiadása
2-1-4-5	Gyógyszergyártók ellentételezése
2-1-4-6	GYED-ben részesülők utáni nyugdíjbiztosítási járulék címén a Ny. Alapnak átadott pénzeszköz
2-2	Ellátások fedezésére szolgáló vagyongazdálkodási költségvetés
2-2-1	Járuléktartozás fejében átvett vagyon
2-2-2	Egyéb vagyon (ingyenes vagyonjuttatás stb.)



2-2-3	Postabank
2-3	E.biztosítási költségvetési szervek és központi kezelésű előirányzatok
2-3-1	Központi hivatali szerv és intézményei
2-3-2	Igazgatási szervek
2-3-3	Központi kezelésű előirányzatok
2-3-3-1	Közgyógyellátási rendszer korszerűsítése
2-3-3-2	Biztosítási jogviszony nyilvántartási rendszere
2-3-3-3	Gyógyszerrendelés érdekeltségi rendszerének kialakítása
2-3-3-4	Egészségbiztosítási informatikai rendszerek fejlesztése
2-3-4	Egészségbiztosítási Önkormányzat
2-3-5	Likviditási tartalék visszapótlása
2-3-6	Hiányt fedező értékpapír kibocsátásával kapcsolatos kiadások
2-3-7	Kamat a kincstári egységes számla igénybevétele után
2-3-8	Az APEH-OEP együttműködésben az APEH-et megillető összeg
2-4	Államháztartási tartalék

17.4.1.2. Finanszírozási formák

Az E. Alap pénzbenei ellátásai a biztosítottak részére kerülnek kifizetésre. A természetbeni ellátások a szolgáltatók (alapellátás, szakellátás, gyógyszertárak, gyógyászati segédeszköz ellátók, gyógyfürdők) részére kerülnek kifizetésre a törvényben előirt, szerződésben rögzített elszámoláson alapulva.

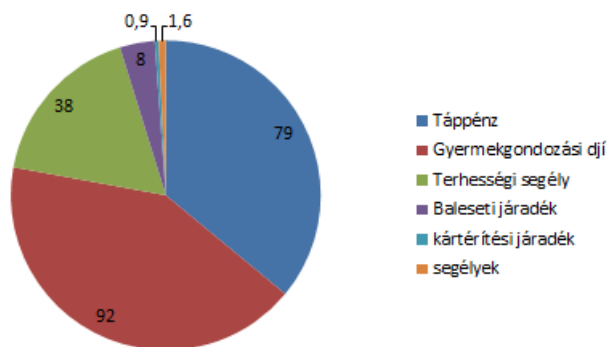
17.4.1.2.1. Pénzbenei ellátások

A különböző pénzügyi ellátások megoszlását a 17.7. ábra mutatja be.

17.7. ábra Az E. Alap pénzbenei ellátásai 2010-ben (KSH)



E. Alap pénzbeni ellátásai ezer millió Ft-ban

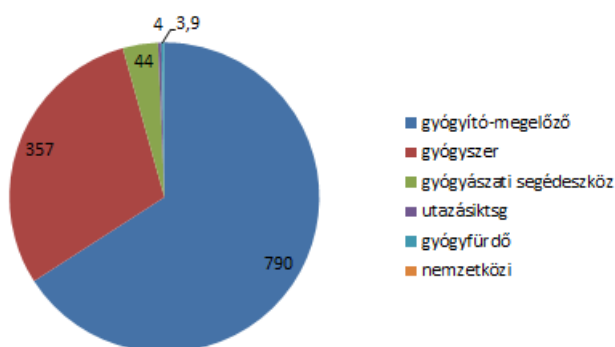


17.4.1.2.2. Természetbeni ellátások

A természetbeni ellátások kiadásainak megoszlását ábrán mutatjuk be (17.8.ábra).

17.8. ábra Az E. Alap természetbeni ellátásokra fordított kiadásai 2010-ben (KSH)

Természetbeni ellátások (ezer millió Ft)



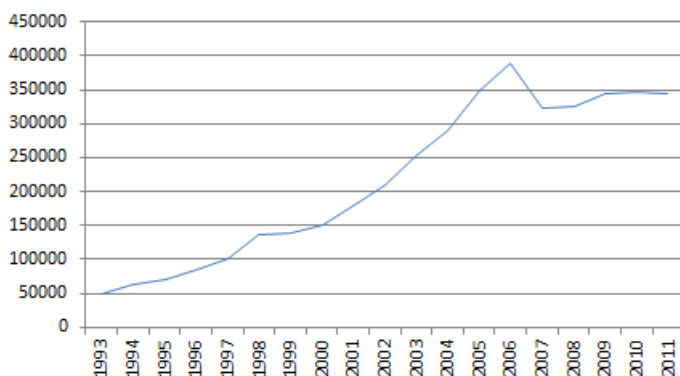
17.4.1.2.2.1. Gyógyszer

A 12.1 fejezet részletezi a gyógyszertámogatás rendszer elveit és felépítését. A gyógyszertámogatás alakulását 1993-2011. közt az ábra mutatja.



17.9.ábra Az E. Alap gyógyszer-támogatási kiadásai 1993-2011. (Mft) (GYEMSZI-ESKI)

E. Alap gyógyszer-támogatása (Mft)



17.4.1.2.2.2. Gyógyászati segédeszköz

A gyógyászati segédeszköz finanszírozás elveit és a támogatási összeg alakulását a 13.3 fejezetben részletezzük.

17.4.1.2.2.3. Alapellátás

Az alapellátás finanszírozását a 5.5 fejezet tárgyalja. A háziorvosi szolgálatok finanszírozását 2009-ben a 17.10. ábra mutatja.

17.10. ábra A háziorvosi rendszer finanszírozása 2009-ben*. (GYEMSZI-ESKI)

Praxisfinanszírozás	67574,8
Fix összeg	20606,7
Területi pótlék	2213,3
Teljesítmény díjazása ("kártyapénz")	44754,8
Egyéb	0
Eseti ellátás díjazása	518
Ügyeleti szolgálat	9518,7

*2009-ben érvényben volt a betegek által fizetendő vizitdíj rendszer.

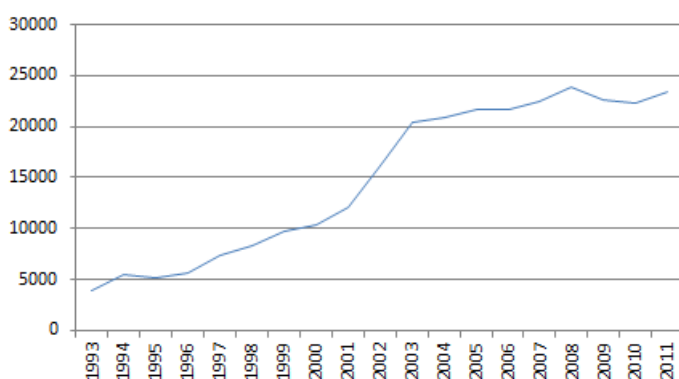
17.4.1.2.2.4. Fogászat



A fogászati alapellátás finanszírozását Az 5. fejezetben a szakellátás finanszírozását a 6. fejezetben ismertettük. Itt a fogászati ellátásra az E. Alapból kifizetett összegeket mutatjuk be (17.11. ábra).

17.11.ábra Az E. Alap fogászati kiadásai 1993-2011. (MFt) (GYEMSZI-ESKI)

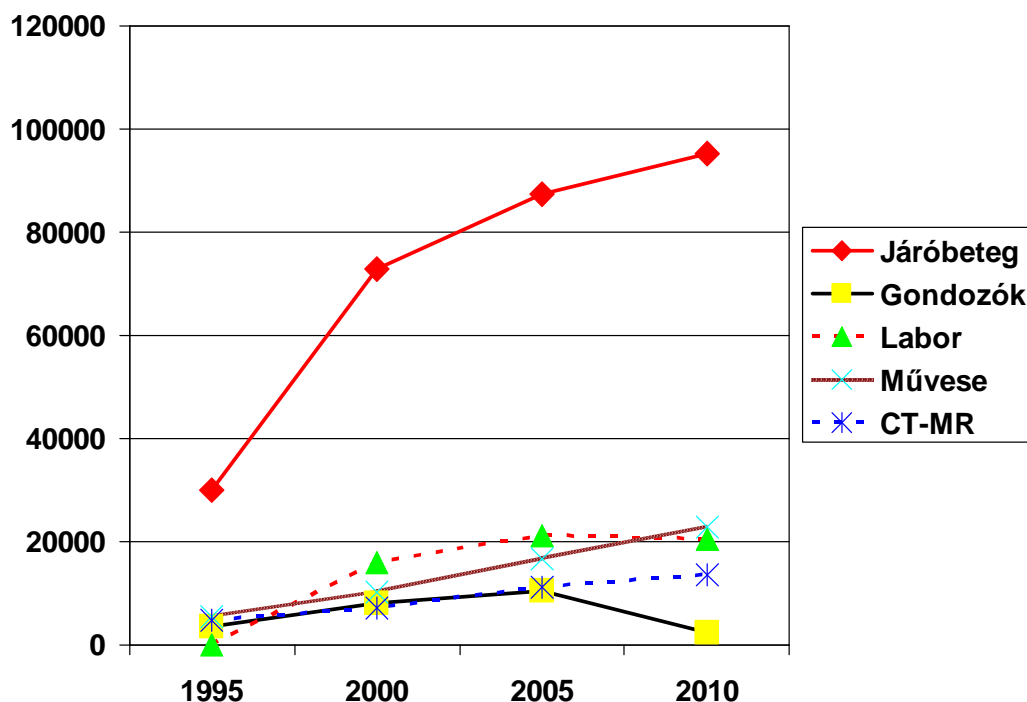
E. Alap fogászati ellátás támogatása (MFt)



17.4.1.2.2.5 Járóbeteg-szakellátás

A 7.5.1 fejezet tárgyalja a járóbeteg-szakellátás finanszírozási formáit. Az egyes járóbeteg-szakellátási feladatok finanszírozásának alakulását az ábra mutatja (17.12.ábra).

17.12. ábra A járóbeteg-szakellátás egyes feladatainak finanszírozása (MFT) (GYEMSZI-ESKI)

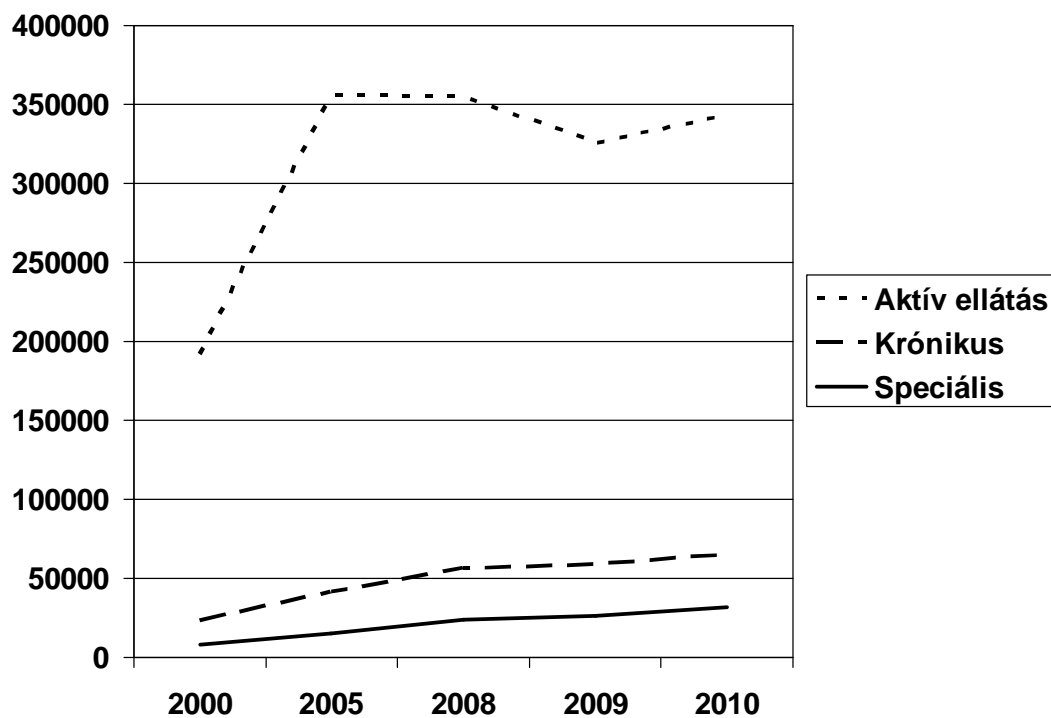


Megjegyzés az ábrához: A laborkassa 2002-től önálló kassa, a 2000-es adatok valójában 2001-ből származnak. 2010-ben a gondozók finanszírozásának többségét már a járóbeteg-szakellátás pontrendszere alapján számították, ez az oka a látszólagos csökkenésnek.

17.4.1.2.2.6. Fekvőbetegellátás (napidíj, HBCS),

A fekvőbeteg ellátás finanszírozása alapján véve két rendszerben történik. Az aktív ellátás finanszírozása a HBCS rendszerben, a krónikus ellátás finanszírozása a korrigált naparányos elszámolás alapján történik, amit speciális finanszírozási feladatok és extra finanszírozás egészít ki. A speciális finanszírozás 2000-ben 7,8 Md Ft-ot tett ki (a teljes kassa 3,5 %-a), ez 2010-re 31,8 MdFt-ra (a teljes kassa 9,2 %-a) nőtt (17.13. ábra).

17.13. ábra A fekvőbetegellátás finanszírozásának alakulása (millió Ft) (KSH)



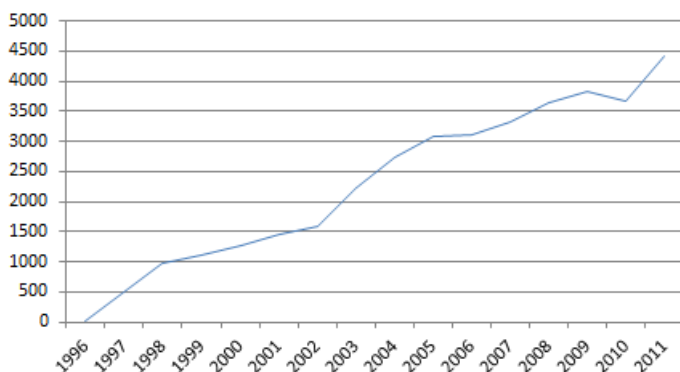
17.4.1.2.2.7. Házi betegápolás

1996-ban vezették be a házi szakápolást. Finanszírozásának alakulását az ábra mutatja be (17.14.ábra).

17.14.ábra Az E. Alap otthoni szakápolás támogatása 1996-2011. (MFT) (GYEMSZI-ESKI)



E. Alap otthoni szakápolás támogatása (MFt)



17.5. A beruházások, fejlesztések finanszírozása

17.5.1. Költségvetési források

A közelmúltban a jelentősebb beruházások, fejlesztések a központi költségvetés támogatásával valósultak meg (cél és címzett támogatások rendszere), pályázati rendszerben az Országgyűlés döntése alapján. Az EU-s tagság révén az állami fejlesztéspolitika ezen a téren jelentős szervezeti változáson ment át. A fejlesztések döntő része EU-s társtámogatással, a tulajdonosok jelentős (20-50%-os) önrész vállalásával valósul meg. A központi költségvetés most az önrész előteremtéséhez nyújt segítséget különböző források megnyitásával (hitel, hitelgarancia).

17.5.2. Önkormányzati források

A 17.3.2. fejezet tárgyalja részletesebben az önkormányzatok feladatát a tulajdonukban levő egészségügyi intézmények tulajdonosaként. A helyi önkormányzatok az egészségügyi infrastruktúra megújításában kiemelt szerepet játszanak a helyi érdekek országos szinten történő megjelenítésével. Ugyanakkor ez gyakran nem esik egybe a szakmai indokoltsággal, amely a beruházások elaprózódásához, felesleges beruházások megvalósításához vezetett. Emiatt a jelenlegi egészségpolitika célja az intézmények (különösen a leginkább beruházás-igényes kórházak) egységes állami tulajdona, hogy a fejlesztés egységes elvek és szakmai szempontok szerint történjen.

17.5.3. Európai Unió források



A részleteket a 17.3.5. fejezetben tárgyaltuk. Az EU különböző alapjaiból származó források általában különböző mértékű önrészt tételeznek fel, működési költségek fedezetére nem használhatók, s biztosítani kell a fenntartható finanszírozását is megvalósításuk esetére.

17.5.4. Egyéni hozzájárulások

A polgári társadalmakban jelentős volt a civil szféra szerepe az egészségügyi ellátórendszer megteremtésében. Adakozásból épültek kórházak (MÁV kórház: téglajegyek, Bethesda kórház: református egyház gyűjtései, stb.), melyekhez a szerény adományok mellett jelentős pénzszegeket is adtak az arra képes egyének.

Az állami kórházi rendszer és kötelező biztosítás kiépülésével párhuzamosan ezek a kezdeményezések visszaszorultak, ugyanakkor egyes területeken ma is igen jelentős az alapítványok, karitatív szervezetek pénzügyi segítsége (onkológiai betegek, gyermekellátás). Ezek a támogatások az egészségügy társadalmi beágyazottságának is fontos tényezői.



18. Humán erőforrás az egészségügyben, képzés

18.1. Egészségügyi szakemberképzés

18.1.1. Középfokú képzés

A középfokú képesítéssel rendelkező szakdolgozók az Országos Képzési Jegyzékben (OKJ) szereplő szakmákban szerezhetnek szakképesítést, ezek száma 486, közülük 49 (10%) egészségügyi szakképesítés. A Nemzeti Munkaügyi Hivatal Szakképzési és Felnőttképzési Igazgatóság szervezi és tarja nyilván az akkreditált képzőhelyeket és az akkreditált vizsgahelyeket. A képzés iskolarendszeren belül (nappali tagozat) és iskolarendszeren kívül is történhet (18.1. ábra).

18.1. ábra. Az OKJ-ben szereplő egészségügyi szakképesítések (2012. NMH SZFI)

Szakképesítések/szakképesítés-ráépülések megnevezése	Iskolai rendszerű képzési idő	Iskolarendszeren kívüli képzési idő
Aneszteziológiai szakasszisztens	-	1100-1440 óra
Audiológiai szakasszisztens és hallásakusztikus	-	500-720 óra
Ápolási asszisztens	-	1100-1440 óra
Ápoló	1 év	-
Boncmester	-	500-720 óra
Citológiai szakasszisztens	-	1100-1440 óra
Csecsemő és gyermekápoló	1 év	-
Diabetológiai szakápoló és edukátor	-	500-720 óra
Egészségügyi asszisztens	2 év	1400-1700 óra
Egészségügyi gázmester	-	400-600 óra
Egészségügyi gyakorlatvezető	-	1100-1440 óra
Egészségügyi kártevőirtó és fertőtlenítő	-	1100-1440 óra
Endoszkópos szakasszisztens	-	500-720 óra
Epidemiológiai szakápoló	-	500-720 óra
Ergoterapeuta	-	1100-1440 óra
Felnőtt intenzív szakápoló	-	1100-1440 óra
Fizioterápiás szakasszisztens	-	500-720 óra
Fogászati asszisztens	2 év	1400-1700 óra



Foglalkozás egészségügyi szakápoló	-	500-720 óra
Fogtechnikus	0,5 év	360-440 óra
Fogtechnikus gyakornok	2 év	1400-1700 óra
Fülilleszték készítő	-	240-360 óra
Geriátriai és krónikus beteg szakápoló	-	500-720 óra
Gyakorló ápoló	2 év	-
Gyakorló csecsemő- és gyermekápoló	2 év	-
Gyakorló gyógyszerértékelési asszisztens	2 év	1400-1700 óra
Gyakorló képi diagnosztikai, nukleáris medicina és sugárterápiás asszisztens	2 év	1400-1700 óra
Gyakorló klinikai laboratóriumi asszisztens	2 év	1400-1700 óra
Gyakorló mentőápoló	2 év	1400-1700 óra
Gyakorló szövettani asszisztens	2 év	1400-1700 óra
Gyermek intenzív szakápoló	-	1100-1440 óra
Gyógy- és sportmasször	2 év	1400-1700 óra
Gyógyászati segédeszköz-forgalmazó	-	1100-1440 óra
Gyógyszerkiadó szakasszisztens	-	1100-1440 óra
Gyógyszerértékelési asszisztens	0,5 év	360-440 óra
Hematológiai és transzfuziológiai szakasszisztens	-	500-720 óra
Hospice szakápoló	-	500-720 óra
Immunhisztokémiai, hisztokémiai és molekuláris biológiai szakasszisztens	-	1100-1440 óra
Kémiai laboratóriumi szakasszisztens	-	500-720 óra
Képi diagnosztikai, nukleáris medicina és sugárterápiás asszisztens	0,5 év	360-440 óra
Klinikai fogászati higiénikus	0,5 év	360-440 óra
Klinikai laboratóriumi asszisztens	0,5 év	360-440 óra
Klinikai neurofiziológiai szakasszisztens	-	500-720 óra



Légzőszervi szakápoló	-	500-720 óra
Mentőápoló	0,5 év	360-440 óra
Mikrobiológiai szakasszisztens	-	500-720 óra
Műtéti szakasszisztens	-	1100-1440 óra
Műtőséged-gipszmester	-	500-720 óra
Nefrológiai szakápoló	-	500-720 óra

18.1.2. Orvos, gyógyszerész, fogorvos

Ezek a képzések egységes, osztatlan képzések, azaz a bolognai rendszer szerinti BSc és MSc szétválasztása a képzések sajátosságainak megfelelően nem történt meg (18.2.ábra).

Az általános orvosképzés 12 féléves, elvégzése után a végzett a dr. med. cím használatára jogosult. Hazánkban a Semmelweis Egyetemen, a Debreceni Egyetemen, a Szegedi Tudományegyetemen, a Pécsi Tudományegyetemen folyik általános orvos képzés.

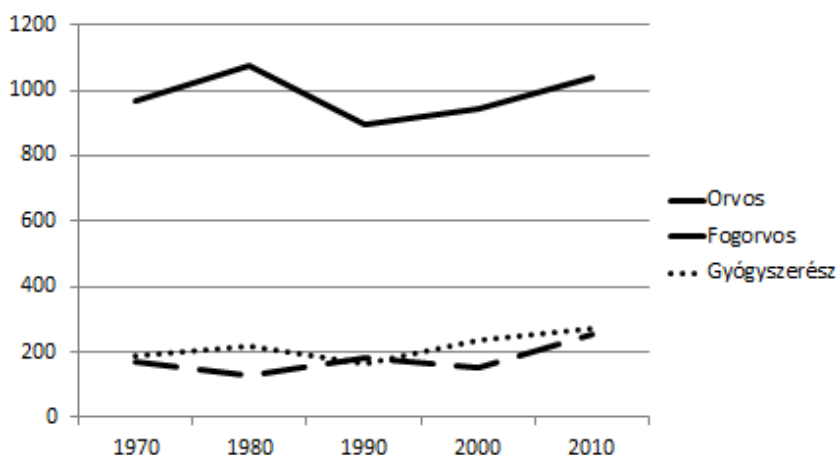
A fogorvosok képzési ideje 10 félév, elvégzése után a végzett a dr. dent. cím használatára jogosult. Hazánkban a Semmelweis Egyetemen, a Debreceni Egyetemen, a Szegedi Tudományegyetemen, a Pécsi Tudományegyetemen folyik fogorvos képzés.

A gyógyszerészek képzési ideje 10 félév. Hazánkban a Semmelweis Egyetemen, a Debreceni Egyetemen, a Szegedi Tudományegyetemen és a Pécsi Tudományegyetemen folyik gyógyszerészképzés.

18.2.ábra Az egészségügyi felsőfokú képzésben végzettek száma (KSH)



Egészségügyi oktatást végzők karokon kiadott oklevelek száma



18.1.3. BSc képzések

A BSc képzések, az ország számos egyetemén folynak, nappali és levelező tagozaton, államilag finanszírozott, önköltséges és tandíjas formában.

Alapszakok

Ápolás és betegellátás alapszak

- ápoló, (Feladatuk a betegek szakszerű ellátása az intézményi ápolási ellátás irányítása.)
- dietetikus, (Feladatuk az ápoltak betegségének megfelelő étrend összeállítása, tanácsadás az egészséges táplálkozás iránt érdeklődők számára.)
- gyógytornász, (Feladatuk a fizioterápiás kezelések elvégzése, az egyénre szabott rehabilitációs terv elkészítése.)
- mentőtiszt, (Feladatuk sürgősségi helyzetben bizonyos orvosi feladatok ellátása, beavatkozások előkészítése.)
- szülésznő, (Feladatuk a természetes szülés vezetése, az újszülött ellátása, patológiás és műtéti szülés esetén az orvos segítése.)

Egészségügyi gondozás és prevenció alapszak

- népegészségügyi ellenőr, (Feladatuk népegészségügyi hatósági tevékenység végzése, a járványügyi feladatok ellátása, a lakosság tájékoztatása, a lakosság általános



egészségügyi állapotának felmérése, betegségmegelőző programok szervezése, lebonyolítása.)

- védőnő. (Feladatuk a családtervezéssel kapcsolatos tanácsadás, a várandósok gondozása, s a gyermek körüli mindennapi teendők ismertetése, az újszülött állapotának, fejlődésének figyelemmel kísérése, a gyermek- és ifjúkori szűrővizsgálatok, a felvilágosító tevékenység mellett részt vesznek a nővédelmi szűrővizsgálatok megszervezésében.)

Egészségügyi szervező alapszak

- egészségügyi ügyvitelszervező, (Feladatuk az egészségügyi információs rendszer megszervezése, az egészségügy finanszírozásával, a forrásteremtéssel kapcsolatos feladatok ellátása.)
- egészségturizmus-szervező, (Feladatuk egészségturisztikai, egészségmegőrző programok készítése, szervezése és irányítása.)
- egészségbiztosítás. (Feladatuk informatikai, gazdasági, biztosítási és adatszolgáltatási tevékenység, az egészségbiztosítás dokumentációs és intézményi rendszerének szervezése és irányítása, ügyviteli feladatok.)

Orvosi laboratóriumi és képkalkotó diagnosztikai analitikus alapszak

- orvosdiagnosztikai laboratóriumi analitika, (Feladatuk kislaboratóriumok, illetve laboratóriumi részlegek analitikai munkáját irányítása, nagyobb laboratóriumok munkájában való részvétel. Különböző típusú laboratóriumban dolgoznak: klinikai kémia, izotópdiagnosztika, mikrobiológia, szövettan, citológia, hematológia.)
- orvosi kutatólaboratóriumi analitika, (Feladatuk orvosi kutatóhelyeken laboratóriumi tevékenység végzése, melyhez kutatói érdeklődés is szükséges. A sejtbőlbiológia, genetika, molekuláris genetika, molekuláris biológia, molekuláris morfológia, immunológia, sejttenyésztés területén dolgoznak.)
- képkalkotó diagnosztikai analitika, (Feladatuk a modern képkalkotó berendezések üzemeltetése.)
- optometria. (Feladatuk látszerészeti segédeszközök (szemüveg, kontaktlencse) felírása.)

A BSc képzés nem csak a hagyományos orvostudományi karokon folyik, hanem számos egyetemen megtalálhatók egyes alapszakok (Miskolci Egyetem, Szent István Egyetem, Nyugat-Magyarországi Egyetem, stb.).

A fenti képzésben résztvevők nem csak egészségügy gyógyító-megelőző illetve az egészségbiztosítás intézményeiben helyezkedhetnek el, hanem az államigazgatásban és magánszférában (pl. dietetikus: éttermek; egészségturizmus-szervező: utazási irodák; orvosi kutatólaboratóriumi analitikus: gyógyszergyárak).

18.2. Az egészségügyi dolgozók megoszlása szakma szerint

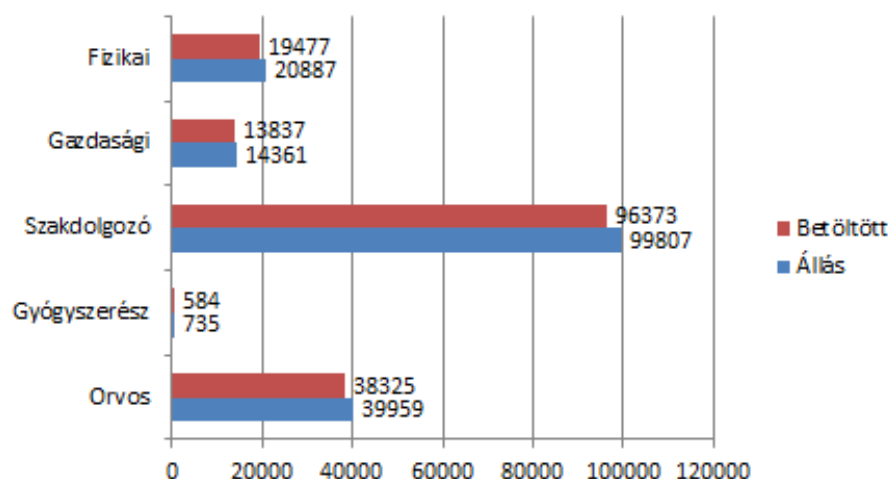


Az egészségügy különböző intézményeiben dolgozókat munkaköri csoportjai:

- orvos,
- gyógyszerész,
- egyéb egyetemi végzettségű
- szakdolgozó.
- gazdasági, műszaki, ügyviteli dolgozó,
- kisegítő (fizikai) (18.3. ábra).

18.3. Az egészségügyben dolgozók megoszlása munkaköri csoportok szerint (KSH-2010.)

Az egészségügyi ellátás munkaerőhelyezete



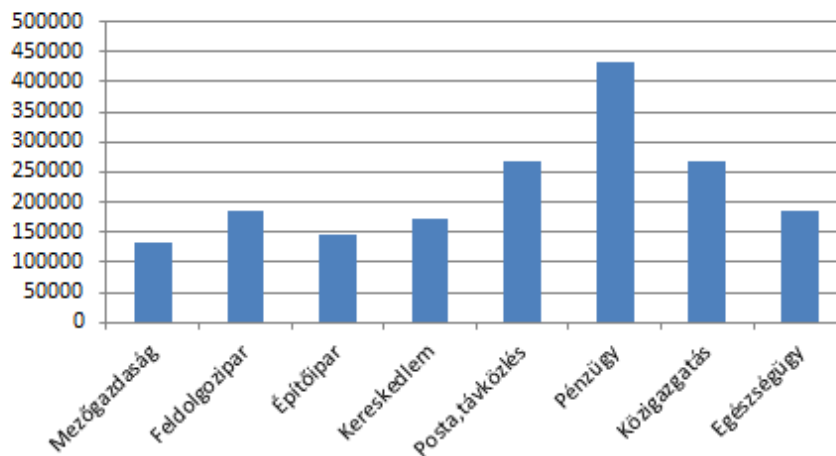
18.3. Bérviszonyok az egészségügyben

Az egészségügyben dolgozók jövedelme az alapilletményhez kapcsolódó pótlékokkal, illetménykiegészítéssel és ügyeleti díjjal megnövelt összeg. A nemzetgazdaság egyéb ágazataival összevetve az egészségügyben dolgozók bruttó átlagkeresete az egyik legalacsonyabb, amely a munkaerő megtartásának egyik akadálya, s a belső illetve külső elvándorlás egyik fő oka. (18.4. ábra) Ennek csökkentése érdekében a kormányzat 2012-ben és 2013-ban „degresszív” béremelést hajtott végre, azaz az alacsonyabb alaphétként magasabb, a magasabb alaphétként esetében alacsonyabb volt az emelés mértéke. Megjegyzendő, hogy az emelés pótlék formájában történt, azaz az alaphétként változatlan maradt. Ennek következtében az alaphétként kapcsolatos juttatások (pl. ügyeleti díj) nem változtak.



18.4. ábra Havi bruttó átlagkeresetek az egyes nemzetgazdasági ágakban (KSH- 2008-as adatok)

Havi bruttó átlagkeresetek

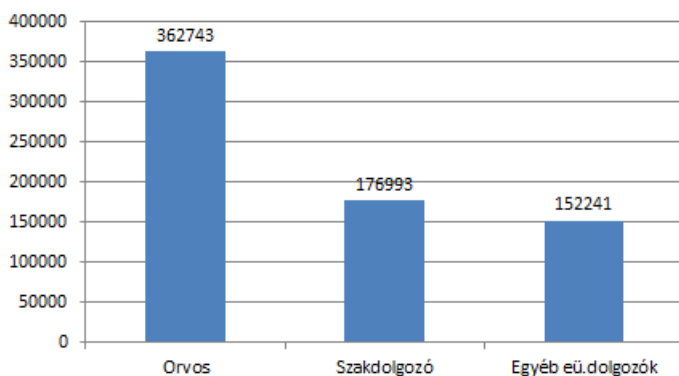


Az egyes munkaköri csoportok átlagbérei eltérőek, s általában a képzettségi szintet tükrözik, ugyanakkor jelentős feszültség forrása, hogy a garantált minimálbér (diplomás és nem diplomás) és az átlagbér közt minimális az eltérés, azaz a szakmai tapasztalat anyagi elismerését a rendszer nem teszi lehetővé (18.5. ábra).

18.5. ábra A bruttó jövedelmek az egyes munkaköri csoportokban 2012. I. negyedévében (GYEMSI-EKI)



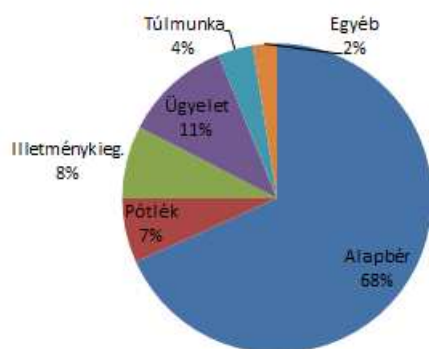
Havi bruttó átlagjövedelmek



Az átlagjövedelem összetétel munkaköri csoportonként eltérő. Az alapbér jellemző módon jelentős, de nem teljesen meghatározó a jövedelem kialakulásában. Megjegyzendő, hogy a betegekkel közvetlenül foglalkozók körében a jövedelemhez hozzá kell adni a csak becsült, de egyes szakmákban igen jelentős hálapénzt is (18.6.ábra).

18.6. ábra. Az orvosok átlagjövedelmének összetevői (GYEMSZI-ESKI, 2012.)

Az orvosok jövedelmének összetevői

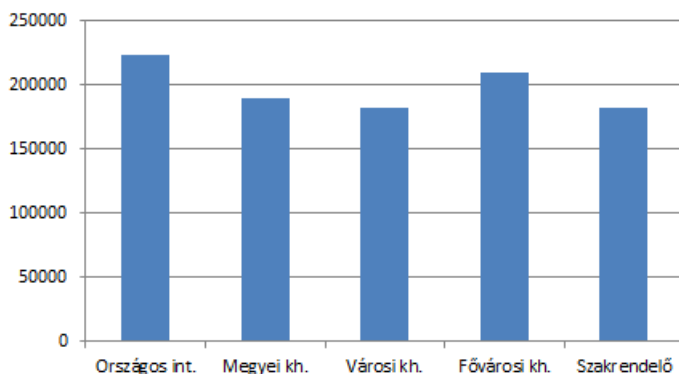


Az átlagjövedelem kialakulásában szerepet játszik az is, hogy a dolgozó milyen intézményben dolgozik, ehhez még az azonos szinten levő (pl. megyei kórház) intézmények bérszínvonalának különbségei is hozzáadódnak (18.7.ábra).



18.7.ábra A dolgozói átlagjövedelmek az egyes intézménytípusokban (GYEMSZI-ESKI, 2012.)

Átlagjövedelem intézménytípusonként



18.4. Szakképzés (orvos, fogorvos, gyógyszerész)

Az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek, klinikai pszichológusok szakképzését a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet szabályozta újra.

Orvosok számára azért fontos a szakképzés megszerzése, mert az általános orvosi diploma megszerzése rendkívül korlátozottan hatalmazza fel a végzeteket önálló orvosi tevékenység végzésére (az általa önállóan végzett beavatkozások korlátozottak, vényírási jogosultsága korlátozott, stb.). A szakorvosok számára a szakmájukban a tevékenység viszont önállóan megengedett. Ebből következik, hogy magánrendelést sem nyithat szakorvosi képesítés nélkül orvos.

A szakképzésért az egyetem a felelős. Lebonyolítása az egyetem által akkreditált képzőhelyeken történik. A szakképesítésre jelentkező munkaviszonyt létesít egy egészségügyi szolgáltatóval, majd az általa választott egyetemen jelentkeznek szakképzésre. Az egyetem kijelöli a jogszabály által előírt szakképzési program teljesítésének helyeit. Az alap szakképesítés szakképzés ideje 3-6 évig tart, szakmától függően. A szakképzés első időszakában (általában 2 év) sürgősségi gyakorlat, klinikai szakmákban vértranszfúziós és társadalombiztosítási ismeretek tanfolyam, valamint az adott szakmától függő kiegészítő gyakorlatok szerepelnek (ún. rezidensi időszak). A képzés további részében a jelöltek szakmájuknak megfelelő munkahelyeken (fekvő-, vagy járóbeteg ellátó helyek) kapnak gyakorlati képzést, s szakmától függően végeznek el előírt elméleti tanfolyamokat. A képzés lezárultával az illetékes egyetem végbizonyítványt ad ki, mellyel a szakorvosi vizsgára jelentkezhet a jelölt a Nemzeti Vizsgabizottságnál.



18.8.ábra Szakorvosképzés előírásai a 22/2012.(IX.14.) EMMI rendelet alapján – reumatológia

1. Képzési idő: 60 hónap
2. Képzési program:
 - 2.1. 24 hó törzsképzési program:
 - a) 6 hó sürgősségi gyakorlat
 - b) 1 hó törzsképzési tanfolyamok
 - c) 2 hó reumatológiai osztályos gyakorlat
 - d) 15 hó belgyógyászati osztályos gyakorlat (7 hó általános belgyógyászat, 2-2 hó nephrológia, gasztroenterológia, haematológia, infektológia)
 - 2.2. 36 hó szakgyakorlati képzés:
 - a) 22 hó reumatológiai osztályos gyakorlat (legalább 2 különböző akkreditált osztályon, amelyek közül legalább 3 hó az egyik arthritis centrumban teljesítendő)
 - b) 6 hó szisztémás autoimmun betegséget kezelő klinikai immunológiai osztályos gyakorlat
 - c) 1 hó ortopédiai osztályos gyakorlat
 - d) 1 hó neurológiai osztályos gyakorlat
 - e) 1 hó mozgásszervi rehabilitációs osztályos gyakorlat
 - f) 1 hó mozgásszervi UH- és MRI-gyakorlat
 - g) 4 hó önálló reumatológiai járóbeteg-szakrendelési gyakorlat
3. Szakvizsgára bocsátás egyéb feltételei
 - 3.1. Mozgásszervi ultrahang-ismeretek tanfolyam (szakgyakorlat idején).
 - 3.2. Immunológiai alapképző tanfolyam (a reumatológiai osztályos gyakorlat idején).

Az alap szakképesítések (18.9. ábra) mellett ráépített szakképesítéseket is meg lehet szerezni, ezek száma 31. Ezeknél feltétel valamely szakképesítés megléte, a képzési idő általában 2-3 év.

18.9.ábra Az általános orvosok által megszerzhető alap szakképesítések megnevezése

<i>Szakképzés megnevezése</i>
1. Aneszteziológia és intenzív terápia
2. Arc-, állcsont- és szájszészet
3. Belgyógyászat
4. Bőrgyógyászat
5. Csecsemő- és gyermekgyógyászat
6. Érsebészet
7. Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás
8. Foglalkozás- orvostan
9. Fül-orr-gégegyógyászat
10. Gasztroenterológia
11. Geriátria



12. Gyermek- és ifjúságpszichiátria
13. Gyermeksebészet
14. Háziorvostan
15. Hematológia
16. Honvéd-, katasztrófa- és rendvédelem orvostan
17. Idegsebészet
18. Igazságügyi orvostan
19. Infektológia
20. Kardiológia
21. Klinikai genetika
22. Klinikai onkológia
23. Megelőző orvostan és népegészségtan
24. Mellkassebészet
25. Nefrológia
26. Neurológia
27. Nukleáris medicina
28. Ortopédia és traumatológia
29. Orvosi laboratóriumi diagnosztika
30. Orvosi mikrobiológia
31. Oxyológia és sürgősségi orvostan
32. Patológia
33. Plasztikai és égés-sebészet
34. Pszichiátria
35. Radiológia
36. Repülőorvostan
37. Reumatológia
38. Sebészet
39. Sugárterápia
40. Szemészet
41. Szívsebészet
42. Szülészet-nőgyógyászat
43. Transzfuziológia
44. Tüdőgyógyászat
45. Urológia



Jelenleg bevezetés alatt áll, hogy egyes speciális tevékenységeket, illetve határterületeket érintő tevékenységeket 2 éves munka melletti képzés és licencvizsga birtokában lehessen elvégezni.

A **fogorvosok** számára az önálló munkavégzésnek nem feltétele a szakfogorvosi cím megszerzése, ez bizonyos speciális eljárások elvégzéséhez válhat szükségessé (18.10. ábra). A szakképesítés megszerzésének feltételei az orvosi szakképesítésekhez hasonlóak (akkreditált képzőhely, előírt képzési program teljesítése).

18.10.ábra A fogorvosi diplomával rendelkezők által megszerezhető szakképzések (22/2012. (IX.14. EMMI rendelet 1melléklete)

<i>Szakképzés megnevezése</i>	<i>Képzési idő</i>	<i>Törzsképzés</i>	<i>Szakgyakorlati idő</i>
1. Dento-alveoláris sebészet	36 hó	26 hó	10 hó
2. Fogszabályozás	36 hó	26 hó	10 hó
3. Gyermekefogászat	36 hó	26 hó	10 hó
4. Konzerváló fogászat és fogpótlástan	36 hó	26 hó	10 hó
5. Parodontológia	36 hó	26 hó	10 hó

A **gyógyszerészek** szakképzése bizonyos mértékig eltér az előbbiektől, mivel itt szakirányokra, és azon belül szakképzésekre jelentkezhettek a jelöltek (18.11.ábra).

18.11. ábra A szakgyógyszerészi szakképesítések (22/2012. (IX.14.) EMMI rendelet 1. melléklete alapján)

<i>Szakirányok</i>	<i>Szakképesítés megnevezése</i>	<i>Képzési idő</i>
1. Gyógyszer-ellátási szakgyógyszerészet	1.1. Gyógyszertár üzemeltetés, vezetés	36 hó
	1.2. Gyógyszerészi gondozás	36 hó
	1.3. Gyógyszerkészítés	36 hó
	1.4. Gyógyszertári minőségbiztosítás	36 hó
	1.5. Fitoterápia	36 hó
	1.6. Gyógyszerügyi szakigazgatás	36 hó
	1.7. Farmakológia, farmakoterápia	36 hó



2. Kórházi-klinikai szakgyógyszerészet	2.1. Kórházi-klinikai szakgyógyszerészet	36 hó
	2.2. Klinikai laboratóriumi gyógyszerészet	58 hó
	2.3. Klinikai mikrobiológiai laboratóriumi gyógyszerészet	60 hó
3. Ipari szakgyógyszerészet	3.1. Gyógyszertechnológia	36 hó
	3.2. Gyógyszerellenőrzés	36 hó
	3.3. Minőségbiztosítás	36 hó
	3.4. Nem klinikai és klinikai gyógyszerkutatás, farmakológia	36 hó
	3.5. Gyógyszer-engedélyezés	36 hó
	3.6. Farmakovigilancia	36 hó
	3.7. Hatóanyagkutatás és gyógyszerkémia	36 hó
	3.8. Növényi alapú szerek fejlesztése és előállítása, farmakognózia	36 hó
	3.9. Biológiai gyógyszerek fejlesztése és előállítása, gyógyszer-biotechnológia	36 hó
	3.10. Radiógyógyszerészet	36 hó

A szakképzési tematika felépítésének szerkezete hasonló az orvosokéhoz (18.12.ábra).

18.12.ábra A gyógyszerellátási szakgyógyszerészet területei. 1.1 Gyógyszertár üzemeltetés, vezetés szakgyógyszerészi képzés előírásai (22/2012.(IX.14. EMMI rendelet 5. melléklete alapján)

- 1.1.1. Képzési idő: 36 hónap
- 1.1.2. Képzési program:
- 1.1.2.1. 12 hó törzsképzési program: közforgalmú gyógyszertári gyakorlat, amely idő alatt elméleti képzés a következő területeken:
- a közforgalmú gyógyszerellátás alapjai, tevékenységi körök a közforgalmú gyógyszertárakban,
 - a gyógyszerpolitika alapjai, a gyógyszerügyi szakigazgatás feladatai,
 - a gyógyszerügy finanszírozása, támogatáspolitikai alapok,
 - a gyógyszertári gazdálkodás alapjai,



- e) jogi alapismeretek,
- f) népegészségügyi és prevencióis ismeretek,
- g) kommunikációs alapok, a beteg-együttműködés,
- h) a gyógyszerertári minőségbiztosítás alapjai, farmakovigilancia,
- i) vezetési alapismeretek.

1.1.2.2. 24 hó szakgyakorlati képzés:

a) Elméleti képzés:

- aa) a gyógyszerertárvezetéssel, - működtetéssel kapcsolatos jogi ismeretek, beleértve a vállalkozások jogi szabályozását, a pénzügyi, adózási, számviteli, munkajogi szabályokat,
 - ab) a gyógyszerertárvezetés gyógyszerész-szakmai vonatkozásai,
 - ac) mikro- és makroökonómiai ismeretek, a gyógyszerellátás finanszírozása,
 - ad) a gyógyszerertár-működtetés, vállalkozás-irányítás gazdasági vonatkozásai,
 - ae) vezetési, szervezési menedzsment ismeretek, konfliktusmenedzsment, HR,
 - af) gyógyszerertári minőségügyi rendszerek kialakítása és irányítása,
 - ag) gyógyszerertári marketing tervezése és irányítása,
 - ah) logisztika, készletgazdálkodás.
- b) Szakgyakorlati képzés: közforgalmú gyógyszerertárban, tutor irányítása mellett.

A szakgyógyszerészek számára lehetőség van további specializálódásra 7 különböző szakgyógyszerési ráépített szakképesítésben.

18.5. Folyamatos továbbképzés

Valamennyi dolgozó orvos, fogorvos, gyógyszerész, klinikai pszichológus és egészségügyi szakdolgozó számára folyamatos és kötelező továbbképzést ír elő a jogszabály. Ennek igazolt teljesítése a betegellátáshoz szükséges működési engedély feltétele.

Az előírások szerint ötéves ciklusokban kötelező teljesíteni az adott szakmában meghatározott ideig történő betegellátó tevékenységet, egyéni vagy csoportos (tanfolyamok, tudományos rendezvényeken való részvétel) képzésben történő részvételt. Az egyes tevékenységekért az akkreditációs testületek által meghatározott pontszámot kapják a résztvevők. A továbbképzésre kötelezetteknek meghatározott pontszámot kell összegyűjteniük a továbbképzési időszak alatt. A pontok számát tudományos tevékenységgel (oktatás, tudományos könyv, cikk írása, tudományos előadás tartása) is lehet növelni. Az a továbbképzésre kötelezett, aki nem szerezte meg az előirt pontszámot, a működési engedély hatályának lejárása után önállóan nem, csak felügyelettel dolgozhat mindaddig, míg nem pótolta a hiányt.

18.6. Kihívások a humán erőforrás területén

Az egészségügy minden technikai fejlődés ellenére változatlanul sok munkaerőt foglalkoztat, nagy az „élőmunka igénye”. Ezért a megfelelő munkaerő biztosítása szakmai összetételben és létszámban folyamatos komoly kihívás az intézmények vezetői részére (18.13.ábra).



18.13. 10 ezer lakosra jutó fogorvosok aránya a 3-3 legjobban ill. legkevésbé ellátott megyében

Megye	Fogorvos/10 ezer lakos
Budapest	9,32
Győr-Moson-Sopron	8,13
Csongrád	6,71
....	
Somogy	2,67
Szabolcs-Szatmár-Bereg	2,47
Nógrád	2,37

A jogszabályi előírások nem engedik meg a meglévő munkaerő időben korlátlan munkavégzését, az EU előírásai az egészségügyben is kötelezőek a munkaidőre vonatkoztatva. Ez jelentős problémát okoz, különösen a kisebb egészségügyi intézményekben. Fokozza a gondokat egyes területeken a képzésbe lépők alacsony száma (pl. ápolóképzés).

18.6.1. Migráció

Az elmúlt években, különösen hazánk EU-s csatlakozása óta, az egészségügy jelentős problémájává vált a képzett munkaerő elvándorlása. Ez érinti a szakdolgozókat és az orvosokat egyaránt (18.14.ábra).

18.14.ábra Az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalban külföldi munkavállaláshoz igazolást kértek száma



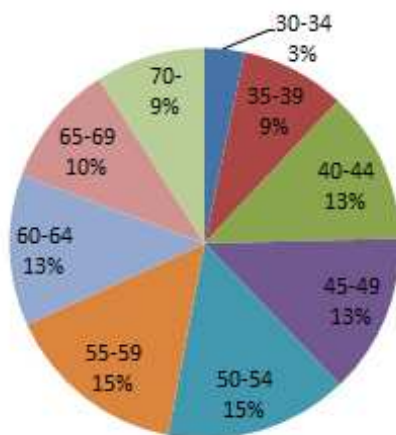


A helyzetet a Magyarországra irányuló migráció csökkenő mértéke sem képes stabilizálni. 2009-ben 49, 2010-ben 41 és 2011-ben 49 külföldön végzett orvos diplomáját honosították.

A problémát az orvoskar életkori összetétele is súlyosbítja (lásd még 5.2.1.), hisz a dolgozó orvosok több mint egynegyede a nyugdíjkorhatáron túl, avagy a közelében van (18.15. ábra).

18.15. ábra A szakorvosok életkori összetétele (KSH-2011.)

A szakorvosok korösszetétele





19. Kutatás az egészségügyben

19.1. A kutatások típusai

Az egészségügyben többféle kutatást végeznek. Jelen fejezetben az emberen végzett vizsgálatokra térünk ki, melyek két típusba oszthatók:

- klinikai kutatás (betegellátás során),
- nem klinikai kutatás.

Ezen túlmenően végeznek más élőlényeken vizsgálatokat, ezek esetében az állatvédelmi előírások betartása kötelező. A szöveteken, sejteken, sejtek alkotó részein végzett vizsgálatok (molekuláris biológia) esetében az emberen végzett kutatásokra vonatkozó szabályok az irányadók.

19.2. A kutatások jogi szabályozása

Az emberen végzett kutatások etikai és jogi problémái és az egészségügyi adat szenzitív volta miatt a kutatásokat hazai és nemzetközi jogi előírások szabályozzák. A jogi előírások betartása és kutatói etika együttesen garantálja, hogy a kísérlet alanyát hátrányos megkülönböztetés ne érje, erkölcsisége és emberi méltósága védelmet kapjon. Alapelv az, hogy a kutatás alanyának érdeke fontosabb, mint a kutatás érdeke.

Hazánk Alaptörvénye deklarálja, hogy „Magyarország biztosítja a tudományos kutatás...szabadságát” (X. cikk) és azt, hogy tilos az emberi fajnemesítést célzó gyakorlat...valamint az emberi egyedmásolás.(III. cikk).

Az Alaptörvény mellett a Magyarország által aláírt és a 2002. évi VI. törvényben kihirdetett Oviedo-i Egyezmény, az Egészségügyi törvény, valamint 2008. évi XXI. törvény a humán genetikai adatok védelméről, a humán genetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól rendelkezik az orvostudományi kutatások legmagasabb szintű jogi szabályozásáról.

A részletek szabályozása a 235/2009. (X. 20.) Korm. rendeletben (Az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechonikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól), valamint a 23/2002. (V. 9.) EüM rendeletben (Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról) található meg.

19.2.1. Oviedói egyezmény

A 2002. évi VI. törvénnyel kihirdetett, az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról címet viseli. Ez az orvosi gyakorlat és a betegek kapcsolatát szabályozza az



emberi méltóság, a szabadságjogok tiszteletben tartása érdekében. Az egyezmény kitér az orvostudományi kutatásokra és külön az embrión végzett beavatkozásokra, kutatásokra is.

Előírja, „olyan beavatkozás, amelynek tárgya az emberi génállomány megváltoztatása csak megelőzési, kórismézési vagy gyógyítási indokból hajtható végre és csak akkor, ha nem célja a leszármazottak genetikai állományának megváltoztatása.” Tiltja a születendő gyermek nemének megváltoztatását. Kivéve, ha nemhez kötöten öröklődő betegség elkerüléséről van szó.

Az egyezmény leszögezi, hogy a tudományos kutatás a biológia és az orvostudomány területén szabadon gyakorolható, bizonyos jogi feltételek betartása esetén. Ezek az előírások elsősorban a kutatás tárgyát képező embert védik. Leszögezik, hogy kutatás csak az alábbi feltételek együttes teljesülése esetén végezhető el:

- „nem létezik az emberen folytatott kutatáshoz hasonló hatékonyságú alternatív módszer,
- a személyt fenyegető esetleges kockázatok nem haladják meg a kutatás lehetséges hasznát,
- a kutatási terv megkapta az illetékes testület jóváhagyását, miután a kutatási terv tudományos helytállóságát független vizsgálatnak vetették alá, beleértve a kutatási cél jelentőségének értékelését, valamint etikai elfogadhatóságának multidiszciplináris vizsgálatát,
- a magukat kutatásnak alávető személyek tájékoztatták jogaikról és az őket védő törvényben előírt biztosítékokról.”

A beleegyezést írásban kell dokumentálni. Az egyezmény kitér az emberi embrión végzett kutatásokra. Az emberi embrión végzett kutatások engedélyezését az egyezményt előíró országok saját törvényeinek előírásainak hatáskörébe utalja, de leszögezi, hogy a kutatások során az embriót védeni kell és emberi embrió létrehozása kutatási célból tilos.

19.2.2. Egészségügyi (1997. évi CLIV. törvény) és a humángenetikai kutatásokról szóló törvények (2008. évi XXI. törvény)

A **1997. évi CLIV. törvény** a VIII. fejezet foglalkozik az emberen végzett orvostudományi kutatásokkal. A törvény értelmében: „az emberen végzett orvostudományi kutatás célja a betegségek kórismézésének, gyógykezelésének, megelőzésének és rehabilitációjának javítása, okainak és eredetének jobb megismerése, beleértve olyan beavatkozásokat és megfigyelési módokat is, amelyek eltérnek a megszokott egészségügyi ellátás során alkalmazottaktól, illetőleg, amelynek során még nem teljesen ismert és kivizsgált hatású tényezőket (hatóanyagok, anyagok, eszközök, eljárások, módszerek, körülmények, feltételek) alkalmaznak”. A továbbiakban ezt a fogalom meghatározást kell alkalmazni, amikor orvostudományi kutatásokról beszélünk.



A jogszabály előírja, hogy kutatás csak engedéllyel végezhető (leírja az engedélyezés feltételeinek elveit: társadalmi, tudományos érték, tudományos érvényesség (validitás), a személyek megfelelő kiválasztása, a kedvező kockázat/haszon arány, a független felügyelet, az alanyok hozzájárulása, az alanyok védelme (önrendelkezés, személyiségi jogok)). A törvény különleges garanciákat ír elő a fokozott védelemre szoruló csoportok esetén (cselekvőképtelen egyének, gyermekek, várandós-szoptató anyák)

A IX. fejezet –többek között - az embriókkal és ivarsejtekkel végzett kutatásokra is kitér, melyet külön törvény is szabályoz. Az egészségügyi törvény az Alaptörvénynek megfelelően előírja, hogy „embrió kutatási célból nem hozható létre, kutatáshoz csak a reprodukciós eljárások során létrejött embriót szabad felhasználni az arra jogosultak rendelkezése alapján vagy az embrió károsodása esetén. Az embrió állat szervezetébe nem ültethető, emberi és állati ivarsejtek egymással nem termékenyíthetők meg. Azon embrió, amellyel kutatást végeztek, emberi szervezetbe nem ültethető be, kutatáshoz felhasznált ivarsejt reprodukciós eljárás végzéséhez nem alkalmazható.” Csak akkor végezhető, ha a kutatás, beavatkozás nem tűzi ki célul az utódok genetikai állományának megváltoztatását illetve új egyed létrehozását.

A **2008. évi XXI. törvény** a humán genetikai adatok védelméről, a humán genetikai vizsgálatok és kutatások, valamint a biobankok működésének szabályairól szabályozza külön is a humán genetikai kutatásokat.

A jogszabály értelmében „humán genetikai kutatás: az egyének genetikai identitását meghatározó genetikai anyag (gének, kromoszómák) szerkezeti felépítésével, ennek rendellenességeivel, továbbá génekben kódolt program testi, szellemi, viselkedéssel jellemzőkben való megnyilvánulásával, illetve a génekben kódolt program szülőktől az utódokba való átjutásának törvényszerűségeivel, e folyamatok rendellenességeinek feltárásával foglalkozó kutatás.”

Mivel a genetikai kutatás nem csak egyéneket érint (azok vizsgálatával valósul ugyan meg), hanem csoportokra vonatkozatható következtetések is levonhatók nem elég az egyén beleegyezése, hanem szélesebb körű tájékoztatás szükséges. „A kutatási eljárás során a kutatás céljáról, a kutatásba bevont alanyok köréről, számáról, a kutatás időtartamáról, a minták, illetve adatok tárolásának módjairól a kutatásba bevont populáció egésze számára is tájékoztatás nyújtható, amely nem helyettesítheti az érintettek egyedi tájékoztatását és beleegyező nyilatkozatát.”

19.2.3. Büntető törvénykönyv

A jogfelfogás olyan szigorúan veszi az orvostudományi kutatások előírásainak betartását, hogy az attól való eltérés büntetni rendeli.

A büntető jogszabályok szerint (173/D §) „maximálisan 5 évi terjedhető szabadságvesztés engedély nélkül, vagy attól eltérő emberen végzett kutatásért.” Mivel tilos a reprodukciós célú klónozás, egymással genetikailag egyező egyedek létrehozása, ennek még az



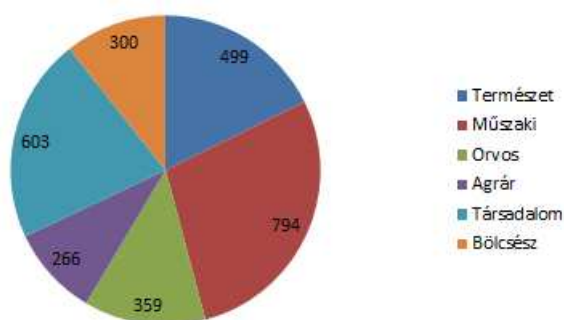
előkészületét is bünteti törvény, maximum 3 év elzárással, a végrehajtott bűncselekmény esetén 5-10 év börtön szabható ki.

19.3. Kutatási programok

2008-ban 266 milliárd forintot fordítottak kutatásra, 2821 kutatóhelyen (19.1. ábra).

19.1. ábra A kutató-fejlesztő helyek megoszlása ágazat szerint (KSH-2008.)

Kutatóhelyek megoszlása



A kutatóhelyeken 50 ezren dolgoztak. A ráfordítások közel fele fejlesztés, másik fele kutatás volt, ez utóbbinak egyharmada alapkutatás, kétharmada alkalmazott kutatás. A kutatások fedezetét különböző források biztosították (19.2.ábra).

19.2.ábra A kutatások fedezete (KSH-2008.)



A kutatás-fejlesztés forrásai

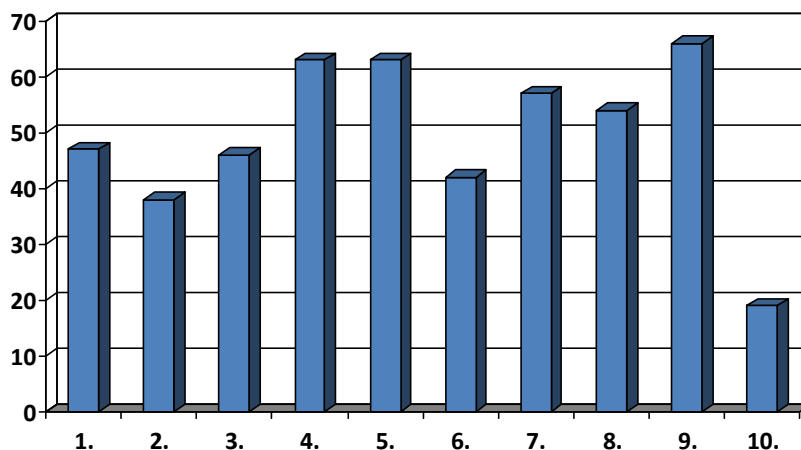


19.3.1. Egészségügyi Tudományos Tanács

Az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) ezen a néven 1951. óta működik, egészségügyi kérdésekben a miniszter tanácsadó szerve. Működését a 16/2001.(IV.28) EüM rendelet szabja meg. Az ETT kizárólag egészségügyi témája pályázatot hirdetett meg, melynek forrása a költségvetés minisztériumi fejezete volt. Az Egészségügyi Tudományos Tanács 2007-2011. között 426 pályázatból 262 pályázat megvalósulását támogatta, melyből 126 valósult meg. (19.3. ábra) Az átlagos javasolt támogatás 1.271.000Ft volt pályázatonként. A támogatott pályázatok az alábbi témakörökbe sorolhatók:

1. Klinikai és kísérletes onkológia.
2. Emésztőszervek, hepatológia, alkohol.
3. Klinikai és kísérletes farmakológia, drog.
4. Idegi tevékenységek.
5. Klinikai és kísérletes immunológia.
6. Érrendszer, nephrológia.
7. Molekuláris medicina.
8. Környezet-egészségügy, népegészségügy.
9. Sejtbiológia, endokrinológia.
10. Mozgásszervi.

19.3.ábra A támogatott pályázatok megoszlása témakörök szerint (ETT-2011.) (a számok a fenti felsorolásra utalnak)



19.3.2. Nemzeti Innovációs Hivatal (Nemzeti Kutatási és Technológiai Hivatal)

A Kormány 303/2010. (XII. 23.) számú rendelete alapján a Nemzeti Kutatási és Technológiai Hivatal elnevezése 2011. január 1-i hatállyal Nemzeti Innovációs Hivatalra változott.

A hivatal szervezi a hazai és az európai uniós forrásból társfinanszírozott pályázatokat az alábbi területeken:

- Vállalatok kutatás-fejlesztési és innovációs tevékenységének ösztönzése
- Nemzetközileg versenyképes tudományos és innovációs kapacitások kialakítása
- Tudásalapú társadalom fejlesztése
- Európai Unió és nemzetközi kapcsolatok erősítése
- Regionális kutatás-fejlesztési és innovációs programok
- GOP (Gazdaságfejlesztési Operatív Program)
- Regionális Operatív Programok (ROP)
- TIOP (Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program)
- TÁMOP (Társadalmi Megújulás Operatív Program)
- KTIA (Kutatási és Technológiai Innovációs Alap)
- OTKA (Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok) lásd 19.3.3.
- FP7 (Európai Unió 7. K+F keretprogram 2007-2013)
- CIP (Európai Unió Versenyképességi és Innovációs keretprogram, 2007-2013)
- CH 7. (Svájci-Magyar Együttműködési Program (Svájci Hozzájárulás))

Az Új Széchenyi Terv keretében két program a „Gyógyító Magyarország – Egészségipari Program” és a Tudomány Innováció program tartalmaz egészségügyi vonatkozású pályázatokat.

A Gyógyító Magyarország – Egészségipari Program keretében kiírásra került:

- 1.) A Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése a Dél-alföldi régióban pályázat célja, hogy a betegek hozzáférése javuljon a rehabilitációs ellátásokhoz, azok infrastruktúrája külföldi (fizető) betegek számára is vonzó legyen. A pályázaton egészségügyi szolgáltatók és



fenntartóik vehetnek részt. A rendelkezésre álló forrás 2 000 millió forint. 20 -250 millió forint pályázható. A támogatás mértéke: 95%.

- 2.) Rehabilitációs szolgáltatások fejlesztése a Nyugat-dunántúli régióban pályázat, hasonló célok alapján került kiírásra. Itt a rendelkezésre álló forrás: 1 250 millió forint. 20 - 450 millió forint pályázható. A támogatás mértéke: 90%.

19.3.3. Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok

1997. évi CXXXVI. törvény létrehozta az Országos Tudományos Kutatási Alapprogramok (OTKA) rendszerét. Az OTKA forrásait döntően a központi költségvetés biztosítja. Az OTKA önálló szervezetből áll, melyet a 18 tagú OTKA Bizottság irányít, az 5-10 ezer pályázat elbírálását 3 kollégium és 30 zsűri (450fő) végzi. Az OTKA támogatási rendszerének elvei:

- „felfedező jellegű tudományos alap kutatások támogatása a tudomány minden területén;
- a legkiválóbb, nemzetközi mércével is kiemelkedő jelentőségű kutatások támogatása;
- hazai intézményben megvalósuló, hazai kutatók által végzett kutatások támogatása;
- a kutatók által kezdeményezett témájú kutatások támogatása;
- a teljes kutatói életpályára kiterjedő pályázati rendszer működtetése;
- a kutatások eredményeinek, gazdasági és társadalmi hasznosságának kiemelt kezelése.”

Az egészségügyet az alábbi zsűrik tematikája érintette:

- Bioinformatika, rendszerbiológia, biofizika és szerkezeti biológia
- Idegtudomány
- Sejtbiológia, immunológia, mikrobiológia, növényélettan, toxikológia
- Kísérletes orvostudomány
- Klinikai orvostudomány
- Molekuláris biológia és molekuláris interakciók

Kutatási, nagy összegű kutatási, ifjúsági (posztdoktori), nagy összegű ifjúsági, nemzetközi együttműködési és publikációs pályázati formák kerülnek kiírásra. A 2010-ben lezárult 345 és a 2011-ben lezárult 343 OTKA kutatás eredményeképpen 6 932, illetve 7 381 tudományos publikáció jelent meg. 2011-ben az OTKA 5436 MFt pályázati támogatást ítél oda, ennek 44 %-a került odaítélésre az élettudományok területén. A kutatóhelyek 57 %-a egyetem, 36 %-a az MTA kutatóintézménye, 7 %-a egyéb intézmény volt.

19.4 Tudományos minősítés rendszere

A tudományos kutatást végzők kutatók minősítése a tudományos teljesítményük alapján, a jogszabályokban rögzített eljárásban történik. A kutatói tevékenységre való alkalmasságot a



PhD fokozat odaítélésével az egyetemek bírálják el. A magasabb szintet jelentő tudományok doktora fokozatot, mely a magas színvonalú, iskolateremtő tudományos munka elismerését jelenti a Magyar Tudományos Akadémia adományozza. Mindkét esetben az eljárás a jelölt kérésre indul. A tudományos munka színvonalának legmagasabb szintjét ismerik el az akadémiai tagsággal (levelező és rendes tag), amely az Akadémia döntésével valósul meg, azaz meghívással és nem a jelölt saját kezdeményezésére.

19.4.1. Egyetemek (PhD)

A felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény az egyetemek jogává tette a tudományos fokozatra való felkészítést és a doktori (PhD) fokozat odaítélését. A doktori képzés célja, hogy megfelelő formai keretek között a jövő követelményeinek megfelelő tudósnevezéket képezzünk.

A fokozat megszerzése nappali és levelező formában történhet. A PhD fokozat megszerzéséhez tanulmányokat, kutatásokat kell folytatni, tudományos közleményeket kell publikálni és az előírt vizsgákat kell eredményesen letenni.

A képzési idő nappali tagozaton 3 év. A tanulás mellett önálló kutatási alkalmasságról is tanúbizonytságot kell a jelöltnek tennie. Ennek formája az önállóan végzett kutatómunka eredményeit bemutató tudományos közlemény(ek). További feltétel, hogy kellően magas színvonalú tudományos lapban jelenjen meg a közlemény. A tudományos munkája alapján a jelöltnek értekezést kell írnia. Az értekezést előbb a munkahelye, kutatóhelye tudományos munkatársai előtt kell megvédenie. A védelem során kijelölt opponensek kritizálják meg a munkát és tesznek fel kérdéseket a jelöltnek, melyhez a munkahelyi kollégák is csatlakozhatnak. A jelöltnek egyrészt megfelelő színvonalú munkát kell bemutatni, másrészt képesnek kell lennie a vitában megvédeni álláspontját. A sikeres munkahelyi vitát követően az egyetem Doktori Tanácsa által kijelölt bizottsága és opponensek előtt ismétlik meg az értekezés védését, melynek eredménye alapján a Doktori Tanács dönt a PhD fokozat odaítéléséről (19.4. ábra)

19.4. ábra A Semmelweis Egyetem Doktori Iskolájában folyó PHD képzési programok

Doktori Iskolák a Semmelweis Egyetemen

1. Elméleti orvostudományok

- Szív- és érrendszeri betegségek élettana és klinikuma
- A vérkeringési rendszer normális és kóros működésének mechanizmusai
- Celluláris és molekuláris biofizika
- A folyadék- és elektrolitháztartás szabályozásának élet- és kórélettana
- Klinikai és kísérletes kardiológia / atherosclerosis

2. Klinikai orvostudományok

- A hepatológia szabadgyökös és immunológiai vonatkozásai
- Magzati és újszülöttkori orvostudomány



- Krónikus betegségek gyermekkori prevenciója
- Gastroenterológia
- Fogorvostudományi kutatások
- Klinikai haematológia
- A támasztó és mozgató szervrendszer működésének fiziológiája
- Légzőszervi megbetegedések
- Szemészet
- Klinikai és kísérletes angiológiai kutatások
- Hormonális szabályozó mechanizmusok
- Urológia
- Anyagcsere betegségek molekuláris genetikája, patomechanizmusa és klinikai vonatkozásai
- Bőrgyógyászat és venerológia
- Alapkutatások klinikai alkalmazása
- Reproductív medicina

3. Gyógyszertudományok

- A gyógyszerészeti tudományok korszerű kutatási irányjai
- Experimentális és klinikai farmakológia

4. Mentális egészségtudományok

- Pszichiátria
- Mentális egészségtudomány
- Egyének és közösségek erőforrásainak szociológiai és mentálhigiénés megközelítése

5. Sporttudomány

- Edzés és adaptáció
- Testedzés, szabályozás, anyagcsere
- Sport, nevelés- és társadalomtudomány

6. Szentágothai János Idegtudományi DI (Multidiszciplináris orvostudományok)

- Neuromorfológia és sejtbiológia
- Neuroendokrinológia
- Funkcionális Idegtudományok
- Klinikai idegtudományok
- Klinikai neurológiai kutatások
- Biológiai pszichiátria

7. Molekuláris orvostudományok (Multidiszciplináris orvostudományok)

- Celluláris és molekuláris élettan
- Patobiokémia
- Embryológia, elméleti, kísérletes és klinikai fejlődésbiológia
- A humán molekuláris genetika és a géndiagnosztika alapjai
- Elméleti és klinikai immunológia



8. Patológiai tudományok (Multidiszciplináris orvostudományok)

- Onkológia
- Sejt-, extracelluláris matrix-, rostrendszer változások szív- és érrendszeri és egyes daganatos megbetegedésekben. Kísérletes és diagnosztikus pathomorfológiai vizsgálatok
- Mikroorganizmusok és anyagaik hatásainak molekuláris, celluláris és organizmus szintű vizsgálata
- Nép- és közegészségtudományok
- Kísérleti és klinikai transzplantáció
- Egészségtudományok

19.4.2 Magyar Tudományos Akadémia

Az 1825-ben alapított Magyar Tudományos Akadémia az 1992. évi XL. törvény alapján, mint a tudományos tevékenységet irányító, képviselő és részben végző köztestület működik. Az Akadémiai köztestület az akadémikusokból és az akadémiai doktorok képviselőiből áll. Az Akadémia osztályokra tagozódik:

- I. Nyelv- és Irodalomtudományok Osztálya
- II. Filozófia és Történettudományok Osztálya
- III. Matematikai Tudományok Osztálya
- IV. Agrártudományok Osztálya
- V. Orvosi Tudományok Osztálya
- VI. Műszaki Tudományok Osztálya
- VII. Kémiai Tudományok Osztálya
- VIII. Biológiai Tudományok Osztálya
- IX. Gazdaság- és Jogtudomány Osztálya
- X. Földtudományok Osztálya
- XI. Fizikai Tudományok Osztálya

Az Akadémia egyik feladata a tudományok doktora fokozat odaítélése. A Magyar Tudományos Akadémia illetékes tudományos osztálya dönt arról, hogy a doktori fokozatra jelentkező addigi tudományos munkája, iskolateremtő oktatói tevékenysége, a nemzetközi tudományos életben játszott szerepe alapján odaítéli-e a tudományok doktora fokozatot. Az eljárás hasonló a PhD fokozat eljárásához, azzal a különbséggel, hogy a jelöltnek nem kell tanulmányokat folytatni és vizsgázni. Ugyanakkor a cím odaítélésében jelentősen esik latba az addigi munkásságra vonatkozó adatok (PhD hallgatóinak száma, közleményeinek száma és a megjelenés helye, könyvei, tudományos előadásainak száma, nemzetközi és hazai tudományos életben betöltött funkciói, stb.). Ez esetben is az addigi tudományos munkájának összefoglalásaként doktori művet kell összeállítani, melynek megvitatása az Akadémia által kijelölt bizottság és opponensek előtt történik. Mindezek alapján ítélik oda a tudomány doktora fokozatot.



Jelenleg az Akadémia orvosi területen 509 személynek ítélte oda a doktori fokozatot, összehasonlításként a kémia tudományok területén 345, a műszaki tudomány területén 246, a közgazdaság tudomány területén 87 tudományok doktora van.



20. Európai Unió és az egészségügy

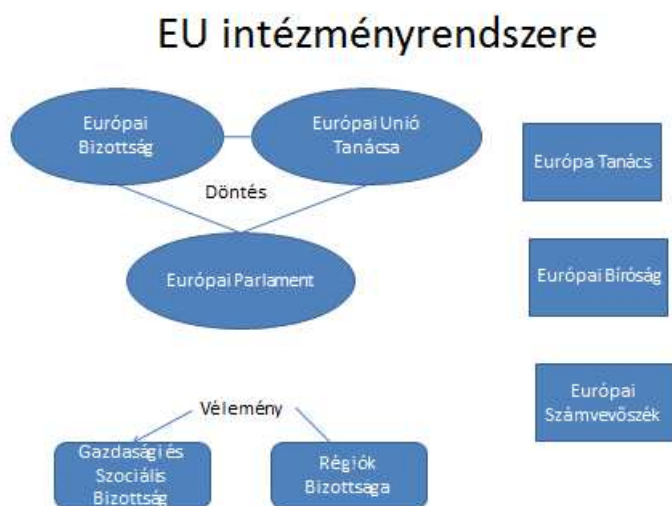
20.1. EU intézményrendszere és működése

A II. világháborút követően erős integrációs tendenciák jelentkeztek az európai országokban. A szimbolikus jelentőségű 1949-ben alapított Európa Tanács helyett 1950. májusában jött létre az Európai Szén és Acélközösség, amely az 1957. március 25-én Rómában megalakult Európai Gazdasági Közösség, a mai Európai Unió előfutárának tekinthető.

A kezdetben 6 ország által alapított Európai Gazdasági Közösségből szakaszos bővítésekkel és a közös politikák fokozatos kiterjesztésével alakult ki a mai 28 tagú Európai Unió. A funkciója a kezdeti vámunióból fokozatosan a tőke, a munkaerő és a szolgáltatások szabad áramlása révén fokozatosan kiterjedt: vámunióból, közös piac, majd egységes piac, közös európai pénz, az euro megteremtésével gazdasági és monetáris unió majd politikai (védelmi, külpolitikai) integrációhoz is vezetett. A funkcionális átalakításokat a római után újabb és újabb szerződésekben (Maastricht, Amszterdam, Nizza, Lisszabon) rögzítették. Az EU három pilléren nyugszik európai közösségek, közös kül- és biztonságpolitika, rendőrségi és bűnügyi együttműködés.

Az Európai Unió intézményrendszere a kormányközi és a nemzetek feletti intézmények keveréke. Az leszögezhető, hogy a jövőre mutató döntéseket a kormányközi szervezetek, a jelenre vonatkozó, napi döntéseket jobbadán nemzetek feletti intézmények hozzák meg (20.1.ábra).

20.1.ábra Az Európai Unió intézményei



20.1.1. Tanács, Parlament, Bizottság, Biztosok, Igazgatóságok



A **Tanács** – vagy a Miniszterek Tanácsa- az EU elsődleges döntéshozó, jogalkotó szerve, amely kormányközi alapon működik.

Tagjai a téma szerint illetékes miniszterek, ebből következik, hogy szakterület szerint 15 különböző Miniszterek Tanácsa létezik. Kiemelendő a Pénzügyminiszterek Tanácsa (ECOFIN) és az egyre szorosabbá váló külügyi integráció révén a Külügyminiszterek Tanácsa (Általános Ügyek tanácsa). A tanácsok 1-3, illetve ritkábban 2-6 havonta ülnek össze, így ott csak a végleges álláspont tisztázásra kerülhet sor. A napi ügyeket és a tanácsok ülését az egyes országok EU-hoz akkreditált nagyköveteinek tanácsa a COREPER viszi, amely hetente ülésezik. Egyes speciális kérdésekben (mezőgazdaság, kereskedelempolitika) külön albizottságok működnek, nemzeti képvisellel. A COREPER munkáját témák szerint mintegy 250 munkabizottság segíti.

Az **Európai Tanács** az állam-, és kormányfők testületként az EU csúcsszerve, amely kormányközi alapon működik. Ez dönt a stratégiai kérdésekben, de nem hoz jogilag kötelező érvényű döntéseket. Évente két ülést tartanak. A tanács döntéseit egyszerű, minősített többséggel (az országok népesség alapján súlyozott szavazati aránya alapján), vagy egyhangúlag hozza. Az alapszerződések pontosan megszabják mikor, milyen döntéshozatal történjen. Az Európai Tanácsnak önálló elnöke van Herman van Rompuy személyében, aki az EU-t képviseli.

Az **Európai Bizottság** az EU mindennapi munkáját végző döntés előkészítő, bizonyos esetekben döntéshozó, javaslattevő és végrehajtó szerve. Tagjai az egy-egy részterületért felelős biztosok. Jelenleg valamennyi tagállam egy-egy biztost delegál – azaz összesen 27 biztos van – de a biztosok delegálásukat követően már nem hazájukat, hanem az EU nemzetek feletti érdekeit képviselik. Így, bár összetételük kormányközi jellegre utal, de ez a szervezet tipikusan nemzetek feletti szervezatként működik. (Magyarország jelöltje Andor László, az adóügyekért felelős biztos.) A bizottság feladatai:

- új jogszabályokra vonatkozó javaslatok benyújtása a Parlamentnek és a Tanácsnak;
- az EU költségvetésének az irányítása és a finanszírozás elosztása;
- az uniós jogszabályok végrehajtása (a Bírósággal együtt);
- az EU nemzetközi képviselete.

A biztosok alá egy vagy több **Főigazgatóság**, azokon belül egy vagy több Hivatal tartozik. Ezekben mintegy 20 ezer ember dolgozik (20.2.ábra).

20.2.ábra Az EU Főigazgatóságai

1. Adóügy és vámunió
2. Belső piac és szolgáltatás
3. Belügyi
4. Bővítés
5. Egészségügy és fogyasztóvédelem (SANCO)
6. Éghajlat-politika
7. Energiaügy
8. Foglalkoztatás, szociális ügyek és társadalmi összetartozás



9. Humánerőforrás és biztonság
10. Humanitárius segélyek
11. Informatika
12. Jogérvényesülési
13. Kereskedelem
14. Költségvetés
15. Környezetvédelem
16. Kutatás és innováció
17. Mezőgazdaság és vidékfejlesztés
18. Mobilitáspolitikai és közlekedés
19. Oktatásügy és kultúra
20. Regionális politika
21. Tájékoztatás
22. Tartalmak, technológiák és kommunikációs hálózatok
23. Tengeri ügyek és halászat
24. Vállalkozáspolitikai és ipar
25. Versenypolitika

Európai Unió intézmény az **Európai Bíróság**, mely az Európai Unió belső jogi vitáiban, valamint az Unió és a tagállamok közti vitákban dönt, az EU jogszabályok érvényre jutását elősegítő intézmény. Az **Európai Számvevőszék** feladata az EU költségvetésének ellenőrzése.

A fentiekén kívül az EU intézményközi szervezete két véleményezési jogkörrel felruházott testület az **Európai Gazdasági és Szociális Bizottság**, amely a civil társadalmat, a **Régiók Bizottsága** a regionális hatóságokat képviseli. Minkét bizottság 344-344 tagú, Magyarországot 12-12-en képviselik.

Az Európai Beruházási Bank az EU beruházási projektjeit finanszírozza, az Európai Központi Bank az európai monetáris politikáért felelős, az Európai Ombudsman az uniós intézmények és szervek hivatali visszasságaival kapcsolatos panaszokat vizsgálja ki és az Európai Adatvédelmi Biztos felügyeli az emberek személyes adatainak tiszteletben tartását.

Az **Európai Parlament** tagjait az uniós országok választópolgárai – népességük arányában - választják meg öt évre, országok jogrendje szerint meghatározott módon (Magyarországon pártokra leadott listás szavazással) (20.3. ábra). Feladata az európai jogszabályok elfogadása, az uniós költségvetés elfogadása és az uniós szervezetek ellenőrzése. Az EU nemzetek felettségét bírálók nehezményezik, hogy az EU választott szerveinek nincs elég döntéshozói jogosultsága. Az Alapszerződések újabb és újabb módosításai ezt kívánják orvosolni, egyre több területen jelölve ki szerepet a Parlamentnek.

20.3. ábra Az Európai Parlament 736 képviselőjének összetétele a népesség arányában

Ország	Parlamenti mandátum
Németország	99
Egyesült Királyság	72



Franciaország	72
Olaszország	72
Spanyolország	50
Lengyelország	50
Románia	33
Hollandia	25
Görögország	22
Csehország	22
Belgium	22
Magyarország	22
Portugália	22
Svédország	18
Bulgária	17
Ausztria	17
Szlovákia	13
Dánia	13
Finnország	13
Írország	12
Litvánia	12
Lettország	8
Szlovénia	7
Észtország	6
Ciprus	6
Luxemburg	6
Málta	5

20.1.2. Döntéshozatal

Az EU döntéshozatali mechanizmusa annak tükrözi, hogy a tagállamok nem mondtak le teljesen nemzeti szuverenitásokról, s ezért a döntéshozatalban a kiegyensúlyozottságra törekednek, a fékek és ellensúlyok beépítése révén a nemzeti érdekek érdekében. A legfontosabb döntések a Bizottság javaslatai alapján a Parlament és a Tanács jóváhagyásával jönnek létre.

20.1.2.1. Döntési kompetenciák

A döntés előkészítés feladatát a Bizottság látja el. A Tanács a döntések meghozatalakor a Parlamentet vonja be a döntésbe, ennek formái:

- konzultációs eljárás (ennek szerepe csökkenőben),
- együttműködési (néhány gazdasági és monetáris kérdésben),
- hozzájárulási,
- együttdöntési (egyre fokozottabb mértékben és területen).



20.1.2.2. Jogforrások

Alapvető jogforrások az alapszerződés és annak módosításai, melyek az EU jog alapjait is megerősítik. Az EU jogrendszere:

Kötelező erejűek: rendelet, irányelv és határozat.

Nem kötelezőek: ajánlás és vélemény.

20.2 Egészségügyi kérdések

Az alapszerződések szerint az EU tevékenységénél a lakosság egészsége terén a tagállamok felelőssége az egészségügy szervezéséért és egészségügyi ellátásáért teljes mértékben megmarad.

Néhány területen azonban az EU közös intézményei hoznak döntéseket:

- Gyógyszerügy (EMA). Az áruk szabad mozgásának elve –bizonyos korlátozásokkal a gyógyszerekre is érvényes. Amennyiben a gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyének kiadása kizárólag nemzeti keretekben valósulna meg, az azt jelentené, hogy a gyártó ugyanazon termékét 28 tagállamban kellene regisztráltatni. Ezen felül az is előfordulhatna, hogy egyik vagy másik országban nem kapna engedélyt. Ez esetben felmerülhet, hogy protekcionista, piacvédő intézkedéssel nehezítik meg egy árú piacra jutását. Ezt a lehetőséget zárja ki a centralizált döntés, amely egyben adminisztratív könnyítés a fogalmazók számára.
- Szakmai képesítések elismerése. Az emberek szabad mozgásának elvéből következik, hogy az EU-n belül szerzett szakképesítéseket kölcsönösen elismerik a tagállamok.
- Egészségügyi szolgáltatások/betegjogok területén az Európai Bíróság ítéletei nyomán vált szükségessé a határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások igénybevételének szabályozása. Az EU emberjogi felfogásából következően közös állásfoglalásokat alakítottak ki a betegjogok területén.

Az EU átértékelve azt, hogy a lakosság egészségi állapota a tagállamok versenyképességének egyik meghatározója közös adatgyűjtést, információcserét és akciókat szervez, ennek területei:

- A lakosok egészségi állapota.
- Az egészséget meghatározó tényezők.
- Egészségügyi rendszerek.

Ugyanakkor a határok átjárhatóvá tételével, az emberek szabad mozgásának biztosításával a fertőző betegségek terjedése, az élelmiszerbiztonság olyan területek, amelyekben az együttműködés valamennyi tagállam érdeke, függetlenül attól, hogy erre az EU jog nem kötelezi őket.

Gyors reagálás területei:

- Riasztó rendszerek.



- Epidemiológiai vizsgálatok.
- Fertőző betegségek.
- Más veszélyek.

Közös kutatások a népegészségügy területén:

- Életmód.
- Szociális-gazdasági tényezők.
- Genetika.
- Környezet.

20.2.1 Anyagi javak szabad mozgása

Ezen a területen az egészségügy kapcsán leginkább a gyógyszerek szabad kereskedelem jelent problémát, noha természetesen ide tartozik az egészségügyben használt technológia, energia, stb. is.

A gyógyszerekhez való egyenlő hozzáfutást a közös (EMA) forgalomba hozatali engedély garantálja. Ugyanakkor az már nem közösségi jog aláeső terület, hogy az adott ország társadalombiztosítása nyújt-e és mekkora mértékben a gyógyszer árához támogatást. Ezen a területen leginkább a döntések transzparens volta vet fel kérdéseket.

Másik probléma, az esetlegesen eltérő ár kérdése, mivel az ár minden országban szabad tárgyalás eredményeképpen alakul ki. Az eltérő árak miatt a gyógyszerek másodlagos exportimport tevékenysége alakulhat ki, ez az ún. parallel export, ami sérti a gyártók érdekeit, de a versenyjog alapján az Európai Bíróság bizonyos feltételek mellett (gyógyszerbiztonság) ez ellen nem emelt kifogást.

20.2.2 Személyek szabad mozgása: határon átnyúló ellátások

A személyek szabad mozgása a külföldön történő egészségügyi szolgáltatások igénybevételének szabályozását igényli. Az államok általában államközi szociális egyezményekben rendezik a sürgősségi ellátásra szoruló állampolgáraik helyzetét. Az EU-n belül a kölcsönös elismerés elve alapján, minden valamely tagállamban biztosított állampolgárának a sürgősségi ellátás olyan feltételekkel jár, mintha abban az országban lenne biztosított, ahol ennek szükségessége felmerül. Azaz olyan színvonalon kapja az ellátást és ahol co-payment van, ott ezt neki kell fedezni.

Az igénybevétel feltétele a biztosítási jogviszony igazolása az E112es kártyával. Ezt minden biztosított igényelheti a kormányhivatal területileg illetékes egészségbiztosítási szakigazgatási szervénél.

Az Európai Bíróság ítéletei nyomán az EU rákényszerült a nem sürgősségi, határokon átnyúló ellátások szabályozására is. Ez elsősorban a várólistás ellátásokra vonatkozik, ahol a várakozás miatt az egyén egészsége további károsodást szenvedhet. Ez esetben – előírt



feltételek teljesítése esetében – a beteg jogosult más tagállamban ellátásra, de csak ugyanolyan feltételek közt, mint az adott tagállam többi állampolgára, s az ellátás költségeit saját hazája biztosítójának kell állni.

20.2.3 Munkabiztonság, élelmiszerbiztonság

A munkahelyi biztonság előírásai összefüggnek a piac szabályozásával, s ebben az értelemben az EU politikák tárgya is. Kötelező EU előírás ezen a területen azonban nincs, az egyes államok ILO tagságukból következően kötelezettek munkabiztonságot érintő kérdések megoldására.

Az áruk szabad mozgása miatt az élelmiszerbiztonság a közös agrárpolitika miatt közösségi szabályozása alá esik. Ugyanaz a főigazgatóság felelős az élelmiszerbiztonságért, mint amelyik az egészségügyért is felelős (DG SANCO). Az élelmiszerbiztonság érdekében minden országban felelős hivatalt kell működtetni, ez hazánkban a Vidékfejlesztési Minisztérium irányítása alatt működő Nemzeti Élelmiszerlánc Biztonsági Hivatal (NÉBIH).

20.2.4 Közös akciók (prevenció)

Az EU átlagában a GDP 8 %-át költi egészségügyre, ennek ellenére 100 milliárd euroba kerülnek a tüdőbetegségek, 135 milliárdba a kardiovaszkuláris betegségek. A GDP 3 %-a és 500 millió munkanap veszik el a munkahelyi betegségek és balesetek miatt.

A tagállamok állampolgárainak jobb egészsége érdekében az elhízás, a dohányzás, az alkoholfogyasztással kapcsolatos betegségek, a HIV/AIDS területén alakultak ki közös akciók.

20.2.5 Kutatás (FP7)

Az EU a régió versenyképességének javítása érdekében a kutatás-fejlesztést több forrásból is támogatja. A közös kutatási programokat a 7. keretprogram (framework=7 FP7) fogja össze. Ennek a programcsomagnak 2013-ban 8,1 milliárd euro a költségvetése.

A programcsomagban négyféle EU-s együttműködést támogatnak:

- Együttműködés a meghirdetett programok alapján. A költségvetés kétharmadát fordítják erre az alprogramra. A programok 10 területe közül az egyik az egészségügy. (20.4. ábra).
- Ötletek program a tudományos kiválóságok által saját kutatásukra fordítható támogatás.
- Az Emberek program a kutatók cseréjét, ösztöndíját támogatja.
- A kapacitások programban a kutatási infrastruktúra kialakítását támogatják.
- Nukleáris kutatások.

20.4 ábra Az FP7 „Együttműködés” program egészségügyi kutatási témái



- 1.) Biotechnológia.
- 2.) Alaputatások gyakorlatba ültetése (nagy volumenű adatok gyűjtése, rendszerbiológia, agykutatás, antibiotikum rezisztencia, HIV, ritka fertőző betegségek, öregedés, daganatok, kardiovaszkuláris betegségek, cukorbetegségek, ritka betegségek).
- 3.) Egészségügyi ellátás optimalizálása (minőségpolitika, prevenció, egészségfejlesztés, egészségügyi rendszerek).

20.4 EU államok leírása

20.4.1 Alapstatisztikák (várható életkor, perinatalis mortalitás, fogyatékoság, egészségi állapot, finanszírozás)

Az EUROSTAT az EU statisztikai ügynökség az egészségügy területén 40 indikátort elemez és tesz közzé (20.5. ábra).

20.5 ábra Az EUROSTAT 40 egészségügyi indikátorának főbb csoportjai

- Demográfiai és társadalmi-gazdasági faktorok.
- Egészségi állapot.
- Egészséget meghatározó tényezők.
- Betegellátás.
- Egészségben töltött évek.
- Mortalitás okai.
 - Daganat, ISZB, öngyilkosság, baleset, májbetegség, diabetes, alkohol, HIV.
- Egészségügyi ellátás.
 - Orvosok, fogorvosok, aktív ágya és pszichiátriai ágyak száma, valamint a kórházi esetszám .
 - Betegellátás (hiányzó ellátás).
- Egészségi állapot (dohányzók).

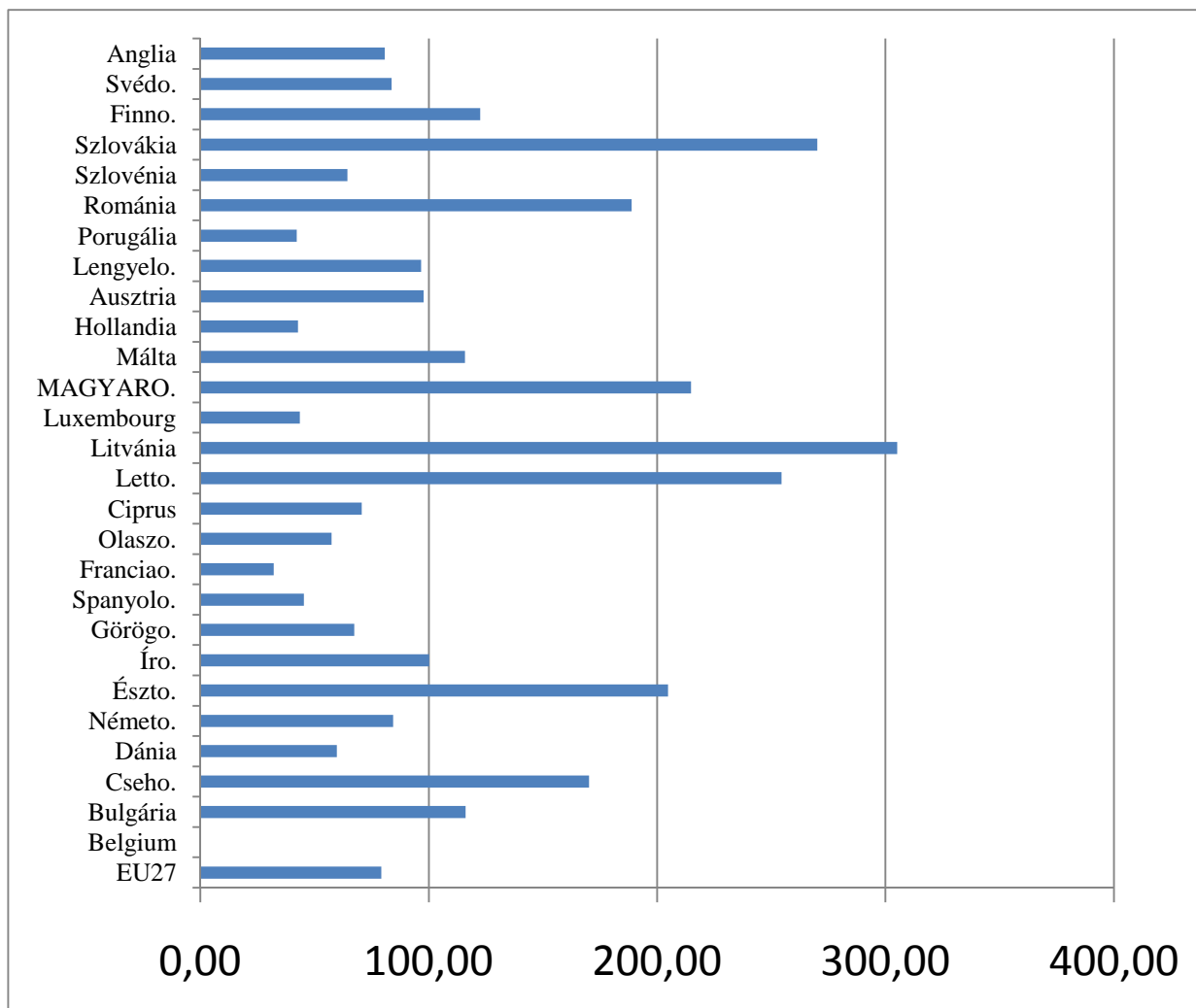
20.4.2 Krónikus nem fertőző betegségek (daganatok, kardiovaszkuláris betegségek)

Az alábbi adatok az EUROSTAT adatbázisából származnak és mutatják, hogy a volt szocialista országokban – így Magyarországon is – a mortalitási adatok sokkal rosszabbak, mint a fejlettebb régiókban. Ezek az adatok egyúttal az egészségpolitika és a prevenció prioritásainak kijelölésére is szolgálnak (20.6-7. ábra). Mindkét vezető halálokból Magyarország adatai kiemelkedően magasak, abszolút értelemben is, de különösen az egészségügyi ellátórendszer és az ország fejlettségéhez viszonyítva.

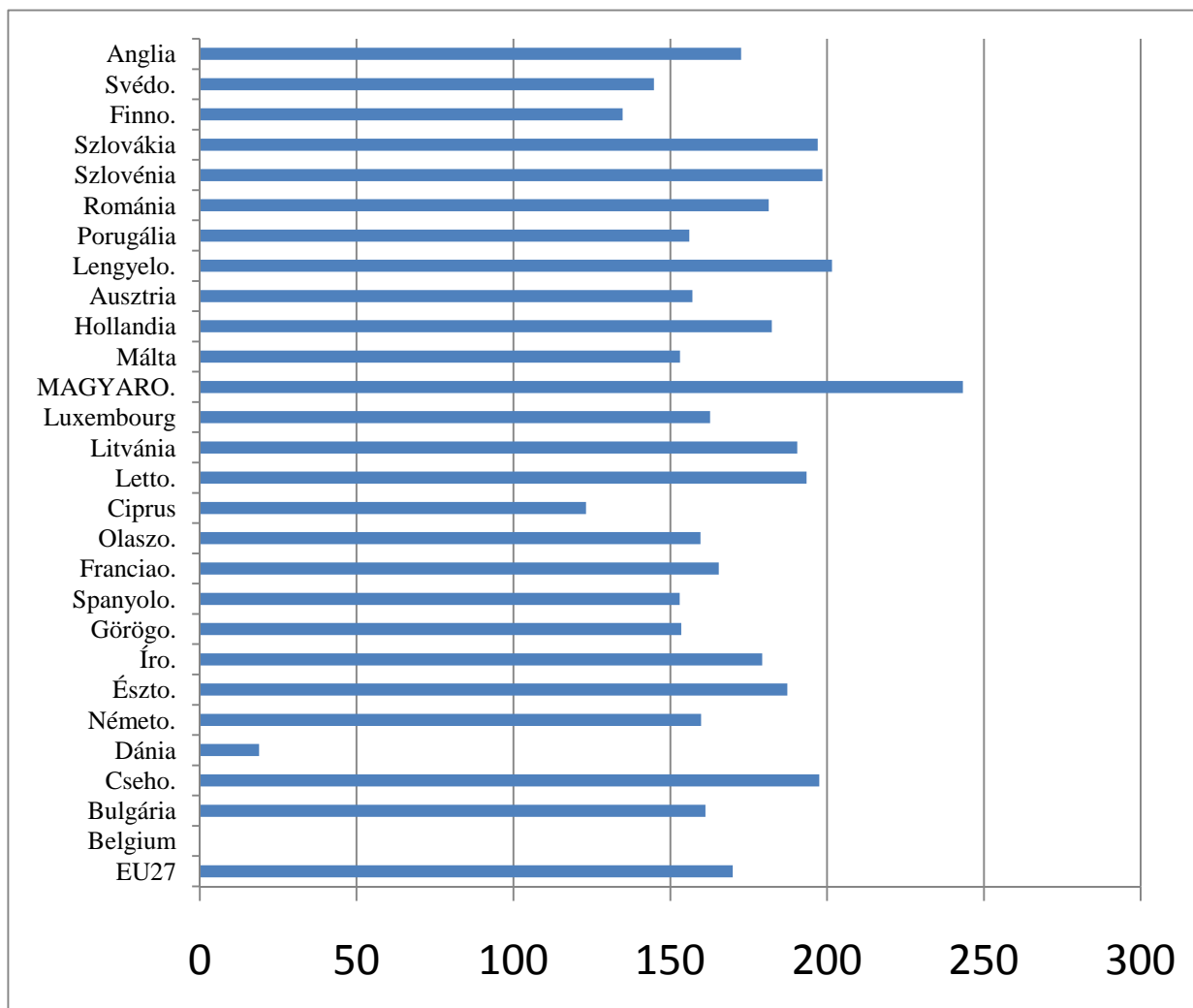
20.6. ábra A kardiovaszkuláris betegségek okozta standardizált halálozás 100.000 lakosra (EUROSTT -2009. évi adatok)



Megjegyzés: A standardizálás révén a különböző életkori csoportokba tartozó egyének eltérő számát és arányát küszöbölték ki.



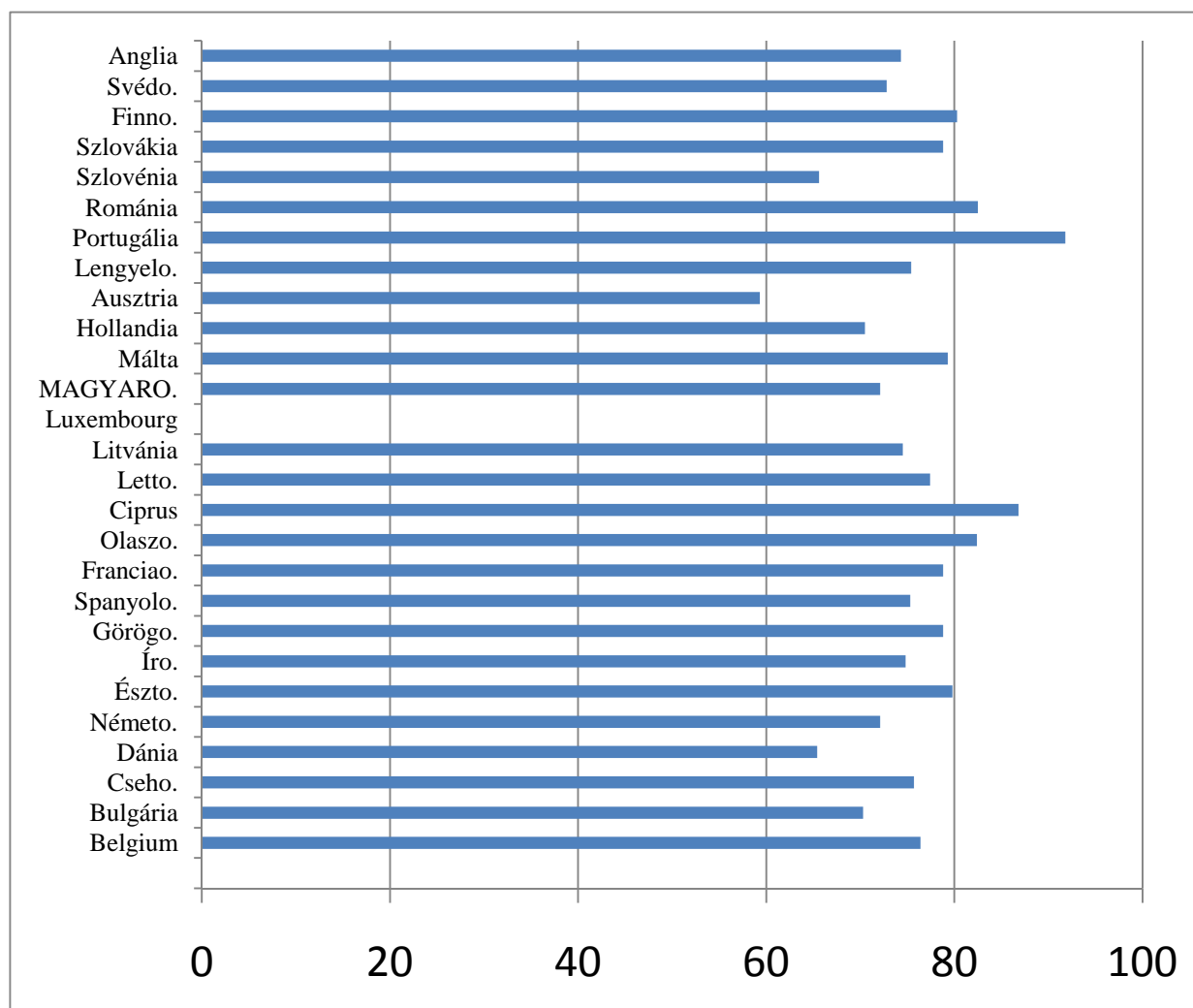
20.7. ábra A daganat okozta standardizált halálozás 2009-ben (EUROSTAT)



20.4.3 A betegségek befolyásolható kockázati tényezői (dohányzás, alkohol)

Szorosan összefügg a drámaian rossz halálozási mutatókkal a betegségek kockázati tényezőinek gyakorisága a populációban (20.8. ábra).

20.8. Ábra A NEM dohányzó nők aránya a populációban 2009-ben (EUROSTAT)



20.4.4 Egyenlőtlenségek az egészségi állapotban és ellátásban

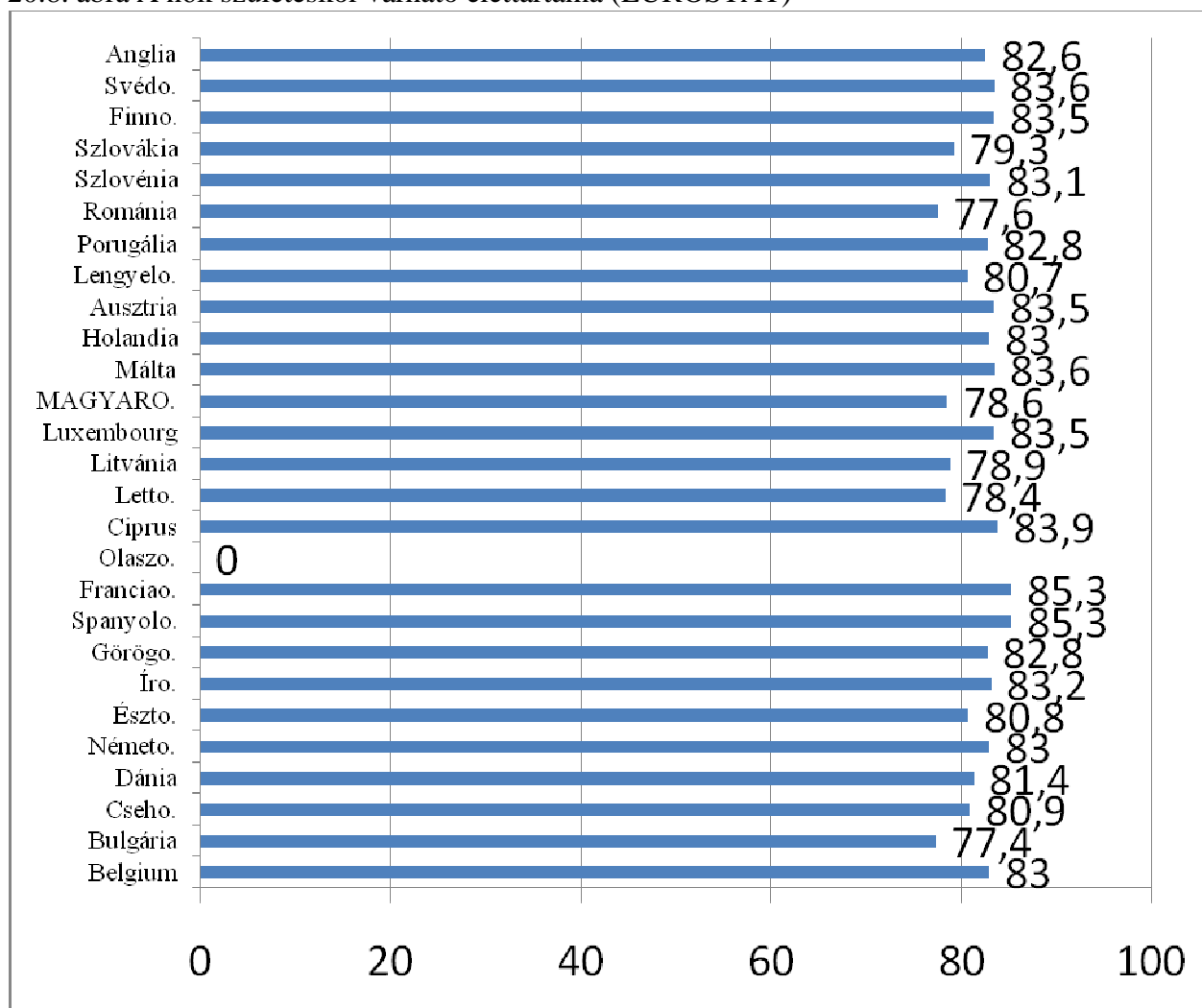
Az ilyen típusú adatok összehasonlíthatósága mindig problematikus és ezért értékelésük nagy óvatosságot igényel. Az eltérő egészségügyi szokások (öngyógyítás elterjedtsége, társadalmi elvárások, stb.) az eltérő egészségügyi rendszerek (alapellátásra épülő vagy szakellátásra épülő rendszer), a biztosítási rendszer előírásai (co-payment megléte) vagy éppen az eltérő képzési rendszer (alapellátás szakorvosi képzésben részesül-e vagy sem, stb.) mind-mind befolyással bír az alábbi mutatókra.

A várható élettartam és az egészségben eltöltött évek száma általánosságban használatos egy ország lakosságának egészségügyi állapotának megítélésére, amelynek csak egy – bár jelentős – tényezője az egészségügyi ellátás (20.9-10.ábrák). A születéskor várható élettartam esetében Magyarország adatainál csak Bulgária, Lettország és Románia adatai

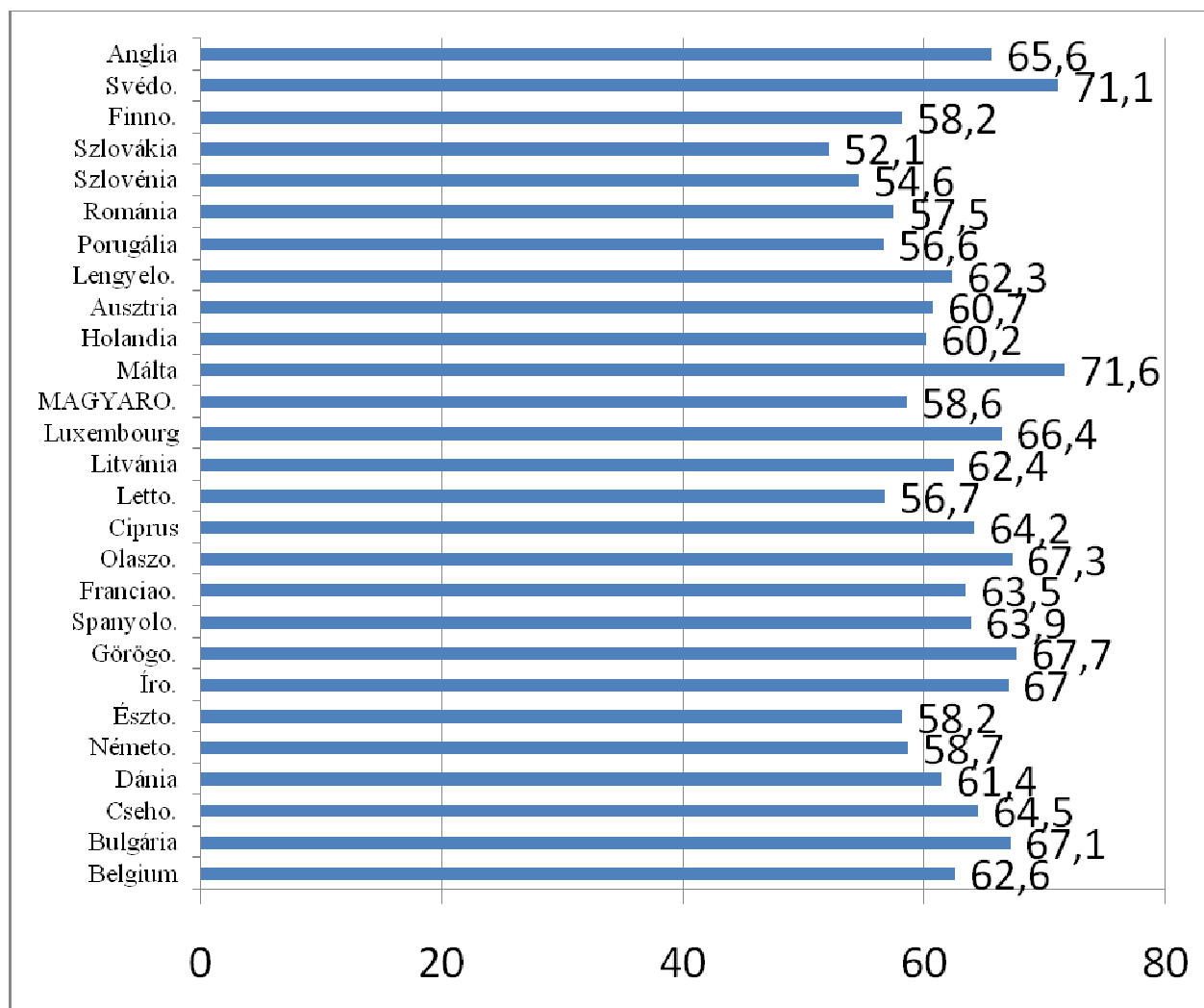


kedvezőtlenebbek, a várhatóan egészségben töltött évek számát tekintve ennél valamivel kedvezőbb hazánk adata.

20.8. ábra A nők születéskor várható élettartama (EUROSTAT)

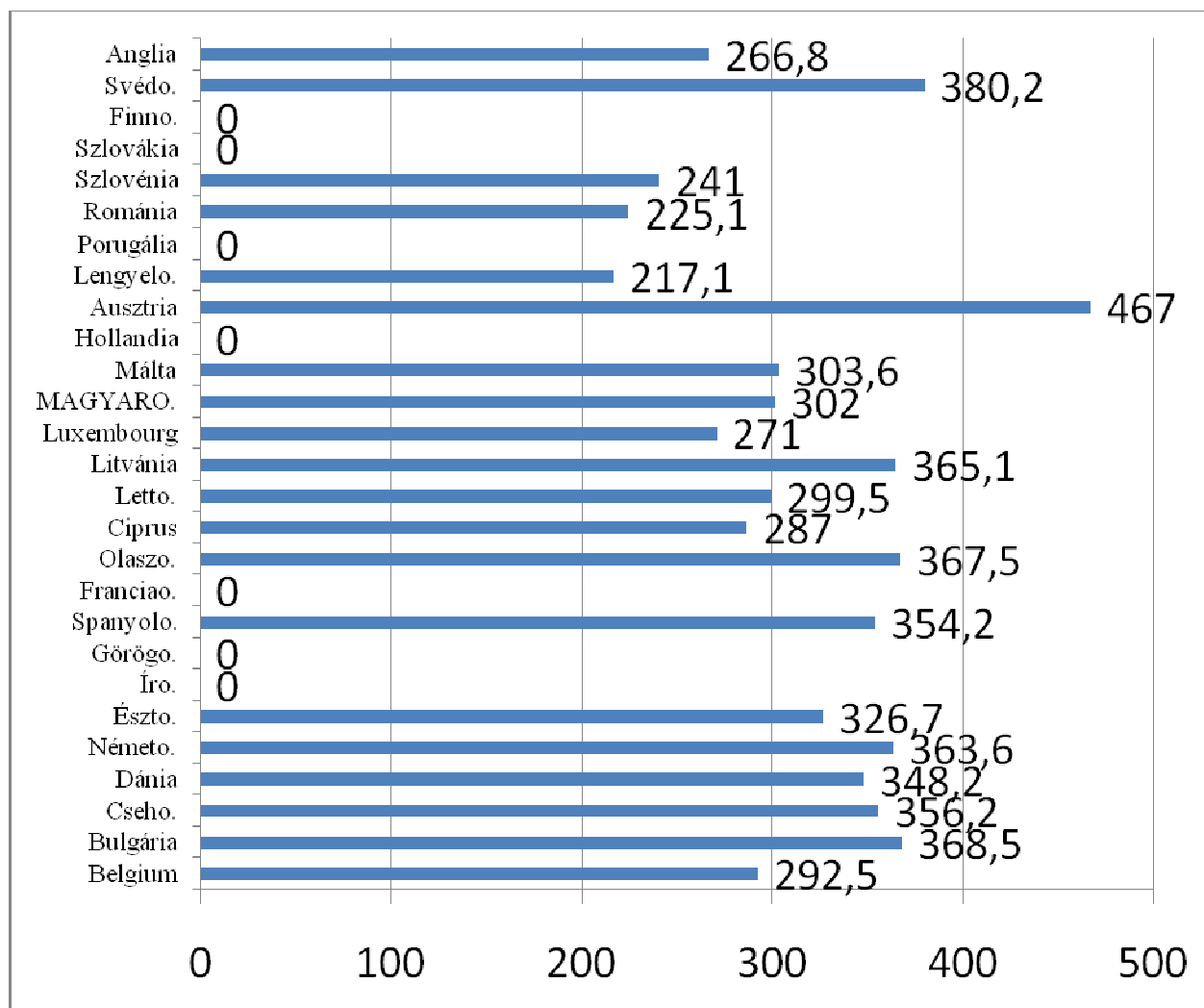


20.10. ábra A születéskor várhatóan egészségben eltöltött évek száma – nők esetében, 2011-ben (EUROSTAT)



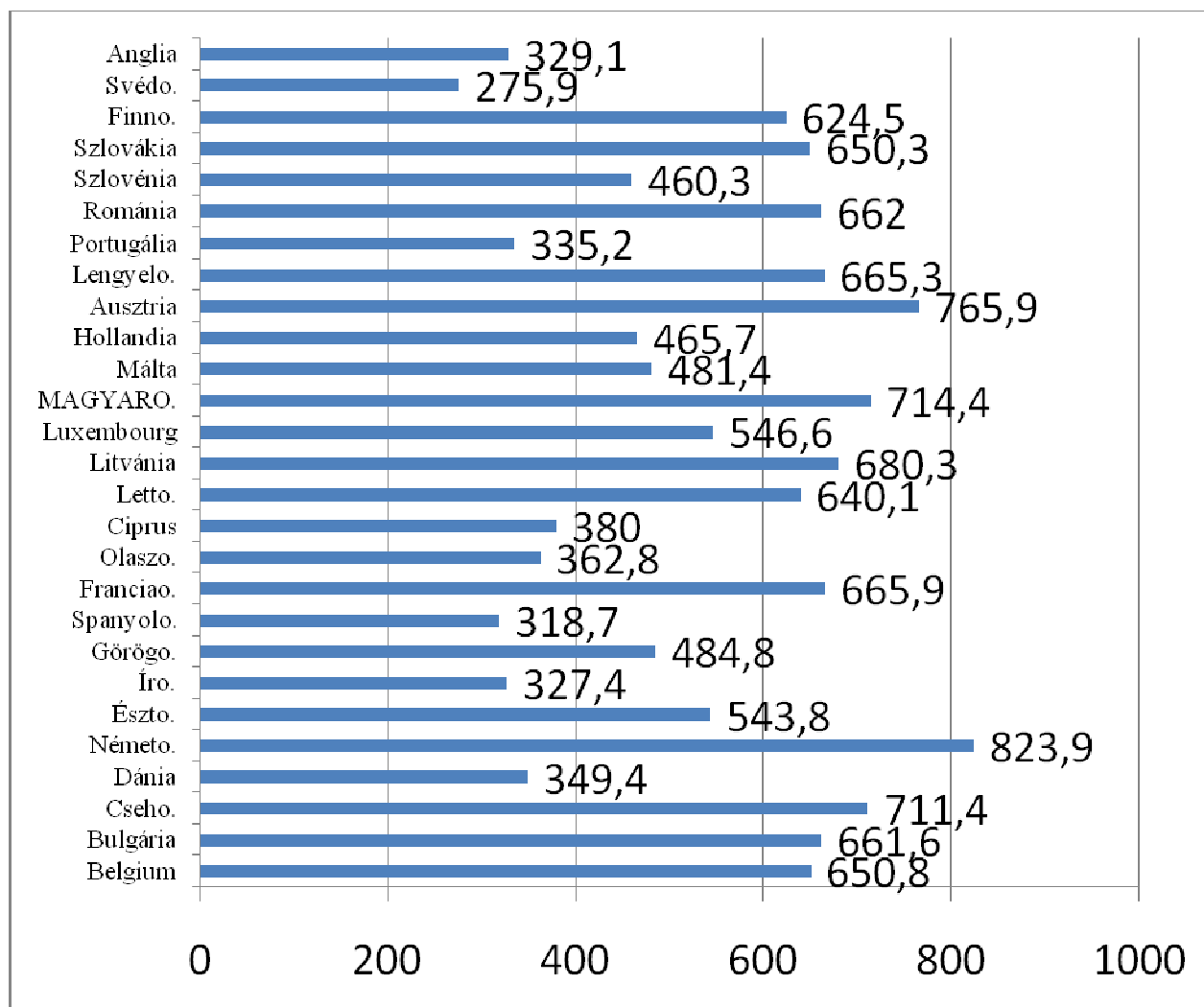
Az egészségügyi ellátás mérőszámaként számos indikátor alkalmazható. leggyakrabban a 100.000 lakosra jutó orvosok és aktív kórházi ágyak számával szokták jellemezni egy ország „ellátó kapacitását” (20.11-12.ábrák).

20.11. ábra A gyakorló orvosok száma 100.000 lakosra vetítve 2009-ben (EUROSTAT)



A másik mutató értékelésekor is számos tényezőt kell figyelembe venni, nem csak az általános tendenciát, hogy a volt szocialista országokban magasabb a kórházi ágyszám, de azt is, hogy az orvosok oktatása is befolyásolja a kórházi felvételek számát, a német orvosi iskola (Németország és az Osztrák-Magyar Monarchia országai) máig érő hatása a kórház centrikusság. Ugyanakkor két hasonló helyzetű ország közt is jelentős különbségek vannak, amelyek nem mutatkoznak meg az ország egészségügyre vonatkozó mutatóiban (Hollandia és Belgium példája).

20.11. ábra Az aktív kórházi ágyak száma 100.000 lakosonként 2009-ben (EUROSTAT)



20.12.ábra A kórházi felvételek aránya 1000 lakosra vetítve (EUROSTAT)

