



ESKI Egészségügyi Évkönyv 2009



Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

Budapest, 2010. december

ESKI Egészségügyi Évkönyv

2009

Szerkesztők:

Borbás Ilona

Mihalicza Péter



Budapest, 2010. december

Tartalom

A főigazgató előszava	3
A szerkesztők előszava	4
1. Egészségpolitika	
1.1. Makrogazdaság és államháztartás	5
<i>Mihalicza Péter</i>	
1.2. Egészségügyi finanszírozás	7
<i>Mihalicza Péter</i>	
1.3. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása	9
<i>Mihalicza Péter</i>	
1.4. Egészségügyi ellátás, ellátórendszer	13
<i>Borbás Ilona</i>	
1.5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések	23
<i>Ajtonyi Zsuzsa</i>	
1.6. Külföldi hírösszefoglaló	27
<i>Ajtonyi Zsuzsa, Borbás Ilona, Lux Lilla, Szirmai László, Verdes Norbert,</i> <i>Dr. Vilusz Lászlóné</i>	
1.7. Európai Unió szabályozás	44
<i>Varga Eszter</i>	
2. Adatok, statisztikák	
2.1. Egészségügyi keresetek és létszámok	55
<i>Dr. Veres Előd</i>	
2.2. Beruházások, felújítások	64
<i>Hajdu Jenő</i>	
2.3. Árinformáció az egészségügyi intézményekben	69
<i>Károlyi Zsuzsanna</i>	
3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák	76
<i>Borbás Ilona</i>	
4. Az ESKI tevékenysége	
Informatikai és Tájékoztatási Iroda	96
Országos Egészségpolitikai Könyvtár	98
Egészségügyi Rendszertudományi Iroda	101
Technológia-értékelő Iroda	103
ESKI honlap-látogatottsági statisztika	105
<i>Merth Gabriella</i>	
Mellékletek	
<i>Borbás Ilona, Lakó Erika, Mihalicza Péter, Szórá Erika, Varga Eszter</i>	
A. Hírek, események	108
B. Népegészségügyi programok, ágazati akciótervek és stratégiák	120
C. ÁSZ jelentések	121

Kedves Olvasó!

Örömünkre szolgál, ha megtisztel bennünket azzal, hogy évkönyvünkre időt szakít. Ez a digitális évkönyv talán egy bontakozó új korszak kezdetét jelenti. Bár a "Gutenberg-korszak"-nak egyáltalában nincs vége, a papír, az írott vagy nyomtatott betű aligha megy ki a használatból, de ma már bizonyosan mondhatjuk, hogy az elektronikus írás testvérként melléje szegődik. Ennek előnyeit és hátrányait ecsetelni itt most nincs szükség. Inkább arról szeretnék szólni, amit ebben az évben Intézetünk nem egy munkatársa különös élményként élt át: a megnyíló lehetőségek beláthatatlanul nagy teréről. Ez az évkönyv csak kicsiny pont ebben a roppant méretű térben. Talán különösen hangzik ez egy olyan gazdasági válság idején, amiről még azt sem tudjuk, hogy a végén, a közepén vagy az elején vagyunk-e. De talán éppen a zordabb körülmények tanítanak meg bennünket arra, hogy a dolgokon változtatni kell, és változtatni lehet. Maga az évkönyv is változás, előrelépés, amely azonban egyszersmind visszatérés múltbeli hagyományokhoz. Mert bizony kisebb s nagyobb vívmányainkról gyakran kiderül, hogy már régen ismerték és gyakorolták azt előttünk mások, s nem is föltétlenül rosszabbul.

Mindez akkor jutott eszembe, amikor munkatársaimmal arról folyt a vita, hogy miért is viseli a 2009-es dátumot a most megjelenő évkönyv. Merthogy az itt olvasható adatok, elemzések valóban a 2009-es évről szólnak, noha most, a kiadvány megjelenésekor 2010 decemberét írjuk.

Különös, hogy felgyorsuló világunkban egyre bonyolultabbá válnak a dolgok, és a "műveleti sebesség" növekedése ellenére sokszor egyre lassabban jutunk eredményre. Ékes példa erre, hogy a XVI-XVII. században Londonban minden héten csütörtökön nyomtatásban közreadták az előző heti halálozási statisztikát. Ez azt jelentette, hogy ha valaki meghalt, *legkésőbb* tíz nap múlva rendelkezésre állt róla az adat. Ma, a számítógépek korában, Neumann János szülőházájában, *legkorábban* háromszáz nap múlva tudunk egy halálesetről statisztikai adatot közölni.

Változtatni tehát kell, és minden nehézség ellenére lehet is. Az ESKI küldetésének tekinti, hogy hiteles képet adjon az egészségügy helyzetéről és a lakosság egészségi állapotáról. Ezen a téren – köszönet érte minden munkatársunknak – nagyon sokat tettünk az elmúlt években. A hitelesség mellé azonban a naprakészség is odakívánczik, s bizony e téren is van még mit fejlődünk.

Ez azonban már nem lehet egyszemélyes mutatvány. Ahhoz, hogy az egészségügy egészéről friss adatok álljanak rendelkezésre, a rendszer valamennyi szereplőjének együttműködése, közös akarata szükséges. Az előttünk álló időszak tevékenységét éppen ez a felismerés határozza meg: minél több társat magunk köré gyűjtve a magunk eszközeivel azon fogunk dolgozni, hogy egy ma még nagyfokú spontaneitást mutató rendszerben sinergiákat alakítsunk ki. Mert ebben látjuk azt a tartalékot, amit okosan kihasználva túljuthatunk a nehézségeken, és kiaknázzhatjuk azokat a lehetőségeket, amiket a káprázatos technikai fejlődés kínál.

"s rendezni végre közös dolgainkat, ez a mi munkánk; és nem is kevés."

Ehhez kívánok minden munkatársunk nevében minden olvasónknak, partnereinknek és társintézményeink minden dolgozójának jó egészséget és sikerekben gazdag Új Esztendőt 2011-re.

Surján György
mb. főigazgató

Tisztelt Olvasó!

Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet 2005 után újra évkönyvet ad ki. Az új, 2009-es évkönyv szándékaink szerint mindazoknak szól, akik összefüggéseiben, tágabb kontextusában szeretnék látni a magyar egészségügy aktuális történéseit. Bár törekedtünk a teljességre, ez egy örökké elérhetetlen cél marad. A legnagyobb kihívást számunkra az év fontosabb eseményeinek, változásainak összegyűjtése és hiteles forrásból történő ellenőrzése jelentette. Ebben a vállalkozásban már a megközelítésben is van egy vitatható elem, hiszen ki és hogyan döntheti el, hogy mi a fontos. Mi elsősorban a jogszabályi változtatásokra és a sajtóban megjelenő hírekre összpontosítottunk, melyeket a minisztérium, az ÁNTSZ és az OEP honlapjainak átnézésével egészítettünk ki. Ez természetesen számos hiányosságot rejt magában, nem csak azért, mert egyes, kisebb publicitást kapott, de nem biztos, hogy kevésbé fontos események elsikkadhatnak, hanem azért is, mert a lényeges döntések egy részét nem átlátható és sokszor nem nyilvános módon hozzák meg, így összefoglalásuk sem lehetséges.

A 2009-ről szóló ESKI Egészségügyi Évkönyv két nagyobb részből áll. Az elsőben az év eseményeinek rövid tartalmi összefoglalóját adjuk tematikus bontásban, intézetünk profiljának megfelelően nem megelégedve az egészségügy nemzetközi szintereken jellemző, nagyobb visszhangot kapott változásairól. A második részben az ESKI által kezelt adatokat, statisztikákat adjuk közre rövid, értelmező, kiegészítő szövegek kíséretében. A célunk hangsúlyozottan nem egy adatgyűjtemény megjelentetése volt - ez évkönyvben nem reprodukálható módon megtalálható a honlapunkon - hanem inkább egy értelmező jellegű összefoglaló összeállítása.

Terveink szerint az évkönyv ezentúl – nevének megfelelően – minden évben megjelenik. Tanulva azonban ennek az évnek a nehézségeiből, koncepcionális problémáiból, a jövő évtől kezdődően az ESKI évkönyvet két részben adjuk ki. Az első részt, amely a Magyar Egészségpolitika Évkönyve alcímet kapja, 2011. február-március környékén szeretnénk megjelentetni. Ez a rész az elmúlt év, azaz 2010 történéseit, jogszabályváltozásait foglalja majd össze. A második rész, melynek alcíme A Magyar Egészségügy Számokban, az éves statisztikák feldolgozása után, 2011. október-november táján várható. Ebben az ESKI által kezelt statisztikák tükrében mutatjuk be a 2010-es évet. Úgy gondoljuk, hogy ezzel a bontással az Évkönyv aktuálisabb és ezzel hasznosabb lesz a tisztelt Olvasóknak, hiszen kiküszöböli azt a hibát – ami ebben a „tanulóévben” – sajnos jelentkezett, hogy az elmúlt év eseményei és a megjelentetés között már majdnem egy teljes év telik el.

Reméljük, hogy kezdeményezésünk elnyeri tetszését és segíteni fogja munkáját! Az évkönyvvel kapcsolatos bármilyen észrevételét, javaslatát nagyon szívesen fogadjuk a borbas.ilona@eski.hu vagy a mihalicza.peter@eski.hu e-mail címekre.

Borbás Ilona és Mihalicza Péter
szerkesztők

1. Egészségpolitika

1.1. Makrogazdaság és államháztartás

Mihalicza Péter

A 2008 második félévében indult gazdasági válság hatásai határozták meg a 2009-es év makrogazdasági folyamatait. A válság hatására történelmi mélységbe zuhant a forint-euro árfolyam, és a magyar államkötvények iránti kereslet is gyakorlatilag megszűnt. Az államháztartás rossz helyzete miatt az ország iránt lecsökkent befektetői és Uniós bizalmat a szocialista kormány egy szakértői kabinet felállításával kívánta növelni. Az április közepén megválasztott Bajnai-kormány az államháztartási deficit csökkentését tűzte ki célul a bizalom visszaszerzése érdekében, amit véghez is vitt.

1.1.1. táblázat: Főbb makrogazdasági mutatók

	2009	2010 (előrejelzés)	2011 (előrejelzés)
Reál-GDP növekedés	-6,7	1,1	2,8
Államháztartási egyenleg a GDP %-ában	-4,0	-3,8	-2,9
Elsődleges egyenleg a GDP %-ában	0,2	0,3	0,7
Fogyasztói árindex	4,0	4,8	3,6
Bruttó átlagkereset-növekedés	0,6	2,3	3,5
Munkanélküliségi ráta	10,0	11,3	11,0

Források: Eurostat, KSH, MNB, GKI, PM (2010.12.17-i állapotok)

A Bajnai-kormány főbb válságkezelő intézkedései az alábbiak voltak:

- ▶ 2009 júliusi ÁFA emelés 20-ról 25 százalékra.
- ▶ 13. havi bér és 13. havi nyugdíj megszüntetése
- ▶ Közsféra béreinek befagyasztása
- ▶ Egyes szociális támogatások rendszerének szigorítása, illetve támogatások eltörlése

Ezek az intézkedések végül sikeresen csökkentették az állami kiadásokat, illetve növelték a bevételeket, így az államháztartás hiánya a GDP 4%-a lett, ami nagyjából megfelelt az előzetesen tervezett és a piac által elvárt 3,8%-nak. Mindezt azonban romló belső és külső gazdasági körülmények között kellett végrehajtani – a reál GDP 2009-ben 6,7 százalékkal csökkent –, így a fiskális konszolidációval párhuzamosan mind a munkanélküliségi ráta, mind a reálkeresetek alakulása negatív irányt vett (1.1.1. táblázat). A lakosság szintjén kedvezőtlen tendenciák várhatóan 2010-ben is folytatódni fognak, amellet, hogy a makrogazdasági és államháztartási mutatók előreláthatóan konszolidálódnak.

A 2010 áprilisi országgyűlési választások eredményeképpen a Fidesz-KDNP pártszövetség alakíthatott kormányt. Az új kormány az elkövetkező éveket meghatározó gazdaságpolitikai döntések kevésbé kényes részét már a nyár folyamán, míg másokat a helyhatósági választásokat követően, októberben hozta nyilvánosságra. A változtatások közül már 2010-ben életbe lépnek a 3,8%-os deficitcél teljesítése érdekében a távközlési, energia, kereskedelmi és pénzügyi szektorra kivetett, 2012-ig hatályban maradó úgynevezett válságadók, valamint a magánnyugdíjpénztári befizetések továbbutalásának befagyasztása, amely 2011 decemberéig marad érvényben. Ezek a tételek 2010-ben várhatóan mintegy 420 milliárd forint pluszbevételt jelentenek az államkasszának. A kormány ezen kívül – a 2010 november végén benyújtott törvényjavaslat alapján – gyakorlatilag megszünteti a kötelező magánnyugdíjpénztári rendszert, és csak az állami pillért hagyja meg. Ez a lépés a már felhalmozott vagyon átadása miatt további jelentős, ám egyszeri bevételt jelent az államkasszának. A javaslatok vitákat váltottak ki mind politikai, mind szakmai körökben. A válságadókkal, illetve a magánnyugdíjpénztárakkal kapcsolatos törvényeket az alkotmánybíróságon is megtámadták. A javaslatok részleteiről, illetve a 2011-ben hatályba lépő változtatásokról következő évkönyvünkben számolunk be.

1.2. Egészségügyi finanszírozás

Mihalicza Péter

Forrásteremtés

2009-ben az egészségügy forrásai az előző évek tendenciáinak megfelelően egyre növekvő mértékben általános adóbevételekből származtak, míg a járulék jellegű finanszírozás visszaszorulóban van. Ennek egyik fontos állomásaként az élők munkája terheinek csökkentése érdekében 2009 július 1-től a munkáltatói egészségbiztosítási járulék mértéke 5%-ról 2%-ra csökkent a minimálbér kétszereséig. 2010-től kezdődően, a csökkenés a teljes jövedelemre érvényes lesz, valamint megszűnik a tételes egészségügyi hozzájárulás is. A járulékcsökkentés, valamint a tételes EHO megszüntetésének ellentételezésére a központi költségvetésből járulék címen átutalt összeg – a biztosítási jogviszonnyal rendelkező, de járulékot nem fizető személyek (pl.: nyugdíjasok, tanulók) után – 2010-ben havi 4500 Ft-ról 9300 forintra nő személyenként.

A kormány 2008 decemberében módosította az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felépítését, feladat- és hatáskörét meghatározó jogszabályt (297/2008. (XII. 11.) Korm. rendelet az Országos Egészségbiztosítási Pénztárról szóló 317/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet módosításáról). Megváltozott az OEP felépítése, eddigi területi igazgatási szervei helyett hét regionális egészségbiztosítási pénztárt hozott létre. A REP-ek éppúgy, mint az eddigi igazgatási szervek, önállóan gazdálkodó, az előirányzatok felett részjogkörrel rendelkező költségvetési szervek, melyeket igazgató vezet. Pályázaton választották ki a regionális egészségbiztosítási pénztárak (REP) igazgatóit. Az első pályáztatás hétből öt régióban volt eredményes. A Közép-magyarországi és a Közép-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár pályázata annak ellenére eredménytelenül zárult, hogy a pályamunkák érvényesek voltak. Az ágazat vezetői a pályázókat más területen akarták foglalkoztatni.

Forrásallokáció

A fekvő- és járóbeteg ellátásban a finanszírozási nyomás megszüntetésének szándékával áprilisban új finanszírozási technikát vezettek be. A teljesítményvolumen-korlátot megszüntették, helyette egy részben fix (előre meghatározott alapidíjjal finanszírozott teljesítmény, EMFT), részben lebegő finanszírozáson alapuló rendszert alkalmaztak. A fix rész az előző évi teljesítmény 70%-ig finanszírozott megemelt alapidíjon (a fekvőbeteg alapidíj 146 000 Ft-ról 150 000 Ft-ra, míg a járóbeteg pontérték 1,46 Ft-ról 1,6 Ft-ra nőtt), míg az e feletti rész a szolgáltatók összteljesítményétől függően lebegett, hogy az előirányzat-túllépés lehetőségét kizárják. A fenti változás teljesítménypörgetésre ösztönzi a szolgáltatókat (a

fegyverkezési versenyhez hasonló módon, aki nem pörgeti a teljesítményt, az a többiekhez képest rosszabbul jár, viszont a "társadalmi" optimumtól egyre távolodnak), azaz az egy egységre jutó lebegő finanszírozásnak előreláthatóan csökkenie kellett, ami végül meg is történt. A kedvezőtlen hatást súlyosbította az is, hogy az intézmények a TVK megszüntetése előtt a szezonálisnak megfelelőnél nagyobb mennyiségű teljesítményt számoltak el, azaz az áprilist követő időszakra arányosan kevesebb finanszírozás maradt a megszorítások miatt amúgy is csökkentett összegből. A fenti két hatás összegződése következtében az egy egységre (HBCs pont, illetve németpont) jutó lebegő finanszírozás rohamosan csökkent. A csökkenés olyan mértéket ért el az év második felére, hogy a szolgáltatók jelentett és elszámolt teljesítménye végül csökkenni kezdett. Az egészségpolitika a helyzetre adott válaszként 2009 novemberében visszaállította az eredeti TVK alapú finanszírozást, és az áprilisi változtatásokat eltörölte. Ezzel a lépéssel párhuzamosan a finanszírozási díjak is visszatértek az április előtti értékeikhez.

Ezen felül megállapodás született a szakellátó intézmények és a Kormány képviselői között egy októberi 4,5 milliárd forintos járóbeteg és aktív fekvőbeteg szakellátási előirányzat-emelésről, melyet a 2010-es költségvetés terhére további 6 milliárd forint követ. A felek abban is megállapodtak, hogy a "finanszírozási csúszás", azaz a teljesítés és a kifizetés közötti időeltolódás három hónapról 2 hónapra csökken 2010 januárjától. Ez praktikusán azt jelentette, hogy januárban a szolgáltatók kéthavi finanszírozáshoz jutottak hozzá.

Az év során számos más, a kifizetendő pénzmennyiséget csökkentő döntés is született:

- ▶ 2009. március 21-től a 85%-os normatív gyógyszer támogatási kulcs 80%-ra csökkent.
- ▶ Augusztus 1-től a táppénz mértéke a figyelembe vehető jövedelem 70%-áról 60%-ra csökkent, míg a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás alatt érvényes 60%-os mérték 50%-ra csökkent. A szabályozás kiegészül azzal is, hogy a táppénz egy napra járó összege nem haladhatja meg a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér 400 százalékának, a biztosítási jogviszony megszűnését követően a minimálbér 150 százalékának harmincad részét.
- ▶ 2009. augusztus 16-i hatállyal módosult a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatása. A gyógyászati segédeszközök árához és kölcsönzési díjához nyújtott támogatás mértéke csökkent, valamint a 100%-os támogatás 98%-ra változott, de az egy vényre kiállított 98%-os támogatási mértékű gyógyászati segédeszközök után a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár és támogatás összegének különbözetéből a beteg által fizetendő összeg nem haladhatja meg az 5000 forintot.
- ▶ 2009. szeptember 1-től a járóbeteg ellátásban a 2006-tól érvényes 5 perces szabályt minimumidő szabályozás váltotta fel. Az addigi egységes 5 perces limit differenciálásra került egyes ellátásokra, míg a külön meg nem nevezett ellátások esetében a minimumidő 2 percben került megállapításra.

1.3. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása

Mihalicza Péter

2009

Az Egészségbiztosítási Alap a 2009-es évet majdnem 150 milliárd forintos hiánnyal zárta. Mind a bevételek, mind a kiadások csökkentek már nominálértéken is, igaz, ha a 2008-ban kifutó nyugellátások kiadásait nem számítjuk, akkor a kiadások esetében inkább nominális szintentartásról beszélhetünk. A bevételi oldal 15%-os reálérték csökkenését elsősorban a munkáltatói járulék részleges csökkentése, valamint a GYED központi költségvetési megtérítésének elmaradása okozta. Utóbbi értelmében a 2007-ben még a költségvetés által 100%-ban, majd 2008-ban 50%-ban megtérített GYED ellátások utáni kifizetések 2009-től teljes egészében az E. Alapot terhelik, sőt, még az ellátások után fizetendő nyugdíjjárulék-fizetés is az Alapba került. Ez a változtatás 2007-hez képest 100 milliárd forint plusz költséget jelentett. A döntés nehezen indokolható, mivel a GYED eredetileg csak technikai okokból került az E. Alapba, tekintettel arra, hogy nem egészségügyi jellegű kiadás. A munkanélküliség növekedése a járulékfizetők csökkenésén keresztül szintén a bevételcsökkenést erősítette.

A kiadási oldalon 2009-ben az egészségbiztosítási ellátásokra fordított kiadások ugyan 2 milliárd forinttal csökkentek, de a korhatár alatti rokkantnyugdíjat már nem kellett az Alapnak kifizetnie (2009-ben már csak egyhavi, áthúzódó összegről volt szó), ami 25 milliárddal emelte a rendelkezésre álló keretet. Ennek a felszabaduló összegnek a nagy része azonban végül nem egészségügyi célokra került kifizetésre, hanem a már említett GYED után fizetett nyugdíjbiztosítási járulék 21,6 milliárd forintos plusz kiadási tétele „vitte el”. A gyógyító-megelőző ellátások kiadásai 38 milliárd forinttal, azaz 3%-kal csökkentek 2008-hoz képest. Ebből 25 milliárd forint a fekvőbeteg szakellátási kasszát, míg 8 milliárd a járóbeteg szakellátást terhelte. A fenti tendenciákkal szemben a gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz támogatás kiadásai összesen majdnem 21 milliárd forinttal, a pénzbeli ellátásokra fordított összeg pedig 14 milliárd forinttal nőttek. Nominálisan nőtt még a krónikus fekvőbeteg ellátásra költött összeg 2 milliárd forinttal, illetve a speciális finanszírozású tételek 3 milliárd forinttal. A gyógyító-megelőző ellátások nem csak 2008-hoz képest kerültek kedvezőtlenebb helyzetbe, hanem az év közben zajló események is hátrányosan érintették a szektort: az eredeti előirányzathoz képes 2009 márciusában a gazdasági helyzetre való hivatkozással ezen ellátások előirányzatait 13 milliárd forinttal csökkentették. Ebből, tekintettel az októberi 4,5 milliárdos kifizetésre, év végére 8,5 milliárd forintos megszorítás valósult meg az eredeti előirányzathoz képest.

Szerkezeti változás is történt a kiadási oldalon: a CT, MRI különálló kassza megszűnik, és a járóbeteg szakellátási kasszába épül be.

2010

A 2010. évi bevételi előirányzat nominális (8,4%) és reálnövekedést (4,3%) is jelent a 2009-es zárszámadási adatokhoz képest. Ez két tényezőnek köszönhető:

1. A központi költségvetésből járulék címén átvett pénzeszközök jelentős, az előirányzatban rögzített járulékbérvétel és egészségügyi hozzájárulás csökkenést meghaladó növekedése. Ez a biztosítási jogviszonnyal rendelkező, de járulékot nem fizető személyek után járó átalány növekedésének köszönhető,

2. Kisebb részben a rejtélyes "Egészségügyi finanszírozás-váltással kapcsolatos bevételek" sor 22 milliárdos tétele.

Ez utóbbi sor fedezete eredetileg nem volt tisztázott, ezért a "megvalósulása" is legalábbis kérdéses volt, azonban októberben az új kormány megállapodott a fekvőbeteg szakellátási előirányzat 27,5 milliárd forintos emeléséről, aminek egy részét lehet, hogy ebből a forrásból fogja biztosítani a kormány. A dolognak igazából gyakorlati jelentősége nem sok van, hiszen az Egészségbiztosítási Alap hiányát mindenképpen a központi költségvetés állja.

A 2010-es kiadási előirányzat a bevételekkel ellentétben reálértékben közel 2%-al csökken, így a tervezett hiány "csak" 70 milliárd forint. A 13. havi bér megszüntetésének részleges ellentételezésre a kormány 2010-re eseti keresetkiegészítést fizet a bruttó 340 000 Ft-nál kevesebbet keresők számára. Ez a tétel a gyógyító-megelőző ellátások célirányzatai között szerepel 11,2 milliárd forint értékben, amit az összevont szakellátási kasszából vontak le az eredeti előirányzathoz képest. Az összevont szakellátási kasszára — a fenti módosítás figyelembevételével — tervezett 545,7 milliárd forint 25 milliárd forinttal ugyan meghaladja a 2009-es teljesítés összegét, ám ebben benne van a nagyjából 30 milliárdot kitevő januári plusz egy havi finanszírozás a finanszírozási csúszás csökkentése miatt, illetve a 2009 októberi megállapodásnak megfelelő 6 milliárd forint. A 2009-es táppénz szigorítás következtében az erre tervezett kiadások 11,5 milliárd forinttal csökkentek. A többi tétel esetében többnyire nominális szintentartás és ennek megfelelően 5% körüli reál-esés figyelhető meg.

Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek alakulását az 1.3.1. táblázatban, míg a kiadásokat az 1.3.2. táblázatban találják.

1.3.1. táblázat: Az Egészségbiztosítási Alap bevételei, millió Ft

	2008 (zárszámadás)	2009 (zárszámadás)	2010 (eredeti előirányzat)
Egészségbiztosítási Alap bevételei	1 445 184	1 269 366	1 376 095
Járulékbevételek, hozzájárulások	1 028 377	898 597	689 480
Központi költségvetési hozzájárulások	354 385	319 142	617 271
Egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételek	59 015	49 932	68 364
Működési és felhalmozási célú bevételek	3 382	1 681	936
Vagyongazdálkodással kapcsolatos bevételek	26	15	44

Forrás: ESKI, http://www.eski.hu/alaptabla/Ealapbe_p.xls

1.3.2. táblázat: Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai, millió Ft

	2008 (zárszámadás)	2009 (zárszámadás)	2010 (eredeti előirányzat)
Egészségbiztosítási Alap kiadásai	1 445 111	1 418 832	1 445 503
Nyugellátások	25 022		
Egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai	233 198	247 287	237 657
Természetbeni ellátások	1 136 340	1 123 197	1 161 471
Természetbeni gyógyító-megelőző ellátások	757 214	719 031	757 632
Alapellátás	121 110	118 818	118 146
Gondozóintézeti gondozás:	4 635	4 595	2 300
Házi szakápolás	3 648	3 818	3 678
Járóbeteg szakellátás + CT, MRI (laborkasszával)	139 320	129 281	137 230
Fekvőbeteg szakellátás	435 269	410 432	440 671
Egyéb természetbeni gyógyító- megelőző ellátások	53 233	52 086	55 607
Gyógyszertámogatás kiadásai	325 720	343 175	345 374
Gyógyászati segédeszköz támogatás	41 877	46 352	45 400
Egyéb természetbeni ellátások	11 529	14 639	13 064
E.biztosítási költségvetési szervek és központi kezelésű előirányzatok	23 092	23 038	20 952
Egyéb kiadások	27 460	25 319	25 424

Forrás: ESKI, http://www.eski.hu/alaptabla/Ealapki_p.xls

1.4. Egészségügyi ellátás, ellátórendszer

Borbás Ilona

Az egészségügyi ellátórendszer változásai

2009-ben a közfinanszírozott egészségügyi ellátórendszer kapacitásaiban nem történt lényegi változás. A finanszírozott háziorvosi szolgálatok száma 2009 végén 6 752 volt (2008: 6 779). A közfinanszírozott járóbeteg szakellátásban a szolgáltatók száma 2009-ben 419 volt (2008-ban 412)¹. A fekvőbeteg ellátásban az intézmények száma nem változott, a ténylegesen működő ágyszám az OEP statisztikája szerint² a 2008-as 70 714-ről 2009-re 70 992-re nőtt (az összes ágyszám 2008-ban 71 440, 2009-ben 71 489 volt). (Egyedül a finanszírozott otthoni hospice ellátást nyújtó szolgáltatók körében volt érdemi változás, számuk a 2008-as 29-ről 2009-ben 59-re nőtt. A növekedést egy 2008-as jogszabályi változás is elősegítette azáltal, hogy egyszerűbbé és decentralizálttá tette az otthoni hospice szolgálatok kialakítását és az egészségbiztosítással történő szerződéskötést.) Az infrastruktúra fejlesztésében az EU-s támogatással indított projektek vetítenek előre figyelemre méltó fejlesztéseket.

EU támogatások felhasználása az ellátórendszer fejlesztésére

2009-ben az egészségügy fejlesztésére 120 milliárd Ft uniós támogatást ítélték meg.

A ROP és a TIOP keretén belül elsősorban infrastruktúra-fejlesztésre (alapellátás fejlesztése, helyi egészségházak kialakítása, járóbeteg-szakellátó központok, rendelők, kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakítása és fejlesztése, aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg-szolgáltatások fejlesztése, egészségpótlusokban történő infrastruktúra-fejlesztés, sürgősségi ellátás fejlesztése, kiemelt ellátást biztosító egészségügyi intézmények korszerűsítése és az onkológiai és gyermek onkológiai ellátást végző intézmények infrastrukturális fejlesztése), míg a TÁMOP keretén belül az egészségügyi intézményekben történő foglalkoztatás támogatására lehetett uniós forrásokra pályázni.

(Közép-Magyarország és Dél-Dunántúl esetében az alapellátásra vonatkozó támogatások csak 2010-ben kerültek elbírálásra.) A 2009-ben megítélt támogatások alapján alapellátás fejlesztésére az ország 137 településén, járóbeteg szakellátás fejlesztésére 41 helyszínen, kórházi infrastruktúra fejlesztésre pedig 21 helyszínen kerülhet sor.

¹ OEP Statisztikai Évkönyv 2009

² Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás, 2009. OEP-FIFO 2010.

Részletes ismertetés [EU támogatással megvalósuló fejlesztések](#) anyagunkban olvasható.

Az ellátórendszer különböző szintjeinek eseményeiből, változásaiból az alábbiakat emeljük ki.

Alapellátás

Minőségi indikátorok

A háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok mindennapos tevékenységében jelentős változást hozhat a szolgáltatások minőségének és hatékonyságának ösztönzése érdekében 2009-ben bevezetett, országosan egységes indikátorrendszer.

Az indikátorok a háziorvosi szolgálatok szakmai munkáját mérik, különös tekintettel a kapuőri szerepre és az ellátás más szintjeivel való kapcsolatokra. Az indikátorokat az év során teszt formában vezették be, nem voltak hatással a háziorvosi szolgáltatók finanszírozására. Az indikátorok mértékéhez szükséges adatok a B300-as tételes betegforgalmi jelentésekből, a járóbeteg szakellátás és fekvőbeteg ellátás adataiból valamint a gyógyszeradatokból származnak.

A felnőtt praxisokban az alábbi indikátorokat alkalmazzák:

- ▶ Influenza elleni védőoltás 65 éves kortól
- ▶ Háziorvosok szűrési tevékenysége
- ▶ Vérzsír vizsgálat a 40-60 éves biztosítottak körében
- ▶ Mammográfiás emlőszűrés a 45-65 éves nők körében
- ▶ Magas vérnyomás gondozása az 50 és 65 év közöttiek körében
- ▶ Heveny szívinfarktus utáni gondozás
- ▶ Diabetes mellitus gondozás
- ▶ Stroke előfordulás az 50 és 74 éves kor közöttiek körében
- ▶ Beutalási gyakorlat
- ▶ Antibiotikumos kezelés

A gyermekpraxisok indikátorai:

- ▶ Pneumococcus védőoltás 2 év alatti gyermekek körében
- ▶ Háziorvosok szűrési tevékenysége
- ▶ Beutalási gyakorlat
- ▶ Antibiotikumos kezelés

2010. január 1-től, illetve július 1-től hatályos az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet módosítása, amely az indikátorok képzését és az indikátorok alapján történő teljesítménydíjazást szabályozza. A rendelet értelmében a háziiorvosi szolgáltató abban az esetben jogosult teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább 25%-ában pontot ér el.

(2010-ben az indikátorok alapján történő teljesítménydíjazásra az eredetileg tervezett 2 milliárd Ft helyett 300 millió Ft áll rendelkezésre, ez a kifizetések októberi indulása miatt havi 100 millió Ft-ot jelent. Egy praxisnak ez átlagosan havi 15 ezer Ft többletbevételt, egy díjazásban részesülő praxisnak pedig közel havi 17 ezer Ft többletbevételt nyújt.)

Szakképesítési követelmények változása a háziiorvosi körzetek betöltéséhez

A háziiorvosi ellátást érintette a 2009. április 6-tól hatályos 8/2009. EüM rendelet, amely a háziiorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletet és a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről szóló 66/1999. (XII.25.) EüM rendeletet módosította. A módosítás szerint az önkormányzat ellátási érdekből olyannal is köthet háziiorvosi feladatátvállalási szerződést, aki klinikai szakképesítéssel rendelkezik, de háziiorvosival nem, megszerezte a praxis működtetési jogát, valamint vállalja, hogy a háziiorvosi szakképesítést 5 éven belül egyéni képzési terv alapján megszerzi, és képesítő vizsgát tesz.

Kártyapénz

Nagy visszhangot váltott ki a háziorvosok körében, hogy 2009-ben, miután a Dél-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár Baranya, Somogy és Tolna megyében előzetes bejelentés után ellenőrizte a háziiorvosi praxisokat, az OEP a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet alapján visszakövetelte a kártyapénzt azoktól az orvosoktól, akik a hozzájuk bejelentkezett lakosok törzskartonját nem újíttatták meg a jogszabályban előírt időszakon belül, és azt sem tudták bizonyítani, hogy kísérletet tettek a lakos behívására. A jogszabály kortól függően 1-3 évet ír elő a törzskartonok megújítására. Ha nincs vizsgálat, és a háziorvos ezt igazolható módon nem is kezdeményezte, a biztosítottat a jogszabály szerint ki kell az orvosnak jelentenie. Közel 30 háziiorvosi praxis volt érintett a visszavonásban.

Járóbeteg és fekvőbeteg szakellátás

2009-ben a kórházak működtetésében és integrációjában tapasztalható változás.

Kórházüzemeltetés

2009 elején még 8 kórházüzemeltető magáncég működtetett 16 közfinanszírozott fekvőbeteg intézményt vagy intézményi részt Magyarországon: a Hospinvest Zrt., a Medisyst Kft., a Palotahosp Kft., a Medcenter Kft., a Mega-Logistic Rt., a Medical Investment Zrt., a Budai Egészségközpont Kft. és a Releváns Befektetői Kft. Az év közepén a legnagyobb magántulajdonban lévő kórházüzemeltető cég, a HospInvest felszámolás iránti kérelmet nyújtott be a bírósághoz. A cég által működtetett egészségügyi intézmények többségükben az önkormányzatok által alapított non-profit társaságokhoz kerültek, egy kórház működtetését a Medical Investment Zrt. nyerte meg. 2009 végén a Medisyst Kft. is az egészségügyi intézmények működtetéséből való kivonulásáról döntött. Az általa működtetett kórházakat az önkormányzatok tulajdonában lévő cégek vették át. Részletes ismertetés: [Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák \(magyar tendenciák nemzetközi összehasonlításban\)](#) c. anyagunkban olvasható.

Kórházi integráció

► Tovább folytatódott a kórházak területi együttműködése, szervezeti integrációja. A 2007-ben kezdődött szegedi integráció során, amely keretében a Szegedi Tudományegyetem Klinikai központja szervezi egységes rendszerbe a saját és a városi önkormányzat kórházának és szakrendelőjének működését, 2009-ben is számos ellátás-szervezési változás történt. Új helyre költözött, és megújult pl. az onkoterápia, a neurológia. Új szívkatórateres laboratóriumot adtak át. Autolog őssejt-transzplantációs részleg kezdte meg működését. Egységes automatizált műszerparkkal rendelkezik a Laboratóriumi Medicina Intézet. A korábbi alvasközpont feladatát korszerű alvászdiagnosztikai és terápiás centrum vette át. Az integráció során megvalósult fejlesztések részben EU-s forrásból történtek.

► 2009-ben kezdte meg működését a Hajdú-Bihar megyei Önkormányzat és a Debrecen Megyei Jogú Város Önkormányzata által 2008-ban alapított Önkormányzati Egészségügyi Holding Zrt., amelynek tagvállalatai a Kenézy Kórház Nonprofit Kft., az Egészségügyi Járóbeteg Központ Nonprofit Kft. és két vagyonkezelő gazdasági társaság.

► 2009-ben a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat is non-profit kft-ké alakította és holdingba szervezte a fenntartásában működő kórházakat (Jósa András Oktató Kórház, Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő, Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház), a holding irányítására megyei tulajdonú és fenntartású zártkörű részvénytársaságot alapított.

▶ 2010-ben az együttműködési és szervezeti integrációs folyamatok tovább erősödtek (Veszprém megyei „Pannon modell”, budapesti egészségügyi holding alapításának előkészítése).

Hírek fejlesztésekről, beruházásokról, szervezeti változásokról³:

Fejlesztések

▶ A balassagyarmati dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézetben új gyermekosztályt, valamint szülészeti és nőgyógyászati részleget adtak át. A beruházás finanszírozása címzett állami támogatásból történt.

▶ A dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórházban a korábbinál kisebb alapterületű, de magasabb komfortfokozatú gyermekosztályt adtak át. A felújítást önkormányzati hitelgaranciával felvett hitelből finanszírozták.

▶ Kiemelt ápolási szolgáltatást nyújtó gerontológiai pszichiátriai részleggel bővült a debreceni Kenézy Gyula Kórház felnőtt pszichiátriai osztálya. A részleg 20 ágyas, 2-3-4 ágyas fürdőszobás szobákból áll. Szolgáltatásai közfinanszírozás és kiegészítő ellátási díj fizetése mellett vehetők igénybe. A beruházást önkormányzati forrásból finanszírozták.

▶ Regionális Neuropathia Centrum nyílt a szekszárdi Balassa János Kórház rendelőintézetében. A kórház szakmai és anyagi támogatással, egy magáncég neurométerrel, diagnosztikai csomaggal, valamint a vizsgálatokhoz szükséges fogyóeszközökkel járult hozzá a beruházáshoz.

▶ A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának (DEOEC) Idegsebészeti Klinikáján két csúcstechnológiás műtőt adtak át. A beruházást magánbefektető finanszírozta.

▶ A Debreceni Egyetemen 2009 júliusában megnyílt Magyarország legnagyobb Nukleáris Medicina Központja. Az új épületben helyet kapott a SPECT, PET és CT vizsgálatokat végző AnyScan készülék. A beruházást a nukleáris medicina diagnosztikai rendszereinek gyártásával és forgalmazásával foglalkozó Mediso Kft. végezte, a központot a PET-CT Orvosi és Diagnosztikai Kft. bevonásával üzemelteti.

▶ A fenntartó megyei önkormányzat és a Pándy Kálmán Kórház 300-300 millió forintot fordít az elavult patológia fejlesztésére Gyulán.

▶ Főként a szív, az agy és a csont elváltozásainak kimutatását megkönnyítő, de a daganatdiagnosztikában is fontos szerepet játszó berendezéssel, egy úgynevezett SPECT-vel gazdagodott a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Izotópdiaosztikai és Terápiás részlege.

³ A felsorolás nem teljes, elsősorban a sajtóban megjelent hírekre támaszkodik.

► Több mint egymilliárd forintos beruházással elkészült Heim Pál Gyermekkorház új G épülete, amely a belgyógyászatnak, gasztroenterológiának és a nefrológiának ad helyet. A beruházás költségét nagyjából a Heim Pál Gyermekkorház Fejlesztéséért Alapítvány fedezte, jelentős részben az adózók által felajánlott 1%-ból és magánszemélyek támogatásaiból. Átadták a kórház Serdülő Pszichiátriai Osztályának új épületét is.

► Több mint egymilliárd forint ráfordítással újítták föl, és új műszerparkkal látták el a Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórházhoz tartozó baleseti központot a Fiumei úton.

► Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet 250 millió forintos állami forrás segítségével közel 3000 négyzetméternyi területen alakított ki pszichoterápiás és pszichoszomatikus rehabilitációs gyógyító osztályt.

► Szív ultrahangvizsgálatára alkalmas, 23 millió forintos, modern géppel gazdagodott a Koronária Alapítvány jóvoltából a Bajai Kórház.

► Modern EKG-készülék került a Szív Hangja Alapítvány adományaként a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház csecsemő- és gyermekosztályára.

► Mozgásszervi diagnosztikát végző 3T MR-berendezést telepítettek a Pécsi Diagnosztikai Központba. A társadalombiztosítás nem kötött a vizsgálatokra finanszírozási szerződést. Egyéb finanszírozott kapacitásaik terhére a betegek egy részét ingyen látják el. (A Központot a Pécsi Orvostudományi Egyetem Alapítványai és a működtetésben résztvevő magánszemélyek hozták létre, egyes tevékenységekre szerződéssel rendelkeznek az OEP-pel.)

► Összesen 230 millió forint értékű magánberuházás keretében új egészségcentrum létesítését kezdték meg Egerben. A beruházó a magyar magánszemélyek által alapított Agria Platanus Kft. A centrumban 12 féle járóbeteg szakellátás, védőnői szolgálat, háziorvosi-, gyermekorvosi rendelés is működik majd. A korábbi rendelők közül a jövőben ide átköltöző gyermek- és felnőtt ellátást biztosító háziorvosok és védőnők az egészségbiztosítás által finanszírozott ellátást nyújtanak. A szakorvosok kezdetben magánrendelést folytatnak, később az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatására pályáznak.

► Júliusban adták át a másfél milliárdos magánberuházással Főnix Kastélyszanatórium néven kardiológiai szanatóriumként átalakított nógrádgárdonyi Majláth-kastélyt. (A Majláth-kastély épületét, ahol korábban tüdőgyógyintézet működött, a megyei önkormányzat értékesítette, miután a tüdőgyógyintézetet összevonta a balassagyarmati Kenessey Albert Kórházzal.)

Szervezeti- és profil-változások

► A kiskunfélegyházi önkormányzat támogatásával rehabilitációs szakkórházzá alakul a városi kórház, amely a rehabilitáció mellett emelt szintű járóbeteg-ellátást is végez. Az önkormányzat a városi kórháznak 340 millió forint önkormányzati támogatást szavazott meg 2009-re.

- ▶ Január végén megszűnt a Baranya Megyei Kórházhoz tartozó pécsi tüdőszanatórium, az ágyak a kórház más épületeibe, az Irgalmas Rendhez és harkányi kórházba kerültek. Az ingatlant az önkormányzat értékesíti, és a kórház adósságának a csökkentésére fordítják.
- ▶ Novemberben az Országos Tisztifőorvos rendelkezést tett közzé az influenza A(H1N1) vírus elleni Fluval P védőoltás beadására szolgáló rendkívüli oltópontok létrehozásáról és működtetéséről. (200 oltópontot nyitottak az országban.)
- ▶ Megkezdte működését az Országos Pszichiátriai Központ, amely a megszüntetett Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet módszertani munkáját vette át.
- ▶ Az ÁNTSZ regionális intézetei az év során a felmerült problémákra és igényekre reagálva változtatták pl. az akut ügyeleti ellátás és a sürgősségi beutalás rendjét, az intézmények területi ellátási kötelezettségeit. Megváltozott pl. a Közép-Dunántúli Régió invazív kardiológia beutalási rendje. Sürgősségi betegbeutalással a régióból a betegek kijelölt invazív kardiológiai központokba (Székesfehérvár, Győr, Budapest és Balatonfüred területére) kerülnek.

Mentés

- ▶ Az év elején adták át Dél-Alföld mentőhelikopter bázisát Szentesen. Az év során a tárcs kb. 405 millió forint összeggel járult hozzá a mentőállomások felújításához, építéséhez, berendezéséhez.
- ▶ 2009 végén tesztüzemben működni kezdett az OEP által kialakított SZÁRNY – Szabad Ágyszámnyilvántartó Rendszer, amely a kórházak online jelentései alapján a fekvőbeteg ellátó intézmények betegség foglaltságáról ad információkat. A rendszer az OMSZ mentésirányításával összeköttetésben működik.

Szűrések, népegészségügy

- ▶ *Méhnyakszűrés – védőnői mintaprogram:* 2009-ben az Egészségügyi Minisztérium támogatásával az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat és az Országos Onkológiai Intézet együttműködésében Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogram indult. A program célja, hogy javuljon a lakosság szűréshez való hozzáférése. A programban 168 településen 102 védőnő vett részt, elméleti és gyakorlati képzés elvégzése után. A 25-65 éves nőket személyre szólóan hívták vizsgálatra. A jelentkezőktől a védőnő tájékoztatást követően kenetet vett, amelyet értékelésre a citológiai laboratóriumnak továbbított. A visszaérkező leletet közölte az érintettekkel, probléma esetén a nőket nőgyógyászati szakorvosi vizsgálatra utalta.
- ▶ *Vastagbél-szűrés:* 2009 I. félévében az ÁNTSZ koordinálásával indult a széktetvér kimutatásán alapuló vastagbél-szűrési mintaprogram. A vizsgálatokra az 50-70 év közötti nők és férfiak kaptak meghívást. A programban országszerte 165 háziorvos vett részt.
- ▶ *Modellprogram az ajak- és szájüregi rák szűrésére:* Folytatódott a szájüregi rák korai felismerése és gyógyítása érdekében 2008-ban indult szűrési modellprogram. 2009-ben a

képzésbe bevonták az együttműködő alapellátási orvosok szakdolgozóit is. A képzést záró vizsga után a szakdolgozók 2009 március-áprilisában kezdték el az alkalmoszerű szűrést és egészségfejlesztési tanácsadást.

► Az Egészségügyi Minisztérium 2009 elején mintegy 90 millió forintot adott át a kistelepülésen lakók komplex népegészségügyi szűrésének elősegítésére kiírt pályázat nyerteseinek. Pályázhattak a szűrésre jogosult emlőszűrő mobil egységek, az ÁNTSZ működési engedéllyel rendelkező mobil szűrőegységet üzemeltető, fenntartó egészségügyi szolgáltatók; valamint azok a 20 000 lakosnál nem nagyobb települések önkormányzatai, valamint szakmai és civil szervezetek, amelyek vállalták a behívott lakosságnak a területileg illetékes Komplex Mammográfiás Szűrőközpontokhoz, illetve Mammográfiás Szűrőállomáshoz való szervezett eljuttatását.

► *SZÉP Program*: 2009. március 28. és június 28. között folytatódott a Miniszterelnöki Hivatal által 2007-ben indított Szűréssel az Életért Program, amely keretében az Egészségügyi Minisztérium 2009-ben kistelepüléseken szervezett ingyenes lakossági szűrővizsgálatokat és életmód-tanácsadást. A programban 43 településen több mint 22 ezer résztvevővel mintegy 80 ezer szűrés történt. A szűrések között kérdőíves COPD szűrés, CO-szint mérés, anyajegy és melanóma szűrés, szájjüregi szűrés, gyermek-ortopédiai vizsgálat, szemészeti vizsgálat, vércukorszint- és vérnyomásmérés, testtömeg index és testzsír-százalék számítás szerepelt.

► Az ÚMFT TÁMOP pályázati keretében szűrőprogramok országos kommunikációjára 866 millió Ft támogatást nyert, és két éves programot indított az Országos Tisztifőorvosi Hivatal. A projekt a szűrésekkel kapcsolatos országos kommunikációs kampányt és az egészségügyi szakemberek kommunikációs továbbképzéseit (elsősorban az alapellátás orvosainak és szakdolgozóinak team-továbbképzései) tartalmazza.

► Az új influenza vírus által okozott világjárvány esetére 2009 nyarán Magyarországon is elkészült a *Nemzeti Influenza Pandémiás Terv*.

► 2009. szeptember elsejétől az egészségügyi tárca jogszabály módosításokkal segíti elő a 16 éveseknek szervezett ingyenes orvosi vizsgálat megvalósítását a 2009/10-es tanévtől kezdődően, valamint az új Egészségügyi Könyv bevezetését.

► Új influenza elleni védőoltási kampány indult novemberben az általános iskolákban és az óvodákban a 14 éven aluli gyermekek és a dolgozók beoltására.

► Hat hetestől ötéves korig adható a pneumococcus elleni konjugált védőoltás, amelynek forgalmazását engedélyezte az Európai Gyógyszerészeti Hatóság (EMA). A szülők kérésére valamennyi 1 évnél fiatalabb csecsemő- és kisgyermek részére térítésmentesen biztosított a vakcina, és szintén térítésmentesen kaphatják az 1 évnél idősebb, de 2 évnél fiatalabb, egészségügyi okok miatt veszélyeztetett, meghatározott rizikócsoporthoz tartozó kisgyermek is). A 2 és 5 év közötti veszélyeztetett kisgyermek 70%-os támogatás mellett juthatnak hozzá a vakcinához.

► *JESZ program:* Az Egészségügyi Minisztérium 2009 nyarán meghirdetett 120 millió forint értékű pályázata a hirtelen szívhalál bekövetkezése esetén az újraélesztéshez használt félautomata defibrillátor kihelyezésére és a laikus életmentők képzésére irányult (vissza nem térítendő támogatás formájában). Az ESKI által koordinált pályázat keretében 89 életmentő pont létesült, 826 tanár és 216 egyéb munkakörben dolgozó oktató kiképzése valósult meg. A pályázat sikere alapján az EüM javasolta a program folytatását, és 2009 decemberében 50 millió forint értékben újabb pályázat került kiírásra.

Humán erőforrás

► 2009 júniusában a kormány új rendeletet (122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet) fogadott el az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a rezidensképzésről, ennek szabályai azonban csak 2010-ben lépnek életbe. A jogszabály többek között tartalmazza a szakképzési rendszerben való részvétel feltételeit, finanszírozási formáit (államilag támogatott vagy költségtérítéssel), a központi gyakornoki rendszer és a rezidensképzés szabályait, a gyakornoki helyek létesítésének állami támogatását, a gyakornoki helyek megpályázásának módját, a szakképzési jogviszony kereteit. Emellett tartalmazta azt, hogy a rezidensek kötelesek a képzési költségekhez nyújtott állami támogatás ellentételezéseként a szakképzési idő alatt, valamint az azt követő négy évig a munkáltatónál a szakképzésének megfelelő egészségügyi tevékenységet végezni. Szabályozta, hogy a központi gyakornokok kötelesek a szakképzés képzési költségéhez nyújtott állami támogatás ellentételezéseként a szakképzés megszerzése után legalább négy évig a Magyar Köztársaság területén, államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatóknál a szakképzésének megfelelő, egészségügyi tevékenységet folytatni. Ez utóbbi szabályozást a hallgatók röghöz kötésnek minősítették és tiltakoztak ellene. (2010-ben az új kormány 217/2010. (VII. 22.) Korm. rendelete az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet módosításáról többek között a négy éves megkötéseket hatálytalanította.)

► A Szociális és Munkaügyi, valamint az Egészségügyi Minisztérium 2008 végi döntése alapján a fekvőbeteg-ellátás humán erőforrás-ellátottságának javítása érdekében 2009-ben pályázati úton biztosított lehetőséget a regisztrált munkanélküliek képzésére és a fekvőbeteg-ellátó intézményeknél történő foglalkoztatására. A közmunkásokat gyakorló ápolói, ápolási asszisztensi, kórházi kisegítői és adminisztratív dolgozói munkakörökre képezték ki. (A közmunkások nyolcvanórás alapképzés után kórházi kisegítőként felügyelet mellett tevékenykedhetnek a kórházban. Az ápolási asszisztenseknél a nyolc általános iskolai végzettség, az ápolójelöltek esetében pedig az érettségi volt a programban való részvétel feltétele. A bért a Közmunka Tanács, az ápolóképzésre jelentkezők képzési költségeit az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány finanszírozta. 2009 áprilisától 334 közmunkás kezdett el dolgozni a kórházakban.

Egészségipar

▶ Egészségügyi kutatás-fejlesztési klaszterközpont jött létre Balatonfüreden. A centrum neves hazai egyetemekkel is együttműködő orvosi, orvosbiológiai műszerek, terápiás eljárások, funkcionális élelmiszerek és gyógyszer-kombinációk fejlesztésére, gyártására szakosodik.

▶ Elkészült a Nemzeti Fejlesztési és Gazdasági Minisztérium gyógyszeriparra és biotechnológiára vonatkozó kormányzati akcióterve. A Gyógyszeripari és biotechnológiai akcióterv a gyógyszeripar és a biotechnológia helyzetének bemutatásán keresztül jövőképet és ágazati akciókat határoz meg.

(http://server1.nfgm.gov.hu/data/cms2013362/gyogyszer_akcioterv.pdf)

ÁSZ jelentések

2009-ben az Állami Számvevőszék az alábbi jelentéseket tette közzé (www.asz.hu):

- ▶ 0855 sz. [Jelentés a közgyógyellátási rendszer működésének ellenőrzéséről](#)
- ▶ 0921 sz. [Jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről](#)
- ▶ 0924 sz. [Jelentés a sürgősségi betegellátó rendszer kialakítására, fejlesztésére fordított pénzeszközök felhasználásának ellenőrzéséről](#)

1.5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések

Ajtonyi Zsuzsa

2009-ben az egészségügy fejlesztésére összesen 119,6 milliárd Ft értékű uniós támogatást ítéltek meg. A támogatási összegek döntő hányada, 73%-a (azaz 87,3 milliárd Ft) a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program (TIOP), 26%-a (30,9 milliárd Ft) a Regionális Operatív Program (ROP), mintegy 1%-a (1,4 milliárd Ft) pedig a Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) keretén belül került megítélésre.

Az egyes operatív programokon belül a következő fejlesztési célokra ítéltek meg 2009-ben támogatást:

A Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program keretein belül:

- ▶ a kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakítására és fejlesztésére (TIOP 2.1.2-08/1),
- ▶ az aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg-szolgáltatások fejlesztésére (2.1.3-08/1),
- ▶ az egészségpórusokban történő infrastruktúra-fejlesztésre (2.2.7-07/2F/2),
- ▶ valamint a sürgősségi ellátás fejlesztésére (2.2.2-08/2) lehetett támogatást elnyerni.

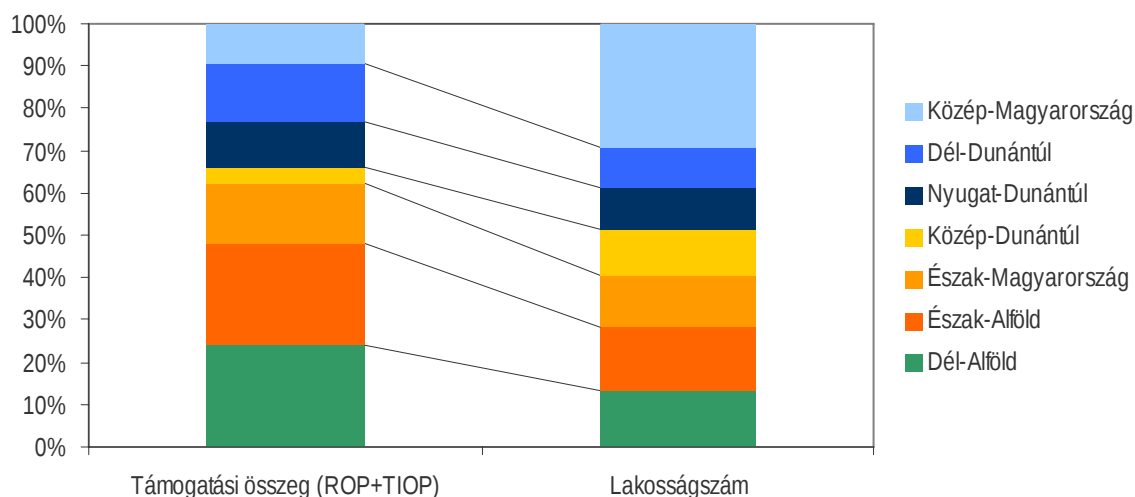
A Regionális Operatív Program keretein belül az egészségügyi szolgáltatások fejlesztésére ítéltek oda támogatási összegeket, ezen belül:

- ▶ az alapellátás fejlesztésére, helyi egészségházak kialakítására (DAOP 4.1.1/A, DAOP 4.1.1/A-09, ÉAOP 4.1.2/A, ÉMOP 4.1.2/A, KDOP 5.2.1/A, NYDOP 5.2.1/A)
- ▶ kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztésére (DAOP 4.1.1/B, ÉAOP 4.1.2/B, ÉMOP 4.1.1/B, KDOP 5.2.1/B, NYDOP 5.2.1/B), járóbeteg szakellátó központok fejlesztésére (DDOP 3.1.3/B), a kistérségi járóbeteg szakellátás fejlesztésére a Közép-Magyarországi régióban (KMOP 4.3.2)
- ▶ a kiemelt ellátást biztosító egészségügyi intézmények korszerűsítésére (KMOP 4.3.1/A)
- ▶ az onkológiai és gyermek onkológiai ellátást végző intézmények infrastrukturális fejlesztésére (KMOP 4.3.1/C).

A Társadalmi Megújulás Operatív Program keretén belül az egészségügyi intézményekben történő foglalkoztatás támogatására (TÁMOP 6.2.4/A-08/1 és TÁMOP 6.2.4/A-08/1/konv) ítéltek oda pályázatokat 2009-ben.

A ROP és a TIOP keretén belül tehát infrastruktúra-fejlesztés, míg a TÁMOP keretén belül humán erőforrás-fejlesztés címén lehetett uniós forrásokra pályázni. A ROP és a TIOP keretén belül megítélt támogatási összegek regionális megoszlását az 1.5.1. ábra foglalja össze:

1.5.1. ábra: A ROP és TIOP támogatási összegek regionális megoszlása és a régiók lakosságszáma



1.5.1. táblázat: Az 1000 főre jutó (ROP és TIOP keretein belül megítélt) támogatás mértéke régióként

Régió	Lakosságszám*	Támogatási összeg	1000 főre jutó támogatás
Közép-Magyarország	2 925 500	11 413 363 618	3 901 338
Közép-Dunántúl	1 103 132	4 356 888 471	3 949 562
Nyugat-Dunántúl	998 187	12 955 427 770	12 978 959
Dél-Dunántúl	952 982	15 802 014 237	16 581 650
Észak-Magyarország	1 223 238	16 652 031 142	13 613 075
Észak-Alföld	1 502 409	28 694 205 080	19 098 797
Dél-Alföld	1 325 527	28 344 287 188	21 383 410
Összesen		118 218 217 506	

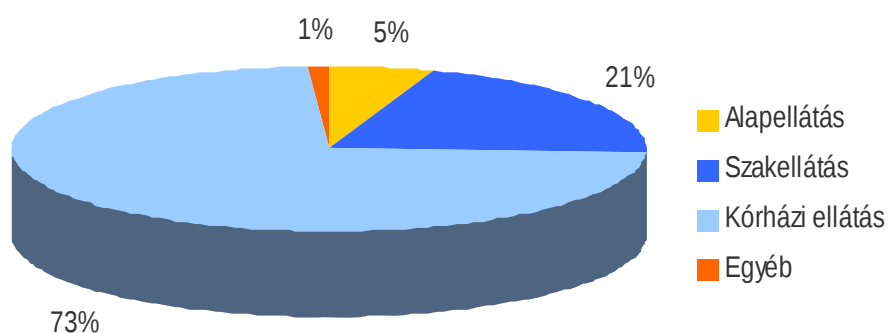
*2009. jan. 1-i adatok.

Az 1000 főre jutó, infrastrukturális célokra fordítandó támogatás Dél-Alföldön volt a legmagasabb, legalacsonyabb pedig a közép-magyarországi régióban. Fontos megjegyezni azonban, hogy Közép-Magyarország és Dél-Dunántúl esetében az alapellátásra vonatkozó támogatások csak 2010-ben kerültek megítélésre.

A megítélt összegek ellátási területek szerinti megoszlását az 1.5.2. ábra mutatja. A támogatás döntő hányadát, 73%-át a fekvőbeteg-ellátás fejlesztésére ítélték 2009-ben. Mindez 87,4 milliárd Ft összértékű támogatást jelent a kórházak számára. A járóbeteg-szakellátás fejlesztésére a támogatások mintegy 21%-át, azaz 24,6 milliárd Ft-ot fordítanak. Ennek 33%-át (8 milliárd Ft) használják föl zöldmezős beruházásokra, azaz új járóbeteg-központok létrehozására.

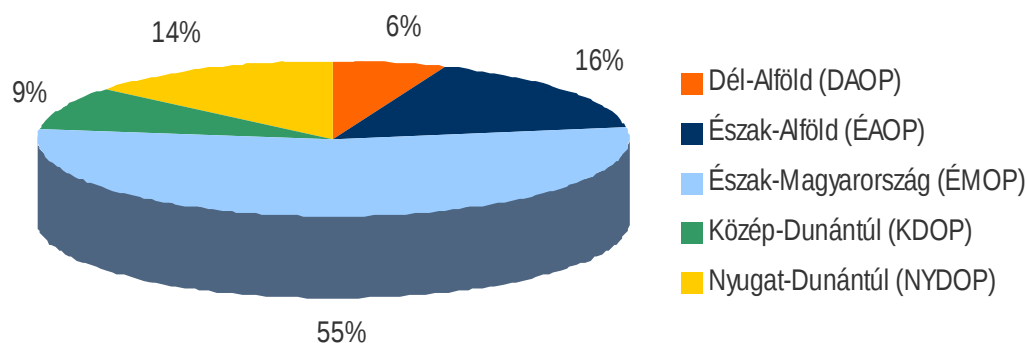
Az alapellátás fejlesztésére a megítélt uniós források 5%-át, azaz 6,2 milliárd Ft-ot használhatnak föl. A támogatási összegek fennmaradó 1%-át (azaz 1,4 milliárd Ft-ot) egyéb ellátási formák fejlesztésére fordítják (pl. otthoni szakápolás és otthoni hospice ellátás fejlesztése, vérellátás fejlesztése stb.).

1.5.2. ábra: A támogatás megoszlása ellátási területek szerint



Az alapellátás fejlesztésére megítélt támogatások regionális megoszlását az 1.5.3 ábra illusztrálja. Ismét megjegyezzük, hogy Közép-Magyarország és Dél-Dunántúl esetében az alapellátásra vonatkozó támogatások csak 2010-ben kerültek megítélésre.

1.5.3. ábra: Az alapellátásra fordított támogatások régiónkénti megoszlása



1.5.2. táblázat: Az 1000 főre jutó alapellátásra megítélt támogatás régióként

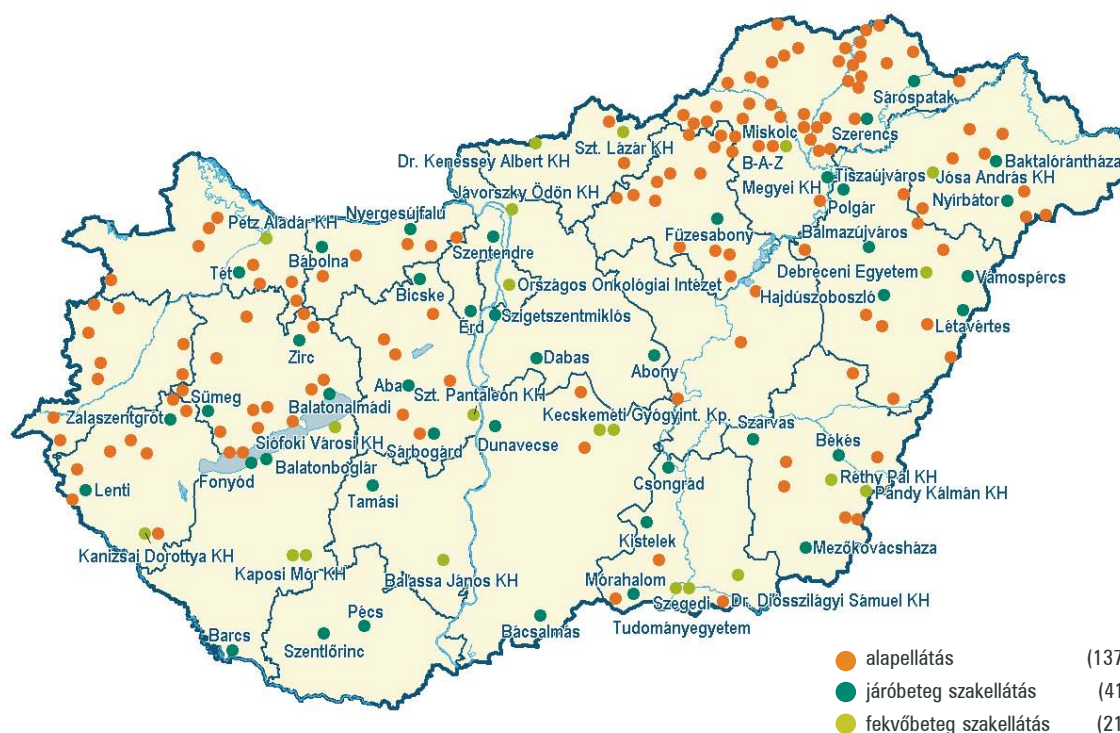
Régió	Lakosságszám*	Támogatás régióként	1000 főre jutó támogatás
Közép-Magyarország	2 925 500	0	0
Közép-Dunántúl	1 103 132	566 730 106	513 746
Nyugat-Dunántúl	998 187	860 059 111	861 621
Dél-Dunántúl	952 982	0	0
Észak-Magyarország	1 223 238	3 377 074 029	2 760 766
Észak-Alföld	1 502 409	1 021 464 063	679 884
Dél-Alföld	1 325 527	381 368 691	287 711

* 2009. jan. 1-i adatok

2009-ben az 1000 főre jutó, alapellátásra fordítandó támogatás mértéke az észak-magyarországi régióban volt a legmagasabb.

Az 1.5.4. térkép a 2009-ben megítélt támogatások helyszíneit mutatja be.

1.5.4. ábra: 2009-ben megítélt EU-s támogatásból (ROP, TIOP) megvalósuló egészségügyi infrastruktúra fejlesztések helyszínei



A térképet készítette: Juhász Judit

1.6. Külföldi hírösszefoglaló¹

*Ajtonyi Zsuzsa, Borbás Ilona, Lux Lilla, Szirmai László, Verdes Norbert,
Dr. Vilusz Lászlóné*

Rovatunkban néhány ország egészségügyének, egészségpolitikájának nagyobb visszhangot kapott 2009-es változásait mutatjuk be. Azokra a változásokra összpontosítottunk, amelyekre az országhatárokon kívül is odafigyeltek. Néhány, elsősorban kelet-európai ország esetében a változások helyett a reformok megakadásáról szóló híreket, a napi működési problémák kezelésére irányuló kísérleteket is bevettük válogatásunkba, mivel sok hasonlóságot mutatnak a magyar folyamatokkal.

Nem állítjuk, hogy minden jelentős fejleményt megragadtunk, nincs is lehetőségünk minden ország egészségügyi reformját azonos mélységben megismerni, de reméljük, az ismertetett példák érdekesek, tanulságosak lesznek az olvasók számára. A 2009-es híreket tartalmuk szerint témakörökbe rendeztük. A válogatásban figyelembe vettük a magyar egészségpolitika prioritásként kezelt kérdéseit is.

A változtatások horderejét tekintve kétséget kizáróan az Amerikai Egyesült Államok viszi el a pálmát. Obama elnökségének 2009-es kezdete óta az egészségügyi reformra párhuzamosan több javaslat is született. A döntést a 2010-es esztendő hozta meg.

Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi reformja

A Center for Medicare and Medicaid Services becslése szerint 2009-ben az Egyesült Államok egészségügyi kiadásai elérték a 2500 milliárd dollárt. Ez az összeg 2008-hoz képest 5,7%-kal emelkedett, így az egészségügyi kiadások a GDP 17,3%-ára emelkedtek (2008-ban ez az érték 16,2% volt). Az egészségügyi kiadások GDP-n belüli arányának növekedése részben az országot sújtó recessziónak tulajdonítható, amely a gazdaság és a GDP zsugorodásához vezetett, de a költségek valós növekedését is tükrözi. Az Amerikai Kórházszövetségnek az ország kórházaiban végzett felmérése szerint növekvő a sürgősségi osztályokon ellátott biztosítás nélküliek száma, és egyre több beteg dönt úgy, hogy nem vesz igénybe egészségügyi ellátást. A válság okozta munkahelyi problémák elhalasztott egészségügyi ellátáshoz vezetnek, ami pedig további egészségügyi problémákat okozhat.

A 2009. január 20-án beiktatott Barack Obama elnök választási kampányában és elnöki programjában is központi kérdésnek tekintette az egészségügyet. Az amerikai egészségügyi

¹ A HealthOnLine: <http://www.eski.hu/hol/cikkek/cgi> híreinek felhasználásával

rendszer megújításának részeként első intézkedései között február 2-án aláírta a State Children's Health Insurance Program (SCHIP) megújítását és kiterjesztését tartalmazó törvényjavaslatot. A SCHIP abból a célból jött létre, hogy olyan gyermekek és családok részére nyújtson biztosítást, akiknél a jövedelem túl magas a Medicaid állami programra való jogosultságra, de túl alacsony ahhoz, hogy magánbiztosítást tudjanak vásárolni. A törvény lehetővé teszi az államok számára, hogy az eddig feliratkozott 7 millió gyermek felül további több mint 4 millió biztosítás nélküli gyermeknek nyújtsanak fedezetet 2013-ig. A bővítés finanszírozása – ami több mint 32 milliárd dollárt tesz ki az elkövetkezendő 4 és fél évben – részben a dohánytermékek megnövelt adójából történik majd.

Beiktatása után Obama elnök létrehozta az Egészségügyi Reform Fehérházi Hivatalát és kijelentette, hogy elnöksége első évében az egészségügy átalakítása lesz prioritásainak egyike. A hivatal a végrehajtó testületekkel, az állami/helyi tisztviselőkkel és a kongresszussal működik együtt az egészségügyi reform érdekében.

Az egészségügy reformjára három kongresszusi bizottság nyújtott be törvényjavaslatokat: két szenátusi bizottság (**Affordable Health Choices Act**, illetve **America's Healthy Future Act**) és egy három bizottságból álló képviselőházi közös bizottság (**Affordable Health Care for America Act**).

Az **Affordable Health Care for America Act-et**, az amerikai képviselőház egészségbiztosítási törvényjavaslatát a Demokrata Párt és Obama elnök egészségügyi reformjavaslataként júliusban terjesztették elő. Fő célja a jelenleg 47 millió biztosítás nélküli lakos bevonása ez egészségbiztosítás rendszerébe. A törvényjavaslat egy állami egészségbiztosítási opciót is tartalmazott annak érdekében, hogy választási lehetőséget, versenyt és megfizethető fedezetet nyújtson az amerikai lakosságnak. A szövetségi állam által nyújtott egészségbiztosítást a Health Insurance Exchange nevű biztosítási piacon tervezték elérhetővé tenni. A javaslatban az állami opcióra azok jogosultak, akik nem rendelkeztek magánbiztosítási vagy más fedezettel. Az egészségbiztosítás négy juttatási szintet határozott meg:

- ▶ Alap (alapvető juttatások)
- ▶ Bővített (költségmegosztással járó további juttatások)
- ▶ Prémium (költségmegosztással járó további juttatások)
- ▶ Prémium plusz (további juttatások, pl. fogászati és szemészeti ellátás)

A javaslatban a biztosítási díjak a kor, a lakóhely és a családi összetétel szerint változhattak. A díjaknak teljes mértékben fedezniük kell az állami biztosítás által nyújtott szolgáltatások költségét és az állami biztosítás adminisztratív költségeit. A törvényjavaslat tartalmazta a Medicaid kiterjesztését minden olyan háztartásra, amely a szövetségi szegénységi

küszöb 133%-ánál kevesebb jövedelemmel rendelkezik. A finanszírozásában szerepet szánt a gazdagokra kivetett különadóknak, amely 350-500 ezer USD éves jövedelem között keresők esetében a bruttó jövedelem 1%-a, 500 ezer és 1 millió között 1,5%-a, 1 millió USD fölött pedig 5,4%-a.

A Szenátus egészségügyi bizottságának **Affordable Health Choices Act** nevű törvényjavaslata is a magánbiztosítással szembeni állami fedezet szükségességére fektette a hangsúlyt. A törvényjavaslat a fennálló munkaadó-alapú biztosítási rendszerre épít, de választási lehetőséget nyújt a biztosítás nélküli személyek számára, vagy azok számára, akik nem tudják a fedezetet megfizetni. A javaslatban az állami egészségbiztosítási opció az American Health Benefit Gateway (AHBG) mechanizmusán keresztül válna elérhetővé. Az állami egészségbiztosítási opcióban való részvétel önkéntes, a biztosítási díjak pedig a terv szerint olyan mértékűek, hogy fedezzék a biztosítás költségeit. Az AHBG által közvetített biztosításokat engedéllyel rendelkező biztosítótársaságok nyújtják. A javaslatban a biztosítók három juttatási pilléren kötelesek egészségbiztosítást ajánlani:

- ▶ 1. pillér: alapvető juttatások, a költségek 76%-át fedezi
- ▶ 2. pillér: alapvető juttatások, a költségek 84%-át fedezi
- ▶ 3. pillér: alapvető juttatások, a költségek 93%-át fedezi

A Szenátus pénzügyi bizottságának **America's Healthy Future Act** nevű törvényjavaslata nem tartalmazott állami opciókat az egészségbiztosításban. Tervezetében nonprofit biztosítási szövetkezet (Consumer Owned and Oriented Plan) szerepel, melynek célja az egyéni és a kisebb csoportos egészségbiztosítási piacok megreformálása, a betegek elleni diszkrimináció megszüntetése. Egy olyan versengő egészségbiztosítási piac megteremtése mellett állt ki, ahol a biztosítók az ár és a minőség tekintetében versenyeznek, és nem a kockázat szegmentálásának képességében vagy a betegségek elleni diszkriminációban. A javaslat tartalmazza még az állami egészségbiztosítási programok bővítését a legszegényebb lakosok fedezetére. Adójóváírás révén megfizethetővé válna a fedezet az alacsonyjövedelműek és a kisvállalkozások számára is. A tervezet finanszírozásához a javaslat szerint jövedéki adót vetnének ki azokra a biztosítókra, amelyek 21 ezer USD fölötti éves családi fedezeteket vagy 8 ezer USD fölötti egyéni fedezeteket értékesítenek.

A három törvényjavaslat közül végül a szenátus egészségügyi bizottsága által előterjesztett került ki győztesen, melyet a szenátus karácsony estéjén fogadott el. Az egészségügy gyökeres átalakítását célzó törvényjavaslat több mint 30 millió lakos számára nyújtana további biztosítási fedezetet. A törvény jóváhagyásával Obama elnök közel került a majdnem teljeskörű egészségbiztosítási rendszer megteremtéséhez, amit Theodore Rooseveltől kezdődően egy elnöknek sem sikerült keresztül vinnie. A jóváhagyott szenátusi törvényjavaslat már nem tartalmaz közfinanszírozású egészségbiztosítást. Az állami biztosítás a törvényjavaslat legvitatottabb része volt, amit több centrista demokrata ellenvetése miatt kihagytak a

javaslatból. Tartalmaz viszont a másik két törvényjavaslatból származó elemeket. Ilyen pl. a képviselőház által javasolt Health Insurance Exchange biztosítási piac, mely felváltotta az American Health Benefit Gateway elnevezést, vagy a szenátus pénzügyi bizottsága javaslatában szereplő, szövetségi kormánytámogatással alakuló non-profit biztosítási szervezetek (Consumer Owned and Oriented Plan) létrehozása.

A törvényjavaslat a már fennálló munkahelyi biztosítási rendszert alapjaiban nem módosítaná, így a már biztosítással rendelkező lakosok számára nem jelent jelentős változást.

*2010. március 21-én az amerikai képviselőház jóváhagyta, majd március 23-án Obama elnök aláírta a **Patient Protection and Affordable Care Act** nevű egészségügyi reformtörvényt, ami a szenátus által elfogadott törvényjavaslatra épült (Affordable Health Choices Act). 2010. március 21-én az amerikai képviselőház jóváhagyta, majd Obama elnök március 30-án aláírta a **Health Care and Education Affordability Reconciliation Act of 2010** nevű törvényjavaslatot is, ami a szenátusi törvényjavaslatban hozott képviselőházi „összehangolós” (reconciliation) módosításokat tartalmazza. A reformtörvény minden amerikai állampolgár és tartózkodási engedéllyel rendelkező lakos számára kötelezővé teszi az egészségbiztosítás kötését. Kötelezi a munkaadókat, hogy fedezetet nyújtsanak alkalmazottaik számára, a kisvállalkozások a biztosítás költségeihez támogatásban részesülhetnek. Kibővíti az alacsonyjövedelműek számára fenntartott Medicaid programot. A szolidaritást a magas jövedelműekre és a költséges biztosítást értékesítő társaságokra kivetett plusz adókkal erősíti. (Részletes ismertetés a HealthOnLine 2010/4 különszámában található:*

<http://www.eski.hu/new3/kiadv/healthonline-pdf/2010/2010-4-2010-03-30-USA-kulonszam.pdf>)

Az egészségügy szereplői jogainak és kötelezettségeinek alkotmányba foglalása

Az **Egyesült Királyságban** 2009. január 21-én tették közzé az **NHS Alkotmányát**. Az Alkotmány törvényi szinten az NHS történetében először határozza meg a betegek, az NHS személyzet és az ellátó szervezetek jogait és kötelességeit. Bár már 1991-ban megjelent a Betegjogi Charta, betartását törvényi erő nem támogatta. A tízévenként megújítandó alkotmány nem pusztán megismétli az NHS alapelveit, a meglevő célkitűzéseket, hanem konkrétan kijelöli a felelősségi köröket, az egészségügyi rendszer szerepkörét és kapcsolatait. Megfogalmazza a betegek által elvárható szolgáltatási szinteket, csakúgy, mint a betegek felelősségét az ellátásban. A betegeknek jogukban áll a legmegfelelőbb ellátást választani, a választás szabadsága magában foglalja a választást elősegítő információhoz való jogot is.

Az alkotmány által biztosított fontosabb jogok között található a más EU-s országokban igénybe vehető ellátás, az orvosválasztás szabadsága, a védőoltások elérhetősége és azon

elvárás, hogy az NHS biztonságosan kezelje a titkos és bizalmas információkat. A kötelességek között található például a háziorvoshoz történő bejelentkezés, az NHS személyzet és más betegek tiszteletben tartása, az orvossal megállapodott kezelés követése és az időpontok betartása vagy megfelelő időben történő lemondása.

A kötelező egészségbiztosítás rendszereinek és a magánbiztosítás szabályainak változása

A kötelező egészségbiztosításban több-biztosítóval működő országokban jellemző folyamat volt a biztosítási piac koncentrációja, a biztosítók számának csökkenése.

Hollandiában a 2006-os egészségbiztosítási törvény bevezetésekor mintegy 30 biztosítótársaság működött. A reformok hatására a biztosítási piac egyre koncentráltabbá vált, és számos fúzió jött létre. 2009-ben az egészségbiztosítási piac 75%-a öt társaság kezében volt. Az egészségügyi ellátók szintén nagyobb csoportokban és regionális hálózatokban működnek. A biztosítók és a kórházak szervezeti integrációjára is vannak kísérletek, de mindeddig a holland parlament a piaci verseny és a betegek választási lehetőségének biztosítása érdekében ellenezte az ilyen típusú integrációt.

Szlovákiában az egészségügyi tárca állami egészségbiztosítók működésének megerősítésére irányuló erőfeszítéseivel függ össze, hogy 2009. július közepén a szlovák kormány jóváhagyta a két állami, az Általános (VsZP) és a Közös (SZP) Egészségbiztosító összevonását. Az összevont intézmény az egészségbiztosítási piac 67%-át tudhatja magáénak. A koncentráció a kötelező egészségbiztosításban résztvevő magánbiztosítók között is jellemző. Az Apollo és a Dovera magán egészségbiztosító 2009 augusztusában jelentette be egyesülési szándékát, az összevont Dovera magán egészségbiztosító 25%-os piaci részvételt érhet el. Az egy állami és az említett magánbiztosítón kívül még egy magán egészségbiztosító működik az országban, az Union biztosító, amely 6% körüli részvétellel bír, s a legkisebb a biztosítási piacon. A koncentráció és az Europska biztosító 2008-as kivonulása következtében a 2006-os hatról 2010-re háromra szűkült a kötelező biztosítást nyújtó egészségbiztosítók száma.

Az utóbbi években **Csehországban** is változtak az egészségbiztosítási piac szereplői. 2008-2009-ben még két új magán egészségbiztosító jelent meg a piacon, közülük az AGEL magánbiztosító egészségügyi intézményhálózatot is működtet (velük a korábbi kilencről tizenegyre nőtt a biztosítók száma). Az Egészségügyi Minisztérium engedélyével azonban két szakmai csoportot lefedő egészségbiztosító és az AGEL magánbiztosító összevonásával 2009. október 1-től létrejött Csehország harmadik legnagyobb egészségbiztosítója, a Cseh Ipari Egészségbiztosító, több mint 720 ezer biztosítottal (a piac 7%-a). A változások nem befolyásolták azt a tényt, hogy az egészségbiztosítók közül a vezető szerepet ma is az Általános

Egészségbiztosító (VZP) tölti be (a piac 60%-a). Ezen kívül jelenleg 8 egészségbiztosító működik. Kormányhatározat létezik azonban arról, hogy 2010 októberétől további két egészségbiztosító összevonását tervezik (belügyminisztériumi és honvédelmi minisztériumi), az új intézmény az egészségbiztosítási piac 15,9%-át fedi le. A parlament 2009 őszén jóváhagyta az egészségbiztosítási törvény módosítását, amely az összevonások feltételeinek szigorítására irányult. A Szociáldemokrata Párt (Jan Fischer kormányának támogatója, a 2010-es képviselőházi választások nyertese, előnye azonban olyan csekély volt, hogy sem egyedül, sem a lehetséges szövetségesekkel nem tudott kormányt alakítani) képviselői az állami irányítás erősítését tartják célszerűnek, véleményük szerint az egészségbiztosítóknak közjogi non-profit intézményekként kell működniük.

Németországban a kötelező biztosítást nyújtó betegpénztárak száma 2009-re 200 alá – csökkent, 1991-ben még 1209 pénztár volt az országban.

Az elmúlt évi lényeges német változások a biztosítás szabályainak módosulásában és a forrásgyűjtés központosításában keresendők.

2009-től pénzbüntetésre számíthat az, aki nem rendelkezik kötelező vagy azt helyettesítő magán egészségbiztosítással (2008-ban kb. 100 ezer fő volt biztosítás nélkül, pl. akik elmaradt járulékfizetés miatt elvesztették korábbi biztosításukat). A lakosság körülbelül 90%-a vesz részt a szolidaritáson alapuló kötelező egészségbiztosításban, mintegy 10% a magán egészségbiztosítókkal szerződött aránya. A magánbiztosítókkal szerződők körébe a vállalkozók, köztisztviselők és a meghatározott szintet meghaladó (4050 euró/hó) jövedelemmel rendelkező lakosok tartoznak.

Az önkéntes magánbiztosításban a biztosítási járulékot hagyományosan az egyéni kockázatoktól (életkor, nem, kórtörténet) és a vállalt önrésztől függően határozzák meg. 2009-től egyéni betegségkockázattól függetlenül is köthető magánbiztosítás. Bevezették az új alaptarifát, amely csak a kortól és a nemtől függ. Mértéke nem haladhatja meg a kötelező betegbiztosításban fizetendő legmagasabb járulékot, sőt rászorultság esetén csökkenthető is.

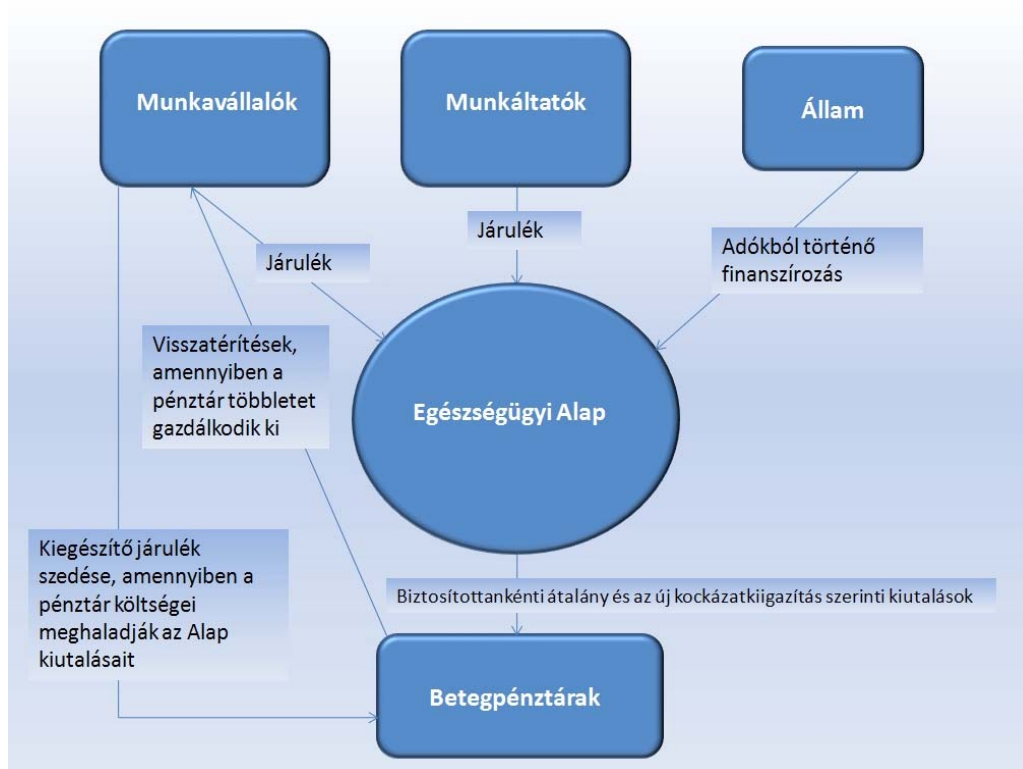
A betegbiztosítás finanszírozásának egyik legjelentősebb változása, hogy a munkaadók és munkavállalók által fizetendő, 2009. január elsejétől minden betegpénztár esetében egyenlő mértékű – törvényi úton meghatározott – járulékot nem közvetlenül a betegpénztárak kapják, hanem a befizetések az **Egészségügyi Alaphoz** folynak be. A szabályozó elvárása szerint a verseny a biztosítók között így a szolgáltatások minőségének javítására, extra szolgáltatások nyújtására helyeződhet.

Az új rendszerben, amennyiben a pénztárak kiadásai meghaladnák a biztosítottankénti korrigált átalányból származó bevételeiket, tagjaiktól kiegészítő járulékot szedhetnek, ám ebben az esetben automatikusan fel kell kínálni a tagok számára a pénztárváltás lehetőségét is. A kiegészítő díj mértéke nem haladhatja meg a járulékköteles jövedelem 1%-át. A pénztár

keresetvizsgálat nélkül legfeljebb havi nyolc eurónyi hozzájárulást szedhet tagjaitól. Azokban az esetekben, ha valamelyik betegpénztár hatékony működése révén eredményesen gazdálkodik, az eredményből visszajuttathat a tagoknak. Ez a lehetőség az átláthatóságot és a verseny fokozódását szolgálhatja.

A biztosítottak eltérő morbiditási és jövedelmi struktúrájából adódó kockázatok kiigazítása a Szövetségi Biztosítási Hivatal feladata. 2009 előtt a pénztárak jövedelmük 12,75%-ával járultak hozzá a kockázatkiegyenlítési alaphoz. A befizetésből 0,48% a nagyon költséges ellátások részleges finanszírozását szolgáló magas költségű közös alapba került. A források újraosztásához elsősorban az életkort, a nemet és a keresőképesség csökkenését, majd 2004-től a korábbiak mellett a betegség-management-programban résztvevő krónikus betegek számát vették figyelembe. 2009-től az Egészségügyi Alapból a betegpénztárakhoz történő forrásallokáció során a kockázatkiegyenlítésben már figyelembe veszik a betegségstruktúrát is (80 betegségcsoporton keresztül), ehhez a kórházak zárójelentéseit, a praxisorvosok által megállapított diagnózisokat és a felírt gyógyszereket veszik alapul. Megszűnt ugyanakkor a magas költségű közös alap, és a betegség-management program betegei után a továbbiakban átalányt kapnak a pénztárak (2009-ben betegenként havi 15 euró nagyságrendben).

1.6.1. ábra: A német Egészségügyi Alap pénzügyi kapcsolatai



A döntően kötelező társadalombiztosításból finanszírozott egészségügyi rendszerekben példákat találtunk az adóból történő finanszírozás arányának növelésére.

Németországban 2008-tól rögzíti nagykoalíciós (a kormányzás akkor még a konzervatív pártok - CDU, CSU- és a szociáldemokraták – SPD – közötti nagykoalícióban történt) megállapodás az egészségügyi rendszer adókból történő **részleges finanszírozásának növelését**.

Hasonló törekvésnek lehetünk tanúi **Belgium** esetében is. Laurette Onkelinx, Belgium miniszterelnök-helyettese és Szociális ügyeket felügyelő Minisztere 2009 februárjában a gazdasági válságra reagáló átfogó reformtervet sürgetett a társadalombiztosítás finanszírozására, és ennek kimunkálására összefogásra, megegyezésre szólította fel a munkáltatókat, a szakszervezeteket és a kormányt. A társadalombiztosítás finanszírozásának reformja a vállalkozások helyzetének és a foglalkoztatásnak a javítását szolgálná. A miniszter javaslata szerint 50%-ra csökkenne a bérekre vetített társadalombiztosítási járulékok aránya a társadalombiztosítás finanszírozásában. (Jelenleg a társadalombiztosítás bevételei közül 66% a járulékok, 10% az állami költségvetési támogatások aránya, 14% indirekt adókból, 10% egyéb hozzájárulásokból származik.) A miniszter szerint ez 2020-ra valósulhat meg. A társadalombiztosítási modell egyensúlyban tartása érdekében olyan alternatív bevételi forrásokra támaszkodnának, mint pl. a tőkebevételekre kivetett adó, illetve a környezetkárosító tevékenységekre kiszabott bírságok.

Az egészségügy irányításának és az ellátórendszer szerkezetének változása

Az egészségügy irányításának és szerkezetének 2009-es változásaiban a regionális irányítás erősödésére, a térségi kórházközösségek szabályozására láthatunk példát Franciaország új egészségügyi törvényében. Ugyanitt a nagyobb autonómiával rendelkező kórházak mellett az ambuláns ellátásban előtérbe kerül a csoportpraxis, és kísérlet történik az orvos-ellátottság területi különbségeinek kezelésére. Ausztriában az újonnan elfogadott osztrák egészségügyi keretterv támogatja erőteljesebben a regionális tervezést. Angliában a poliklinikákra vonatkozó tervek borzolják a kedélyeket.

Franciaországban 2009 júliusában emelkedett törvényerőre a „Kórház, a betegek, az egészség és a térségek” (HPST) elnevezésű törvény, amelynek témakörei: az egészségügyi intézmények szerkezetének modernizálása, a minőségi ellátás hozzáférhetővé tétele mindenki számára, a betegségmegelőzés szerepének növelése és az egészségügyi ellátórendszer területi szervezése.

A törvény intézkedései között központi helyet foglal el a **Regionális Egészségügyi Hatóságok (ARS)** felállítása. Az új hatóságok integrálják a regionális egészségügyi, szociális és egészségbiztosítási hatóságokat. Célkitűzéseik közé tartozik az egészségpolitika regionális irányításának megszilárdítása, az egészségügyi rendszer folyamatainak egyszerűbbé tétele, a fekvő-, a járóbeteg- és a szociális ellátás közötti korlátok lebontása, az egészségügyi rendszer hatékonyságának növelése.

A törvény megváltoztatja az **állami egészségügyi intézmények irányítását**, amelyben a felügyeleti tanácsnak, az igazgatóságnak, és a kötelező jelleggel felállított bizottságnak (orvos, műszaki, ápolási, rehabilitációs, orvostechnikai, fogyasztókkal kapcsolatot tartó, minőségügyi, higiéniai és munkavédelmi) szab feladatokat. Hangsúlyozottabbá teszi az igazgató szerepét. Megerősíti az egyes feladatok ellátására specializálódott **pólusok** vezetőinek hatáskörét, a belső irányításban kiemelt eszközként alkalmazza a pólussal kötött szerződéseket. Az intézmények nagyobb rugalmasságot kapnak a közbeszerzésekben (előzetes törvényességi vizsgálatok eltörlése), a munkatársak felvételében, a bérezésben, ösztönzések alkalmazásában.

A transzparencia javulását szolgálja a **minőségre és biztonságra vonatkozó indikátorokról szóló éves értékelések közzététele** az egészségügyi miniszter által meghatározott feltételek mellett.

Az intézmények közötti együttműködés javulását, a tevékenységek, kompetenciák megosztását az állami kórházak között önkéntes alapon szervezett **térségi kórházközösségek** segítségével tervezi elérni. Az állami és a magán intézmények közötti együttműködésre **csoportosulások** létrehozását támogatja.

A szükségletek szerinti ellátás garantálására a regionális egészségügyi hatóságok számos ösztönző intézkedést hoznak, közöttük megtalálható az ügyeleti ellátás, valamint a közös praktizálás támogatása és az **egészség-szolidaritás szerződés**. Ez utóbbit a Regionális Egészségügyi Hatóságok főigazgatói kötik az orvosokkal jól ellátott területeken dolgozó orvosokkal annak érdekében, hogy kötelezettséget vállaljanak régiójuk orvoshiánnyal küzdő területei lakosságának ellátására. A törvény értelmében azok az orvosok, akik nem írnak alá ilyen szerződést, illetve nem teljesítik az ebben foglalt kötelezettségeiket, éves átalánydíjban meghatározott büntetésre számíthatnak. *(A büntetést a törvényben meghatározottak szerint egy 2010-es döntés értelmében nem vezetik be, helyette a miniszter célravezetőbbnek tartja az orvosok és a Regionális Egészségügyi Hatóságok önkéntességen alapuló szerződéseit azzal az ígérettel, hogy ellentételezést fognak felajánlani azoknak az orvosoknak, akik hetente több napon keresztül vállalják az orvoshiánnyal küzdő területeken való rendelőt.)*

A **betegségmegelőzésre** vonatkozó intézkedések között figyelemre méltó a **terápiás oktatás** kötelező beépítése a krónikus betegek egészségügyi ellátásába. A fiatalok védelmében tiltó, illetve korlátozó intézkedéseket hoztak az alkohol és a dohánytermékek árusításában.

Ausztóriában a szövetségi Egészségügyi Bizottság 2009. március 6-án véglegesítette az **osztrák egészségügyi kerettervet** (Osztrák Egészségügyi Strukturális Terv 2008), amely kötelező tervezési alapként szolgál az osztrák egészségügyi ellátás számára. A keretterv 4 ellátási zónára és 32 ellátási régióra vonatkozik, iránymutatást ad a regionális szintű tervezés számára. Az országos keretterv tartalmazza az egészségügyi rendszer aktuális kapacitásszámait, a fekvőbetegek intézményekben várható ellátási esetszámokat, helyenként minimálisan ellátandó szolgáltatásszámot, elérhetőségre, minőségre vonatkozó előírásokat és a nagyértékű berendezések esetében pedig konkrét tervszámokat. Az országos keretterv alapján a regionális egészségügyi tervek kidolgozása a Tartományi Egészségügyi Platformok feladata.

A korábbi években országos tervek voltak érvényben, amelyek kórházakra (ágyszámra) és nagy értékű berendezésekre vonatkoztak. A 2006-ban indított új regionális tervezés nem csupán abban hozott változást, hogy a lakosság egészségügyi ellátásához szükséges szolgáltatások tervezésének felelőssége a Szövetségről átkerült az egyes tartományokhoz, hanem szemléletében, komplex megközelítésében is: a lakosság aktuális szükségleteiből indul ki, és tartalmazza az önálló praxist fenntartó általános orvosok és szakorvosok, a kórházi ambuláns és fekvőbeteg ellátás, a rehabilitációs, ápolási és szociális szolgálatok ellátási struktúrája és a nyújtandó szolgáltatások tervezését.

Angliában a poliklinikák megvalósításának terve Lord Darzi brit egészségügyi miniszter NHS átalakítási javaslatai között szerepelt. Az egészségügyi miniszter tervezete alapján 10 év alatt 150 új poliklinikát hoznának létre, s ezzel átrajzolnák a szigetországban az egészségügyi szolgálat arculatát. A miniszter úgy vélte, hogy a nagy egészségügyi központok előnyösebbek a betegek számára, és felváltják majd az egy vagy két orvostól álló rendelőket. A háziorvosokból és szakorvosokból álló egészségügyi központok integrált ellátást és kényelmesebb szolgáltatásokat nyújthatnak a betegeknek. Az új szuperrendelők orvoscsoportokat, ápolókat, laborokat, diagnosztikai szolgáltatásokat, gyógyszerterápiát hoznának egy fedél alá. A javaslattevő szerint a magántársaságok által működtetett poliklinikák ugyanakkor nem jelentenék a kisebb GP rendelők végét. A háziorvosok továbbra is az NHS-nek dolgoznának, és az államtól kapnák fizetésüket, azonban NHS fizetésükön kívül a poliklinika nyereségének bizonyos százalékát is megkaphatnák.

2009-ben a GP-k egy részének ellenzése mellett tovább folytatódtak a terv körüli viták. Az ellenzők attól tartanak, hogy a poliklinikák veszélyeztetnék a betegek és a háziorvos kapcsolatát. Az ellenzők között van David Cameron, a brit konzervatív párt elnöke, Nagy-Britannia új miniszterelnöke is, és a terv heves ellenállásba ütközött a Brit Orvosszövetség (BMA) részéről is.

A krónikus ellátás finanszírozása

2009-ben az egészségügyi szolgáltatók finanszírozásában a krónikus ellátás térítési módjaiban indultak a betegközpontúság növelését célként kitűző kísérletek.

Hollandia Egészségügyi Minisztériuma 2009-ben új típusú finanszírozásról döntött a krónikus ellátás négy betegségcsoportjában: diabetes, COPD, szívelégtelenség és a kardiovaszkuláris rizikófaktorok okozta problémák. Az új finanszírozást 2010 januárjától alkalmazzák. A finanszírozás a szolgáltatók által nyújtott alap- és a fekvőbeteg-ellátást betegcentrikusan integrálja. Az ellátás megszervezése háziorvosokból, szakorvosokból álló ellátási csoportok lehetősége, akik a betegellátásban az adott betegségcsoportra kialakított standardot kell, hogy kövessék. A csoportok legfontosabb szolgáltatói a háziorvosok lesznek. Az ellátási csoportok finanszírozása a biztosítókkal való szerződés keretében a betegekre megállapított átalánydíj alapján történik.

Az **angol NHS** 2009-ben publikálta a „Personal health budgets: first steps” című minisztériumi dokumentumot, amelyben a személyes egészségügyi büdzsé kísérleti programját mutatja be. A kísérleti program lehetőséget teremt arra, hogy az azt igénylő és arra alkalmas betegek a gyógyulásukhoz szükséges egészségügyi szolgáltatások vásárlására költségvetési keretben részesüljenek, maguk döntsenek a szolgáltatások kiválasztásáról, igénybevételéről. A döntéshozók a programtól azt remélik, hogy növeli a betegek költségtudatos választási lehetőségét, kontrollt biztosít a szolgáltatások és az azokra rendelkezésre álló finanszírozás felhasználásában. A kísérlet a tervezett 3 éves időszak után szigorú értékelésre számíthat, annak alapján döntenek majd a személyes egészségügyi büdzsé jövőjéről. A személyes egészségügyi büdzsé nem jelent minden esetben készpénzjuttatást. Megvalósulhat az ellátástervezés során a szükséges szolgáltatások vásárlására elkülönített, beteghez rendelt eszmei büdzsé formájában (a beteg a gyógyulásához szükséges anyagi eszközök ismeretében dönt a költségvetés felhasználásáról). Másik formáját jelentheti a költségvetés egyénre szabott, de egy külső szervezet bevonásával történő menedzselése (a büdzsé felett rendelkező harmadik fél segítheti az ellátás tervezését is). Míg a személyes egészségügyi büdzsé e két formájára már törvényes lehetőség van az NHS-ben, a betegnek nyújtott készpénzfizetés 2010-től megnyíló új lehetőség. Ettől az időponttól az angliai NHS betegek készpénzt kaphatnak fizioterápiás, otthon ápolási és egyéb egészségügyi szolgáltatások vásárlására. A betegek az orvosok és ápolók által jóváhagyott kezelési terv szerint egy elkülönített számlára utalt pénzből vásárolhatnak egészségügyi szolgáltatásokat. A számláról történő kifizetések ellenőrzését az Alapellátási Trösztök (PCT) végzik, követik, hogy a beteg ellátása az elvárható biztonságban és minőségben történik-e, és a vásárlások megfelelnek-e a kezelési tervben foglaltaknak. Az összeg kezelési tervben előírtakhoz képest eltérő használata esetén a figyelmeztetéstől a visszafizetettéig terjedő szankciókat alkalmazhatnak.

A szociális ellátásban az önkormányzatok már 1997 óta alkalmazzák az egyéni szükségleteken alapuló közvetlen pénzbeli kifizetéseket. Felmérések szerint elsősorban a mentális problémákkal, a tanulási nehézségekkel küzdők és a fizikai fogyatékossgal élők számára az e módszerrel nyújtott ellátások eredményesebbek, ők maguk pedig elégedettebbek, mint a hagyományos ellátásban részesülő társaik.

Az egészségügyi ellátásban elsősorban a folyamatos ellátás, a mentális egészségügyi szolgáltatások, a tanulási rendellenességek javítására irányuló szolgáltatások, az anyasági szolgáltatások, az élet végén szükséges gondozás és néhány krónikus betegség ellátása során kerülhet sor személyes egészségügyi büdzsé használatára.

Népegészségügy

Bár az elmúlt évben az európai országok népegészségügyét a H1N1 járvány és az ellene folyó küzdelem uralta, egy törvényi és egy programszerű népegészségügyi szabályozást mégis kiemelhetünk 2009 történéseiből.

Hollandiában 2008 végén fogadták el a **népegészségügyi törvényt** (Wet publieke gezondheid), amely meghatározza többek között azokat a népegészségügyi feladatokat, amelyekről az önkormányzatoknak gondoskodniuk kell. A miniszter négyévente dönt a népegészségügy prioritásairól, az önkormányzatok szintén négyévente készítik el a feladataikat tartalmazó egészségpolitikai dokumentumot. A törvény szabályozza a fertőző betegségek ellenőrzését, bővíti a fertőző betegségek bejelentési kötelezettségeit. Rendelkezik a kormányzati döntések egészségre gyakorolt hatásainak monitorozásáról, a jelentős egészségügyi hatással járó döntések előtti önkormányzati konzultációs kötelezettségekről.

Nicolas Sarkozy, **francia** köztársasági elnök 2009.november 2-án jelentette be a **Rák Elleni Küzdelem 2009-2013**-as időszakra vonatkozó programját. Franciaországban 2002-ben indult a Rák elleni küzdelem 2003-2007-es programja. Az új terv ennek új intézkedéseket előírányzó folytatása. A Rák elleni küzdelem 2009-2013-as programja 5 főcsoportban (kutatás, megfigyelés, prevenció-szűrés, ellátás, életvitel a rák idején és utána) 30 intézkedést és 118 akciót tartalmaz. A legfontosabb intézkedések a következők:

- ▶ A több szakterületet (epidemiológiai, népegészségügyi, klinikai és szociális) átfogó multidiszciplináris kutatás módszereinek erősítése és anyagi támogatásának fokozása – ennek keretében öt integrált rákkutató site számára nyújtanak akkreditációt azzal a céllal, hogy tájékoztatásuk segítségével a kutatási eredmények előbb épülhessenek be a betegellátásba.

- ▶ A kutatási költségvetés több mint 15%-át fogják a környezeti és az életviteli kockázatok elemzésével kapcsolatos tervre fordítani, és az öt leggyakoribb daganatfajtát illetően részt vesznek a tumorokkal kapcsolatos, világszerte folyó genomkutatásban.

- ▶ Éves tájékoztatás és információ-közlés a rákról, a rákkutatásról és az onkológiáról.
- ▶ A szűrés hozzáférhetőségében és igénybevitelében jelentkező egyenlőtlenségek elleni fellépés – a teljes lakosság szűrésen való részvételi arányának 15%-os növelése. A növekedés szintjének el kell érnie az 50%-ot a leghátrányosabb helyzetű megyékben.
- ▶ A betegek ellátásának személyesebbé tétele és a kezelőorvos szerepének megszilárdítása a kórházi és a kórházon kívüli ellátás koordinálásában – annak biztosítása, hogy a betegek 80%-a személyre szabott ellátási terv szolgáltatásaiban részesüljön.
- ▶ Személyes szociális gondoskodás kialakítása és a beteg támogatása a rák kezelése idején és az ez utáni időszakban – annak biztosítása, hogy a betegek 50%-a igénye szerint a rákkezeléseket követő program pszichoszociális szolgáltatásaiban részesüljön.

Gyógyszerpiac, a referenciaárak szerepe a gyógyszerköltségek visszafogásában

Míg Finnországban a gyógyszerkiadások referencia árrendszertől várható csökkenéséről, Szlovákiában már a megvalósult megtakarításokról szólnak a hírek.

Finnországban 2009 áprilisában vezették be a gyógyszerek referencia-árrendszerét, amely várhatóan 5-16%-kal (40-120 millió euróval) fogja csökkenteni a gyógyszerköltségeket.

Szlovákiában az egészségügyi tárca a 2009. év legeredményesebb intézkedésének tartja a biztosítók kiadásaiban 71 millió euró megtakarítást hozó gyógyszer-referencia árrendszer bevezetését, amelyben a piaci árakat az EU-ban fellelhető hat legalacsonyabb ár átlaga alapján határozzák meg.

Minőségügy

Az egészségügyi ellátás minőségének javítása minden országban napirenden lévő feladat. Végrehajtását új, a szociális ellátás felügyeletét is integráló szabályozó testület segíti Angliában. Több ország fejlesztette minőségi indikátor programját, Ausztriában pedig az orvosi praxisoknak nyújtható minőségjegy teszi transzparenssé az egészségügyi ellátás jellemzőit.

Angliában 2009. április elsején alakult meg a **Care Quality Commission (CQC)**, az egészségügyi és a felnőtt szociális ellátás új, független szabályozó testülete. A CQC felügyeli az NHS, a helyi hatóságok, a magáncégek és a nonprofit szervezetek által nyújtott egészségügyi és szociális szolgáltatásokat, védi a betegek jogait, képviseli a szolgáltatásokat igénybevevők érdekeit. (Korábban ez a tevékenység az egészségügyi, a mentális és a szociális ellátásban

működő három testület feladata volt.) Az egyesítés célja, hogy a három területen ugyanazon szabályok vonatkozzanak az ellátásra. A CQC 2010-től egységes követelmény-rendszer szerint regisztrálja az egészségügyi és szociális szolgáltatókat. Eddig csak a szociális ellátás és a magán egészségügyi ellátást nyújtó szolgáltatók regisztrációja volt kötelező, a jövőben az NHS szervezeteknek is bizonyítaniuk kell a regisztráció során, hogy megfelelnek a standardoknak.

2009-ben az NHS egy több mint 200 indikátorból álló listát publikált a betegellátás minőségének javítása érdekében. Az **Indicators for Quality Improvement (IQI)** az orvosok által nyújtott ellátás minőségének mérésére szolgál, segítségükkel azonosíthatóak a javításra szoruló területek, és nyomon követhetők a változások. Az indikátorok az ellátás minőségének három dimenzióját ölelik fel: a betegbiztonságot, az ellátás eredményességét és a betegek tapasztalatát. Az orvosok szabadon választhatják meg a klinikai munkájukban maguk számára legfontosabbnak tartott indikátorokat. Az indikátorok használatának elsődleges célja a helyi szinteken megvalósítható minőségjavítás és a betegek választásának elősegítése.

Szlovákiában 2009 márciusában lépett életbe az **új minőségi indikátorokról szóló kormányrendelet**. Az Egészségügyi Minisztérium bővítette és módosította a minőségi indikátorok listáját, különös figyelmet fordított az egyszerű és gyakori kezelések (szolgáltatások) minőségi indikátorainak fejlesztésére. Az indikátorok az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-ellátás értékelését szolgálják. A háziorvosok minőségi indikátorainak listáján szerepel többek között az orvoshoz fordulások aránya, valamint a prevenciós index, a szakorvosok esetében pedig a nőgyógyászati prevenció és a fogszuvasodás mutatója. A kórházakra vonatkozó egészségügyi indikátorok csoportjába tartozik például a műtétek és ismételt műtétek aránya, a rehospitalizáció és az általános morbiditás. Újdonság a gazdasági indikátorok bevezetése, amelynek célja az, hogy adatokat nyerjenek a működés hatékonyságáról, a járóbeteg-rendelőkben előforduló betegek irányításáról, mozgásáról, valamint a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök költségeiről. A minőségi indikátorok jelentőségét hangsúlyozza, hogy a legnagyobb szlovák egészségbiztosító, az Általános Egészségbiztosító (VsZP) a szolgáltatókkal történő szerződéskötéseknél rendszeresen figyelembe veszi az indikátorok eredményeit.

Specifikus, orvosi praxisoknak szóló **Ausztria Minőségjegyet** fejlesztett ki az Osztrák Minőségfejlesztési Munkaközösség. A minőségjegyet a törvényi előírásokon túlmutató minőségbiztosítás esetén kaphatja meg az önálló praxist fenntartó orvos. A minőségjegy mintegy 50 minőségi kritériumot foglal magába a törvényi előírások betartása, az infrastruktúra és a betegközpontúság területein. Az Ausztria Minőségjegy tartalmazza az Orvosi Kamara minőségbiztosítási előírásait, a higiéniai tervek készítésének, a dolgozók célzott továbbképzésének, a hatékony határidőrendszernek, adatbiztonságnak, térítési átláthatóságnak és a betegbiztonság vizsgálatának követelményeit. A minőségjegyet két évre ítélik oda, a két év leteltével érvényessége meghosszabbítható.

E-egészségügy

Az e-health világából az EU számos újdonsággal szolgált. 2009. március végén indult egy nemzetközi konzorcium által a **WHOLE (Web-based Health Organisations Learning Environment)** EU-s projekt keretében létrehozott **Virtuális Egészségügyi Akadémia**. Az Akadémia európai master fokozatot is kínál az interkulturális és társadalmi egészségügyi tanulmányokban. Egy másik érdekesség az EU **eTEN** program keretében támogatott **HealthWear** projekt. A közvetlenül a textíliákba ágyazott érzékelőkkel az azt viselő szívét, lélegzetét és testhőmérsékletét monitorozó kényelmes intelligens ruházat forradalmasíthatja az egészségügyet, csökkentheti a kórházi viziteket, és lehetővé teszi a betegek számára, hogy aktívabb életet éljenek. A ruházat által begyűjtött biojelek mobil kapcsolaton keresztül jutnak az ellátókhoz.

Néhány országból az elektronikus betegnyilvántartás és az e-card fejlesztésekre adunk rövid példákat.

2009 elején a **holland** parlament képviselőháza jóváhagyott egy törvényjavaslatot, amely **kötelezővé** teszi az egészségügyi ellátók számára **az országos elektronikus betegnyilvántartáshoz történő kapcsolódást**. A kötelezettség a háziorvosokra, a gyógyszerészekre és a szakorvosokra terjed ki. Az orvosok az általuk kezelt betegek azon adataihoz férhetnek hozzá, amelyeket a betegek jóváhagytak. Az elektronikus betegnyilvántartási rendszer célja az orvosi hibák számának csökkentése a betegadatok és gyógyszerinformációk ellátók közötti megosztásával.

Az **osztrák elektronikus kártya** jelenlegi funkciói mellé - biztosítási státusz igazolása, európai egészségbiztosítási kártya - 2009 nyara óta egy további funkció is társult: a táppénz időszak megkezdésének és megszüntetésének jelentése. Ausztriában az évente mintegy 3 millió táppénzzel kapcsolatos jelentés – ami 6 millió nyomtatvány kiállításával jár - korábban papíralapon zajlott. Az új rendszer ezt részben szükségtelenné teszi. A biztosítóval történő postai levelezést a kártyába integrált új chip teszi feleslegessé. Ha a munkáltató jogosultságot szerez az online ellenőrzésre, a neki szóló papír alapú igazolás is elmaradhat. Az átállás amellet, hogy csökkenti az orvosok adminisztrációs terheit, az Osztrák Társadalombiztosítási Főszövetség szerint évi 4 millió euró megtakarítást jelenthet. A tulajdonos kívánságára aktiválhatók az e-card további funkciói is: a biztosítási adatok online lekérdezéséhez az elektronikus személyazonosítás, az elektronikus hivatali ügyintézés és a dokumentumok elektronikus aláírása.

Szlovéniában 2009 márciusában lezárult az **új intelligens egészségbiztosítási kártya rendszer** kísérleti fázisa. A kísérlet kiértékelését követően a rendszer 2010 januárjában válik országossá, kb. 30 000 egészségügyi szakember és 2 millió beteg használja majd országsszerte. Az új rendszer lehetővé teszi a betegek egészségbiztosítási státuszának online

ellenőrzését és az egészségügyi elszámolások online bonyolítását. Az elektronikus kártya digitális tanúsítvánnyal azonosítja a beteget, és lehetővé teszi az ellátónak a beteg egészségbiztosítási adatainak online elérését. Az új kártyarendszer és az integrált IT infrastruktúra további funkciók - pl. elektronikus vényfelírás - előtt is megnyitja az utat.

Egészségügyi reform helyett viták és adósságkonszolidáció Kelet-Európában

Kelet-Európa három országa – Csehország, Szlovákia és Lengyelország – egészségügyét a magyar rendszerhez hasonló szerkezeti, hatékonysági és finanszírozási problémák feszítik. A megoldások mégis inkább felületi jellegűnek, mintsem hosszabb távú stratégiát és ennek megfelelő megoldást ígérőnek látszanak. Hasonló sors jellemzi az ezekben az országokban bevezetett co-payment intézkedéseket, és nincs közmegegyezés a magántőke szerepéről sem.

Csehországban 2009. január 1-re tűzték ki a reformfolyamat második szakaszának indulását, a reformtörvények életbe léptetését, azonban az ellenzéki képviselők és a szakmai társadalom ellenvetései miatt ezt nem sikerült megvalósítani. A legnagyobb ellenállást a privatizációs törekvések, valamint az egészségbiztosítók és az egyetemi kórházak részvénytársaságokká alakítása váltotta ki. Az ezzel kapcsolatos három törvénytervezet tárgyalását levették a napirendről. A másik négy törvénytervezet (az egészségügyi ellátás, a specifikus egészségügyi szolgáltatások, a mentőszolgálat és az egészségbiztosítás) esetében további átdolgozásról született döntés. A viták főként az egészségbiztosításból fedezett egészségügyi ellátás mértéke, valamint a standard és a standardon felüli ellátás meghatározása köré csoportosultak.

Nem került nyugvópontra a cseh egészségügyi reform első szakaszának legfontosabb intézkedéseként 2008-ban bevezetett – az egészségügyi ellátás igénybe vételekor fizetendő - co-payment, vagy szóhasználatuk szerint **regulációs díj** körüli vita sem. A díjak népszerűtlensége összefonódott az egészségügyi reformmal, és mindezt Tomáš Julínek egészségügyi miniszter (ODS) személyével kötötték össze. A kormányfő 2009 januárjában döntött a miniszter leváltásáról. Az év során kétszer történt miniszterváltás, az év elején kinevezett minisztert az új szakértői kormány minisztere váltotta fel.

2009 áprilisától törvénymódosítás alapján nem kell regulációs díjat fizetniük a 18 éven aluli gyermekeknek, és a 65 éven felüliek esetében 2500 koronára csökkentették a fizetendő éves limitet (másoknál a limit 5000 korona). Az ellentmondásos helyzetet fokozza, hogy a megyei önkormányzatok, ahol 2008-ban az ellenzékben lévő Szociáldemokrata Párt jelöltjei jutottak hatalomra, ugyan eltérő mértékben és módon (készpénz visszafizetéssel vagy ajándék

formájában), de 2009-től megtérítik a betegek részére a kifizetett díjakat, vagy azok egy részét. Legutóbb 2009 szeptemberében tárgyalta a parlament a baloldali képviselők javaslatát a díjak megszüntetéséről, ezt azonban a szenátus elutasította.

Szlovákiában 2009-ben lépett érvénybe a **minimális hálózatról** szóló kormányrendelet módosított változata, amely meghatározza a járó- és fekvőbeteg-ellátás súlyponti és rögzített hálózatát, a minimális ágykapacitást szakma és megyék szerinti bontásban. Bár a minisztérium szerint mintegy 6000 ágy megszüntetésére, illetve átprofilírozására lenne szükség, az ágyak száma számottevően nem változott.

A szlovák kórházi ellátás szerkezete tehát maradt a régi, az **adósságmentesítés** azonban mégis megkezdődött. Az egészségügyi ágazat 270 millió euró körüli adóssággal kezdte az évet. Az adósságból a legnagyobb rész az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozó kórházakra esett (196 millió euró). Így az elmúlt esztendő az adósságmentesítés jegyében zajlott, melyre 130,2 millió eurót irányoztak elő, 25 egészségügyi intézmény számára visszafizetendő pénzügyi támogatás formájában. A kölcsön nagy részét 12 állami kórház kapta. A támogatás feltétele volt a kiegyensúlyozott gazdálkodás, amelyet a kórházvezetéseknek vállalkozói tervekben kellett deklarálniuk. A kórházak gazdálkodása azonban még nem sok eredményt tud felmutatni. Az egészségügy teljes adóssága 2009 végére csak 80 millió euróval csökkent, 193 millió EUR volt. A kórházak 50 millió EUR új adósságot halmoztak fel. Az adósságból a legnagyobb rész továbbra is az Egészségügyi Minisztérium hatáskörébe tartozó egészségügyi intézményekre jut – 115 millió EUR (2008-hoz képest az újonnan felhalmozott adósságuk 34 millió EUR).

Déli szomszédaihoz hasonlóan **Lengyelországban** is a reformtörvények megakadása jellemezte az elmúlt évet. Bár nagy vitákat váltott ki, és 2008 végén a köztársasági elnök megvétózta a kórházak gazdasági társaságokká alakítására vonatkozó törvénytervezetet (ellenzői csak privatizációs törekvéseket láttak benne), a kormány döntést hozott arról, hogy a vétó ellenére folytatják a kórházak reformját. 2009. február 17-én indították az ún. **B-tervet**, amelynek célja, hogy pénzügyi támogatással (adósságsszubszidió és a beruházásokhoz igénybe vehető speciális hitelkeret) ösztönözzék a kórházakat változásra. Azok az önkormányzatok, amelyek részt vesznek a B-tervben, pénzügyi átalakítási tervet dolgoznak ki, struktúraátalakítást hajtanak végre, vagy részvénytársasággá alakítják át a tulajdonukban levő kórházakat, a kormánytól támogatást kapnak az adósságok rendezésére. A program a 2009-2011 közötti időszakra szól.

1.7. Európai Unió szabályozás

Varga Eszter

Az Európai Unió (EU) alapszerződése az Unió feladatává teszi, hogy segítse elő polgárai magas szintű egészségét, javítsa egészségi állapotukat, vessen gátat a betegségek terjedésének. Az EU egészségügyi stratégiáján keresztül vállal szerepet az európai nép- és közegészségügyi helyzet javításában, összehangolja és kiegészíti a tagállamok ez irányú tevékenységét, de eközben teljes mértékben tiszteletben tartja, hogy az egyes országok hatáskörébe tartozik az egészségügyi szolgáltatások biztosítása, az ellátás kialakítása. 2008 és 2013 között a közegészségügy terén a második akcióprogram fut az Unióban, mely az **Együtt az egészségért** elnevezést kapta. Ezen a programon keresztül a Közösség több mint 300 projektet és egyéb cselekvési programot finanszíroz.

Lisszaboni Szerződés

Az Európai Unió életében nagy lépést jelentett 2009-ben a kudarcba fulladt Európai Alkotmányt felváltó Lisszaboni Szerződés hatályba lépése (2009. december 1.). A Lisszaboni Szerződés megerősíti és pontosítja az Unió hatáskörét az egészségügyben. Az uniós hatáskört kiterjeszti a határon átlépő egészségügyi veszélyek elleni fellépésre (járványok, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás), a határ menti együttműködés fejlesztésére, a tagállamok közötti együttműködés elmélyítésének elősegítésére, valamint a gyógyszerekkel kapcsolatos intézkedések meghozatalára. A határ menti együttműködés terén az Unió ösztönzi a szolgáltatások egymást kiegészítő jellegének javítására irányuló együttműködést. A tagállamok közötti kooperáció terén az EU előmozdítja az iránymutatások, bevált gyakorlatok cseréjét. Az Európai Unió egészség védelmét és javítását ösztönző feladatköre kiegészül azzal, hogy ennek kiemelt területévé válik a határokon át terjedő súlyos betegségek elleni küzdelem, valamint az ilyen veszélyek figyelemmel kísérése, korai előrejelzése. Valamint új elem, hogy a közösség hozhat olyan, a tagállamokra kötelező erejű intézkedéseket, amelyek célja a lakosság egészségének védelme a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás terén. Végül belekerült még az elsődleges joganyagba, hogy a Parlament (EP) és a Tanács megfelelő konzultációkat követően hozhat a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök magas szintű minőségi és biztonsági előírásainak megállapítására vonatkozó intézkedéseket.

2009. évi (H1N1)-pandémia

2009 áprilisában az emberi H1N1 influenzavírus egy újabb törzsét azonosították. Az első megbetegedések 2009. március-áprilisban voltak Mexikóban és az Egyesült Államokban. 2009. június 11-én a WHO bejelentette, hogy az új influenzavírus világjárvány kitörését okozta (a bejelentés az új vírus terjedését és nem a betegség súlyosságát jelezte).

Az Európai Uniót nem érte felkészületlenül a járvány, a tagállamok és az Európai Unió Bizottsága jogi és operatív rendelkezésekkel biztosították, hogy a világjárványról rendelkezésre álló adatokon alapuló, körütekintő előny- és kockázatelemzést követően megkezdődhessen az oltási- és a betegség kezelési program a járvány megfékezésére. 2009. június 8-9-én a Tanács megbízta az Egészségbiztonsági Bizottságot a járvánnyal kapcsolatos oltóanyagok és oltási stratégiák kérdésének kidolgozásával. Annak érdekében, hogy európai szinten hatékony válasz szülessen a világjárványra, a Közösség számos intézkedést hozott 2009 májusa és augusztusa között:

- ▶ egységes esetdefiníciók,
- ▶ egyezmény az utazni szándékozók vagy érintett területekről visszatérni szándékozók számára nyújtandó tanácsadásról,
- ▶ a felügyeleti rendszer kiterjesztése az új esetek azonosítására,
- ▶ az esetmenedzsmentre és kezelésre, valamint az egészségügyi válaszlépésekre vonatkozó iránymutatások egészségügyi szakemberek számára,
- ▶ ajánlások a nyilvánosság számára a személyi védőintézkedésekről,
- ▶ az Egészségbiztonsági Bizottság és a korai figyelmeztető és gyorsreagáló rendszer kapcsolattartó pontjainak nyilatkozata az iskolabezárásokról,
- ▶ nyilatkozat: „Oltási stratégiák: cél- és kiemelt csoportok” címmel.

A járvány kitörésétől kezdve a Bizottság támogatta a nemzetközi szintű információcsere és koordináció kialakítását, és azt, hogy a WHO vezető szerepet töltsön be a járvány felügyeletében, az ajánlások kidolgozásában, a szegény országok támogatásának elősegítésében, a kapacitásépítésben, valamint a vakcinák és a vírus elleni gyógyszerek beszerzésében.

A Bizottság 2009. szeptember 14-i közleményében az alábbi stratégiai irányvonalakat emelte ki:

- ▶ oltóanyagok közös beszerzése – szeptemberben már úgy vélte a Bizottság, hogy ez nem indokolt, a tagállamok több, párhuzamosan futó nemzeti ajánlat közül választhattak, valamint a Bizottság támogatta a határokon átnyúló megosztásra és az önkéntes értékesítésre irányuló közös uniós megközelítés kialakítását,

- ▶ harmadik országok támogatása a 2009. évi H1N1-pandémia leküzdésében – a Bizottság figyelemmel kíséri a harmadik országok helyzetét, meghatározza, hogy milyen konkrét szükségletek merülnek fel, elősegíti az uniós oltóanyag- és gyógyszerkészítményekhez való hozzáférést,
- ▶ oltási stratégiák – a Bizottság elismeri, hogy az oltási stratégia a tagállamok hatáskörébe tartozik, de a Bizottság oltási stratégiákról szóló munkadokumentuma a jelenlegi tudományos bizonyítékok és epidemiológiai tendenciák alapján olyan lehetőségek meghatározására irányul, amelyeket a tagállamoknak érdemes lehet figyelembe venniük akkor, amikor a területükön érvényes egyedi feltételeknek megfelelő stratégiát alakítanak ki,
- ▶ az antivirális gyógyszerek és vakcinák engedélyezésére vonatkozó szabályozási eljárás – az EU a járványos A(H1N1) influenzavírus és változatai elleni vakcinák forgalomba-hozatali engedélyezésre vonatkozó kérelmek elbírálása tekintetében gyorsított értékelési eljárásról rendelkezett,
- ▶ a nyilvánosság és a rizikócsoporthoz megfelelő tájékoztatása érdekében a Bizottság összehangolt kommunikációs stratégiát dolgozott ki.

Dohányfüst-mentes környezet

Az Európai Unió egészségpolitikájának fontos területe az unió állampolgárai egészséges életmódjának elősegítése, 2009-ben a dohányfüst-mentes környezet kialakítása kapott kiemelt figyelmet.

Unió szinten a dohányfüst-mentes környezet kérdésével nem kötelező ajánlások és állásfoglalások formájában foglalkoznak, melyek hatására a tagállamok harmada átfogó dohányzásellenes politikát dolgozott ki és vezetett be.

2009. november végén született meg a Tanács ajánlása a dohányfüst-mentes környezetről. Az ajánlás középpontjában a WHO dohányzás-ellenőrzési keretegyezményének hatékony uniós végrehajtása áll. Az egyezményt aláíró felek iránymutatásokat fogalmaztak meg a dohányfüstnek való kitettség elleni védelemről. Az iránymutatások alapján egyértelmű, hogy a környezeti dohányfüst szempontjából nincs biztonságosnak tekinthető szint, a dohányfüst teljes kiküszöbölésére van szükség valamennyi beltéri munkahely, beltéri nyilvános hely, tömegközlekedés és más nyilvános hely esetében. Az ajánlás felszólítja a tagállamokat:

- ▶ a gyermekek és serdülőkorúak környezeti dohányfüstnek való kitettsége elleni intézkedések meghozatalára,
- ▶ kísérő intézkedések bevezetésére, mint például a dohányzásról való leszoktatást elősegítő hatékony politikák, a dohánytermékeken található képi figyelmeztetések,
- ▶ átfogó, több ágazatot felölelő stratégia kidolgozására és ezek végrehajtására,

► információk és bevált gyakorlatok rendszeres cseréjére, és tagállamok közötti koordinációra a nemzeti kapcsolattartó pontok hálózatán keresztül.

A javaslat összhangban van az arányosság és a szubszidiaritás elveivel, a tagállamoknak azáltal nyújt támogatást az Unió, hogy ösztönzi a dohányfüst-ellenes politikák kialakítását, egyértelmű, uniós szintű nyomon követési rendszert hoz létre, valamint elősegíti a bevált gyakorlatok cseréjét és a politikai koordinációt a tagállamok között. Emellett azon tagállamoknak, amelyek még nem rendelkeznek átfogó dohányzásmentes politikával, segítséget nyújt ezek kidolgozásához, jogszabályba öntéséhez és végrehajtásához.

Az Alzheimer-kórra és más demenciákra irányuló európai kezdeményezések

Az Európai Unió az egészségi állapotra jellemző problémák közül 2009-ben a demenciával és ezen belül az Alzheimer-kórral foglalkozott kiemelten, amelynek oka, hogy a kutatások szerint a várható élettartam növekedésével drámaian megnőtt a demencia előfordulása. A demenciával küzdő európai polgárok számát 7,3 millióra teszik az EU-ban, azonban az Alzheimer-kórt aluldiagnosztizálják. A 2007-es súlyos és krónikus betegségekről szóló jelentés adatai szerint csak a felét azonosították a betegségben szenvedőknek. Az Unió szervei, így a Tanács, a Parlament és a Bizottság azon az állásponton van, hogy a népesség öregedésének kontextusában az olyan degeneratív idegrendszeri betegségek, mint az Alzheimer-kór, kiemelt kutatási területnek kell, hogy számítsanak. A demencia elleni küzdelem elsődlegesen a tagállamok kompetenciájába tartozik, az Unió szerepe az, hogy elősegítse a tagállamok közötti együttműködést, és támogassa a tevékenységüket. A Bizottság 2009-es közleménye szerint az európai szinten meghozott intézkedések az Alzheimer-kór és más demenciák területén, azok sajátos jellemzői miatt, a tagállamok támogatása mellett hozzáadott értéket teremthetnek. A közlemény célkitűzése, hogy biztosítsa Európában az Alzheimer-kór és más demenciák hatékony és eredményes felismerését, megelőzését, diagnosztizálását, kezelését, ellátását és kutatását. A Bizottság szerint négy olyan terület van, ahol segíthet a közösségi fellépés:

- az emberek tevékenyen segíthetnék a demencia megelőzését és korai felismerésével a kezelését, de nincsenek tisztában ezzel,
- jobban meg kell ismerni a demenciákat, különösképp az Alzheimer-kórt, de jelenleg nincs elegendő adat a kutatáshoz,
- az Unió egyes államaiban kialakulóban vannak a helyes gyakorlatok a diagnózissal, a terápiával és a finanszírozással kapcsolatban, de az országok ezeket nem osztják meg egymással,

▶ nem fordítanak kellő figyelmet a kognitív hiányosságban szenvedők jogaira, nem ismerik el az idős emberek szellemi tőkét, gyakran megbélyegzik az ilyen betegségekben szenvedőket.

A Bizottság közös fellépést javasol, és meghatározza ennek célterületeit:

Megelőzés és korai felismerés:

- ▶ a lakosság megismertetése a demenciához vezető kognitív hanyatlás elkerülésének, a jó fizikai és szellemi állapot elősegítésének lehetőségeivel,
- ▶ az Alzheimer-kór és a demencia más formáinak korai diagnózisával kapcsolatos helyes gyakorlat meghatározása és terjesztése,
- ▶ a demencia dimenziójának beillesztése az Európai Unió betegségmegelőzéssel kapcsolatos intézkedéseibe, a rugalmas európai nyugdíj-politikába, és az idősekre vonatkozó fellépések keretébe.

A demencia jobb megértése:

- ▶ az Alzheimer-kórral és más demenciákkal kapcsolatos járványügyi adatok javítása, ismeretek bővítése,
- ▶ a tagállamok közötti koordináció javítása,
- ▶ a tervezett európai egészség-felmérés segítségével új, Európát felölelő adatok szolgáltatása a korai kognitív hiányosságokban szenvedők előfordulási gyakoriságáról,
- ▶ tanácsi ajánlás elfogadása egy kísérleti közös akcióprogramról, az idegrendszeri degeneratív betegségek, különösen az Alzheimer-kór elleni küzdelem kapcsán.

A demenciával kapcsolatos szolidaritás, gondozás:

- ▶ az Alzheimer-kórban és más demenciában szenvedők kezelésével és gondozásával kapcsolatos bevált gyakorlatok feltérképezése, terjesztése és javítása,
- ▶ a minőségi keretek kialakítása a demenciában szenvedők orvosi és ápolási szolgáltatásai tekintetében,
- ▶ az EU fogyatékkal élőkkel kapcsolatos cselekvési tervében (2003-2010) biztosított eszközök felhasználása a betegszervezetek támogatására.

A demenciában szenvedők jogainak tiszteletben tartása:

- ▶ létre kell hozni egy európai hálózatot, melynek feladata a demenciában szenvedők jogainak és méltóságának megőrzése.

Európai Partnerség a Rák elleni Akcióért

Az Európai Unióban 3 millió daganatos megbetegedést diagnosztizálnak évente, a rák a második legfőbb halálok a tagállamokban. A daganatos megbetegedések elleni küzdelem 1985 óta prioritás az Unió népegészségügyi politikájában, mely 1987 óta három egymást követő rák elleni akcióprogramban testesült meg. Az Európai Bizottság legújabb programját, az Akció a Rák ellen programot 2009 júliusában fogadták el. 2009. szept. 29-én több mint 300 rákszervezet, betegek és túlélők, egészségügyi szakemberek, kutatók, egészségügyi hatóságok és egészségügyi miniszterek gyűltek össze Brüsszelben, hogy elindítsák az Európai Partnerséget a Rák elleni Akcióért.

A Partnerség célja a releváns szervezetek összehozása, a tapasztalatok megosztása, a kihívások azonosítása, valamint az, hogy 2020-ra 15%-kal csökkentsék az új daganatos megbetegedések számát. Az együttműködés keretét biztosít a tagállamok számára a daganatos megbetegedések megelőzése és kontrollja terén a tapasztalatok megosztására, a rendelkezésre álló információ és kapacitás közös felhasználására, elősegíti az érdekeltek széles körének bevonását, beleértve a nem-kormányzati szervezeteket, kutatókat, betegcsoportokat, ipart és a nemzeti hatóságokat, hogy kollektív erőfeszítéssel és közös elkötelezettséggel vegyék fel a küzdelmet a rák ellen.

A határon átlépő egészségügyi ellátással kapcsolatos betegjogok szabályozása

A határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó szabályozás első szakasza a személyek szabad áramlására koncentrált (1408/72/EK, ill. az ezt 2010. május elsején felváltó 883/2004/EKG rendelet), valamint azt a problémát kívánta kezelni, hogy az állam milyen mértékben felelős a saját ellátási kötelezettsége külföldön történő teljesítéséért. Az új direktíva – elfogadása esetén – ezzel szemben a betegeknek azon jogát fogja megerősíteni, hogy az ellátás igénybevételének helyét szabadon választhassák meg, így ez a jogszabály alapvetően a szolgáltatások szabad áramlása elvét támogatja. Az új megközelítés a betegjogok felől közelít: az ellátás helyének megválaszthatóságát alapvető jognak tartja, amit az Európai Unió Bírósága egyes ítéletei is megerősítettek. A Bizottság 2003-ban kezdte meg a munkát a határokon átnyúló egészségügyi szolgáltatások jogbiztonságának új szempontú megközelítése érdekében. Hosszú munkafolyamat után 2008 nyarán készült el az Európai Unió és a Tanács irányelv-tervezete a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről, mely a határokon átnyúló egészségügyi ellátás közösségi keretrendszerének létrehozását indítványozza amellelt, hogy teljes mértékben tiszteletben tartja a tagállamok felelősségét az

egészségügyi szolgáltatások, az orvosi ellátás megszervezése és nyújtása terén. A kezdeményezés alapvető célja, hogy a Bíróság ítélkezési gyakorlatára alapozva biztosítsa a határokon átnyúló egészségügyi ellátás egyértelmű és átlátható közösségi jogi kereteit, minden olyan európai beteg számára, aki a szükséges kezelést nem saját országában, hanem egy másik tagállamban kívánja igénybe venni.

Miután az új szabályozás nem az állam kötelezettség-teljesítésének az eszköze, hanem a betegek önrendelkezési, választási jogának a megvalósítója, érthető, hogy a költségek csak olyan mértékig részesülnek visszatérítésben, ami megfelel az igénybe vett ellátás saját tagállamban igénybe vett költségeinek, a többletköltséget a betegnek kell viselnie. Az irányelv-tervezet abból az elvből indul ki, hogy a választási szabadság érvényesülése fontos érték, de ez a közszolgáltatások működőképességének garantálása érdekében korlátozható. Általános érdek, hogy a tagállamok mindenki számára elérhető, kiegyensúlyozott egészségügyi ellátást tudjanak biztosítani, és ez sérül azáltal, ha a betegek kiáramlása megrendíti a társadalombiztosítási rendszerek pénzügyi egyensúlyát. Ezért a tervezet szerint, a megfelelő hazai ellátás biztosítása érdekében a tagállamok a kórházi ellátások és egyes nagy költségigényű vagy specializációt igénylő, illetve nagy kockázatú szakellátások tekintetében előzetes engedélyezési eljárást vezethetnek be.

Az irányelv-tervezet a finanszírozás tekintetében azt az elvet tekinti irányadónak, hogy a beteget maximum olyan mértékű visszatérítésben kell részesíteni, mint amilyenben akkor részesült volna, ha a biztosításának helye szerinti tagállamban vette volna igénybe az ellátást. Fontos eleme a költség-visszatérítés rendszerének az „olcsóbbat téríti” elv, így tehát a visszatérítés a biztosítás helye szerinti tagállamban az adott ellátásra meghatározott összeg szerint történik, azzal, hogy az nem haladhatja meg a beteg tényleges költségét.

Az Európai Parlament 2009 áprilisában módosításokkal elfogadta az Európai Bizottság direktíva-javaslatát a határon átlépő ellátásokkal kapcsolatos betegjogokról. Módosításai mögött egy, a Bizottság javaslatánál erősebb tagállami hatáskör-őrzés húzódik meg. Emellett az EP megerősítette a betegjogi szabályokat, javaslatot tett az európai betegvédelmi ombudsman intézményének bevezetésére, valamint a költség-visszatérítési szabályok egyszerűsítését célzó, és a más tagállamban írt vények elismerését segítő indítványokra. Végül kiemelt területe a parlamenti változtatásoknak, hogy következetesen kivonta az irányelv szabályozása alól a szolgáltatások és a szolgáltatók mobilitását, és csupán a betegek szabad mozgásának jogosságát erősítette meg. Az irányelvről az Európai Unió jogalkotási mechanizmusai közül a legbonyolultabb eljárásban, az együttdöntési eljárásban döntenek, melyben mind az Európai Parlamentnek, mind az Európai Tanácsnak el kell fogadnia az irányelv szövegét. Az EP döntését követően az Európai Tanács elutasította a Parlament módosító határozatát, és megkezdte a munkát a tagállamok közös álláspontjának kialakítására. A tervezetet a Tanács közegészségügyi munkacsoportja az EPSCO (Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council)

tárgyalja. A svéd elnökség úgy döntött, hogy prioritásként kezeli a javaslatot, és még mandátuma lejárta előtt megszületik a Tanács tervezete, melyet sikeresen teljesített. A Tanács az irányelvről 2009. december elsején szavazott, de nem sikerült elfogadni a közös álláspontot, így a további feladatok a spanyol elnökségre hárultak. *(A Tanács 2010 júniusában fogadta el az irányelv átdolgozott tervezetét.)*

Az Európai Unió Bírósága döntései

Az Európai Unió Bírósága 2009-ben az alábbi egészségüggyel kapcsolatos ítéleteket hozta:

Elsőként a Hartlauer Handelsgesellschaft mbH kontra Wiener Landesregierung ügygel kapcsolatos döntésről (C-169/07.). Bécs és Felső-Ausztria tartomány kormánya elutasította a német székhelyű Hartlauer társaság által benyújtott fogászati poliklinika nyitásának engedélyezése iránti kérelmet, arra hivatkozva, hogy nem áll fenn olyan igény, amely egy fogászati magán poliklinika nyitását indokolná, ugyanis az egészségbiztosítási pénztárral szerződésben álló orvosok, közszolgáltatók és közhasznú magánszolgáltatók minden igényt kielégítenek a fogászati ellátások terén. A Verwaltungsgerichtshof, melyhez a Hartlauer társaság keresetet nyújtott be, kérdezi az Európai Unió Bíróságától, hogy összeegyeztethető-e az osztrák szabályozás a közösségi joggal, amely önálló poliklinika alapítását előzetes hatósági engedélyhez köti, mely engedély csak akkor ítéltető oda, ha a kínált ellátásra „igény van”, azaz azt az igényt az egészségbiztosítóval szerződésben álló szolgáltatók nem elégítik ki kellőképpen.

Jelen ügyben a Bíróság vizsgálta, hogy a kérdéses rendelkezések objektíve igazolhatóak-e közérdeken alapuló kényszerítő okokkal, kiemelten a minőségi, kiegyensúlyozott és mindenki számára hozzáférhető orvosi szolgáltatás fenntartásának, és a szociális biztonsági rendszer pénzügyi egyensúlyát súlyosan veszélyeztető kockázat megelőzésének céljával. A vizsgálat eredményeként a Bíróság arra a megállapításra jutott, hogy az osztrák szabályozás nem követi koherensen és rendszerszerűen az említett célokat, valamint az igények felmérésének szempontjai nem megfelelőek ahhoz, hogy a nemzeti hatóságok objektív döntést hozzanak.

A Bíróság ítélete (2009. március 10.) szerint az osztrák szabályozás korlátozza a letelepedés szabadságát azzal, hogy a vállalkozásoknak viselniük kell az adminisztratív és pénzügyi terheket, amelyek a letelepedéshez kötődnek, valamint az engedélyt egyes gazdasági szereplők részére tartja fenn. Következésképp a Bíróság megállapítja, hogy közösségi joggal összeegyeztethetetlen az egészségügyi magánintézmények létrehozására vonatkozó osztrák szabályozás. A letelepedés szabadságát veszélyezteti, ha az önálló fogászati poliklinika esetén olyan engedélyt követelnek meg, amelyet nem kérnek a csoportpraxisok esetén, valamint ha a nemzeti hatóságok mérlegelési jogát nem szorítják kellően korlátok közé.

Második jogeset az A. Menarini Industrie Farmaceutiche riunite Srl és társai kontra Ministero della salute (Egészségügyi Minisztérium) és Agenzia Italiana del Farmaco (az olasz gyógyszerügynökség) (C-352/07.) ügy. Az olasz bíróság előzetes döntéshozatali eljárás keretein belül azt kérdezte az Európai Bíróságtól, hogy a gyógyszerár meghatározás alábbi, olaszországi gyakorlata megfelel-e az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek árának megállapítását, valamint a nemzeti egészségbiztosítási rendszerekbe történő felvételüket szabályozó intézkedések átláthatóságáról szóló 89/105/EGK tanácsi irányelvnek. 2005-2006-ban a gyógyszerfogyasztást és a Servizio Sanitario Nazionale (Olasz Egészségügyi Szolgálat) által fizetett gyógyszerköltségeket ellenőrző olasz gyógyszerügynökség, az Agenzia Italiana del Farmaco a Servizio Sanitario Nazionale gyógyszerkiadásai maximuma betartása érdekében gyógyszerár csökkentési intézkedéseket fogadott el. Ezen intézkedések ellen keresetet nyújtottak be a gyógyszer-értékesítő társaságok.

A Bíróság úgy határozott (2009. április 2.), hogy a tagállamok az egészségbiztosítási rendszerük pénzügyi egyensúlyának érdekében alakíthatják ki a szociális biztonsági rendszerüket, és ezen belül a gyógyszerkészítmények fogyasztásának szabályozását. A Bíróság válaszában először kiemelte, hogy a közösségi jog nem érinti a tagállamok szociális biztonsági rendszerük kialakítására vonatkozó hatáskörét, a tagállamok elfogadhatnak valamennyi gyógyszerre vagy a gyógyszerek meghatározott kategóriáira vonatkozó árcsökkentésből álló intézkedéseket, akkor is, ha ezeket az intézkedéseket nem előzte meg az árak befagyasztása. A csökkentési intézkedéseket egy év folyamán többször is alkalmazhatják, és ez több éven át ismétlődhet, feltéve, ha az árakat évente felülvizsgálják. Az irányelvvel nem ellentétes, ha a gyógyszerárak ellenőrzését célzó intézkedéseket a kiadások becslése alapján fogadják el, feltéve, hogy ez a becslés objektív és ellenőrizhető.

Harmadik az Uwe Rüffler kontra Dyrektor Izby Skarbowej we Wroclawiu Osrodek Zamiejscowy w Walbrzychu (Wrocław-i Adószerv Walbrzych-i Fiókirodájának igazgatója) (C-544/07.) ügy. Lengyelországban a lengyel egészségbiztosítási intézeteknek fizetett egészségbiztosítási járulékok a jövedelemadóból levonhatóak. Ebben az ügyben egy Lengyelországban lakó német állampolgár próbálta – sikertelenül – levonni a lengyelországi személyi jövedelemadójából a Németországban megfizetett egészségbiztosítási járulékokat. Az ügy a lengyel közigazgatási bíróság elé került, amely azt kérdezi az Európai Bíróságtól: ha egy belföldi illetőségű jogalany a Lengyelországban megadóztatott jövedelemből egy másik tagállam törvényes egészségbiztosítása részére fizet járulékot, ellentétes-e a közösségi joggal a jövedelemadóról szóló törvényben foglalt azon nemzeti rendelkezés, amely a törvényes egészségbiztosítás részére fizetett járulékok összegének a jövedelemadóból történő levonhatóságát biztosító jogot a nemzeti jog rendelkezései alapján fizetett járulékokra korlátozza? Azaz, hogy a más tagállamban megfizetett egészségbiztosítási járulékok lengyelországi jövedelemadóból való levonásának megtagadása összhangban van-e a közösségi joggal.

Az Európai Unió Bírósága ítélete (2009. április 23.) szerint az EU Szerződésbe ütközik az olyan tagállami szabályozás, amely ahhoz a feltételhez köti a befizetett egészségbiztosítási járulékoknak a jövedelemadó összegéből történő levonásához való jog biztosítását, hogy e járulékokat ebben a tagállamban fizették-e be a nemzeti jog rendelkezései alapján, és amely az ilyen adókedvezmény megtagadásához vezet, amennyiben az e tagállamban fizetendő jövedelemadó összegéből levonandó járulékokat más tagállam kötelező egészségbiztosítási rendszerébe fizették be. Tehát a lengyel joganyag ezen eleme ellentétes a közösségi joggal.

A negyedik ítélet 2009. május 19-én született a Bizottság kontra Olaszország, Apothekerkammer des Saarlandes és társai (C-531/06. illetve a C-171/07. és C-172/07.) egyesített ügyekben.

A jogesetekben az volt a kérdés, hogy ellentétesek-e a közösségi joggal az olasz, illetve a német jogszabályokban foglalt rendelkezések, amelyek a gyógyszertárak tulajdonlását és üzemeltetését gyógyszerész diplomához kötik.

Az Apothekerkammer des Saarlandes és társai ügyek alapja az volt, hogy a Saar-vidéki illetékes minisztérium engedélyt adott a holland DocMorris részvénytársaság részére, hogy Saarbrückenben fiókgyógyszertárat alapítsanak. A német gyógyszerészek és szakmai testületeik keresetet indítottak a döntés ellen, arra hivatkozva, hogy ellentétes a német joggal, amely kizárólag gyógyszerészek számára engedélyezi a patikaalapítást és a gyógyszertárak működtetését.

Az olasz ügyben a Bizottság azzal a kéréssel fordult a Bírósághoz, hogy állapítsa meg, hogy az olasz jogrend, mely kizárólag gyógyszerészek számára tartja fenn a gyógyszertárak alapításának és üzemeltetésének jogát, teljesíti-e a közösségi jogból eredő kötelességeit.

A Bíróság ítéletében kiemeli, hogy a gyógyszerészi képesítéssel nem rendelkezők kizárása a gyógyszertárak üzemeltetéséből és a gyógyszertárat üzemeltető társaságokban való részesedésszerzés lehetőségéből, a letelepedés szabadságának és a tőke szabad mozgásának korlátozását képezi. De a korlátozás igazolható a lakosság megbízható és színvonalas gyógyszerellátásának biztosítására irányuló céllal, a tagállam mérlegelési jogkörén belül vélheti úgy, hogy a gyógyszerészi képesítéssel nem rendelkezők által történő gyógyszertár-üzemeltetés kockázatot jelenthet a közegészségügy vonatkozásában. A döntés eredményeként a Bíróság úgy határozott, hogy nem ellentétes a letelepedés szabadsága és a tőke szabad mozgásának elvével az olyan nemzeti szabályozás, amely megakadályozza, hogy a gyógyszerészi képesítéssel nem rendelkező személyek gyógyszertár tulajdonjogát megszerezhessék, illetve gyógyszertárat üzemeltethessenek.

Végül az Európai Unió Bírósága 2009. október 6-i ítélete a GlaxoSmithKline Services Unlited (GSK) által egy korábbi ítélet (T-168/01.¹) ellen benyújtott fellebbezés (C-501/06.) kérdésben. A fellebbező kérte az Európai Bíróságot, hogy egyrésztől semmisítse meg az Elsőfokú Bíróság ítéletét, vagy hozzon a jogszerűség által megkövetelt más intézkedést; valamint kötelezze az alapeljárás alpereseit a GSK költségeinek viselésére.

A GSK szerint a megtámadott ítéletet meg kell semmisíteni, kérelmének alátámasztására az alábbi jogalapokra hivatkozik:

- ▶ az Elsőfokú Bíróság helytelenül állapította meg, hogy az általános értékesítési feltételek jelentős versenyellenes hatást fejtenek ki, és ezért sértik az Európai Uniót létrehozó Szerződést, mivel nem megfelelően értékelte a fenti szerződési feltételek jogi és gazdasági hátterét. Ezen túlmenően az Elsőfokú Bíróság által hivatkozott márkán belüli árverseny maga is versenytorzulás eredménye, továbbá az Elsőfokú Bíróság arra az állítólagnak elenyésző előnyre alapozta megállapításait, amelyben az importáló országok végső fogyasztói a spanyol nagykereskedőknek a márkán belüli versenyében való közreműködéséből eredően részesültek;
- ▶ Az Elsőfokú Bíróságnak nem volt hatásköre a betegekre, valamint a gyógyszereiket fizető egyéb jogalanyokra gyakorolt lehetséges hatással kapcsolatos ténybeli következtetéseket levonni, mivel a megtámadott határozatban semmi sem adott alapot ilyen következtetések levonására.

Az Európai Közösségek Bírósága a fellebbezést elutasította.

¹ **GlaxoSmithKline Services Unlimited kontra Európai Közösségek Bizottsága**

Az ügyben az Elsőfokú Bíróság részben megsemmisítette azt a határozatot, amely megtiltotta, hogy a GSK a térítés helyének függvényében differenciált árakon értékesítse gyógyszereit.

A Glaxo Wellcome 1998 márciusában általános értékesítési feltételeket fogadott el, amelyek előírták, hogy gyógyszereit differenciált áron adja el a spanyol nagykereskedőknek, annak függvényében, hogy melyik nemzeti betegbiztosítási rendszer viseli annak költségét. A gyakorlatban azon gyógyszereket, amelyeket arra szántak, hogy költségüket a Közösség más tagállamában térítsék meg, magasabb áron kínálják, mint amelyeket arra szántak, hogy költségüket Spanyolországban térítsék meg. E rendszert azért vezették be, hogy a gyógyszerek párhuzamos kereskedelmét korlátozzák, egyfelől Spanyolország - ahol a közigazgatás maximumát állapít meg -, másfelől más tagállamok, különösen az Egyesült Királyság - ahol az árak magasabb szinten alakulnak - között, annak érdekében, hogy az így elért többletbevételt innovációra fordítsák. A GSK az általános szerződési feltételeket bejelentette a Bíróságnak annak érdekében, hogy megállapítsa, hogy nem sértik a közösségi versenyjogot, vagy ennek hiányában, hogy mentesítse azokat, mint a műszaki fejlődés előmozdításához hozzájáruló megállapodást. A Bizottság azonban úgy határozott, hogy a közösségi versenyjog értelmében a GSK által beterjesztett általános értékesítési feltételek jogellenesek, mivel versenykorlátozóak. Valamint azt is megállapította, hogy a GSK által meghatározott mentességi érvek nem felelnek meg a kedvezményben való részesülés feltételeinek. Az Elsőfokú Bíróság úgy határozott, hogy ugyan a Bizottság joggal állapította meg, hogy a gyógyszerceg által szabott általános értékesítési feltételek korlátozzák a versenyt, azzal, hogy akadályozzák a gyógyszerek árának és költségeinek csökkenését, nem vizsgálta megfelelően, hogy azok járhatnak-e gazdasági előnnyel, ha hozzájárulnak a gyógyszerpiaci innovációjához. Emiatt a Bizottságnak újra meg kell vizsgálni a kérelmet, ha a GSK ezt továbbra is kéri.

2. Adatok, statisztikák

2.1. Egészségügyi keresetek és létszámok

Dr. Veres Előd

Módszertan

Az ESKI 2003 óta gyűjti és dolgozza fel az egészségügyi ágazat létszám- és bérstatisztika adatait, a munkaügyi adatok gondozását korábban a GYÓGYINFOK végezte, az 1995-2003 közötti feldolgozásokat lásd: <http://www.gyogyinfok.hu/magyar/archiv.html>.

Az adatgyűjtést ill. adatátvételt az Országos Statisztikai Adatgyűjtési Program (OSAP) rendeli el, 1626, ill. 2204 nyilvántartási számokon.

A Magyar Államkincstártól havonta átvett munkaügyi adatokból negyedéves összefoglalásokat készítünk, a negyedéves összefoglalások az előző év, az előző azonos negyedév, ill. hónap átlagos havi bér- és létszám-statisztikai adatait tartalmazzák, a változásokat százalékokban mutatják. Mivel a negyedéves feldolgozások a Magyar Államkincstár bérszámfejtési körébe tartozó mintegy 130 nagyobb egészségügyi szolgáltató (kórház, rendelőintézet) több mint 40 000 munkajogviszonyban álló alkalmazottjának részletes munkaügyi adatain alapulnak, a feldolgozásokban közölt adatok – a kórházak és rendelőintézetek munkajogviszonyban álló dolgozóinak majd 1/3-át lefedő – mintából történő becsléseknek tekinthetők.

A negyedéves összegzések az alábbi weblapunkról tölthetők le:

<http://www.eski.hu/new3/adatok/berstatisztika/negyedev-es-CD/index.htm>

A Magyar Államkincstártól átvett munkaügyi adatokat évente kiegészítjük az önálló bérszámfejtésű egészségügyi intézetek munkaügyi adataival, az 5 kötetbe foglalt összegzés 1-4 kötete a közszolgáltatásban résztvevő egészségügyi szolgáltatók munkajogviszonyban álló dolgozóinak részletes bér- és létszám-statisztikai adatait tartalmazza. Ez az adatgyűjtés nem terjed ki a vállalkozási, vagy egyéni gazdasági tevékenység formájában működő azon egészségügyi szolgáltatókra, amelyek nem fekvő-, ill. járóbeteg szakellátást nyújtanak – lásd pl. háziorvosi szolgálatok.

Szemben az éves statisztikai feldolgozás 1-4 kötetével, az éves összegzés 5. kötete – munkaügyi adatok híján – pénzügyi vonatkozásaiban tárgyalja a közreműködői szerződéssel foglalkoztatott egészségügyi dolgozók, ill. szolgáltatók helyzetét: a közreműködői szerződéseinek számát és a kifizetett éves közreműködői díjakat, az egy szerződésre jutó éves átlagos közreműködői díjat szakmacsoportok, az egészségügyi szolgáltató típusa, diagnosztikai típusok, egészségügyi szakfeladatok stb. szerint mutatja be.

Az éves összegzések az alábbi weblapunkról tölthetők le:

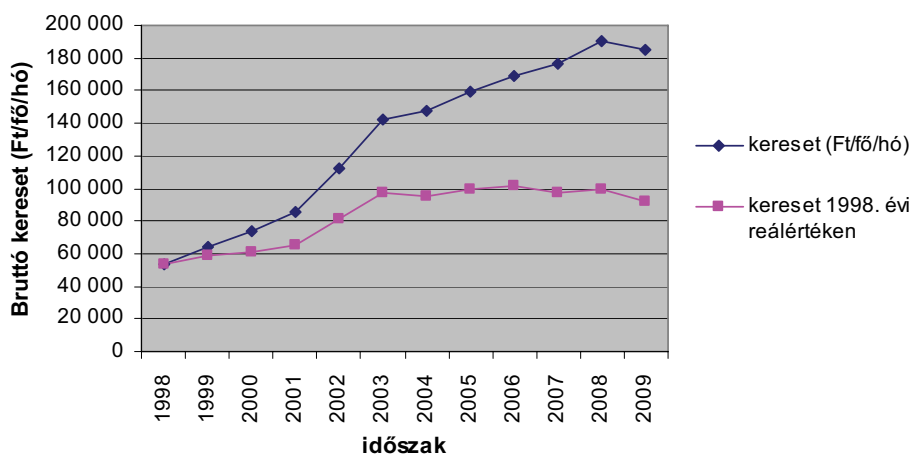
<http://www.eski.hu/new3/adatok/berstatisztika/OSAP1626-es-es-CD/index.htm>

Keresetek alakulása az ágazatban

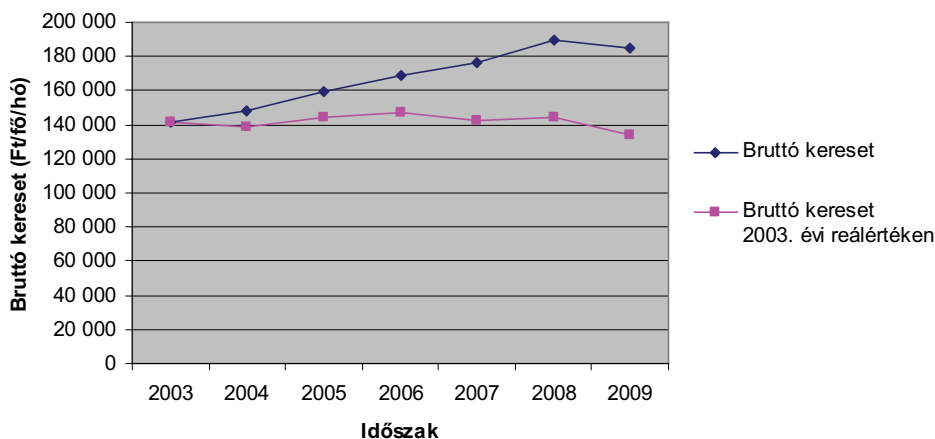
Az 1999-től 2009-ig terjedő 10 évben a teljes munkaidőben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók névértéken vett havi bruttó keresete mindig magasabb volt, mint az előző évben, kivéve 2009-et, mikor a nominális bruttó kereset 2,9%-kal alacsonyabb volt, mint az előző évi: az egy főre jutó havi bruttó átlagkereset 2008-ban 189 927 Ft volt, 2009-ben 184 494 Ft.

Szemben a névértéken vett bruttó keresetek alakulásával, az éves infláció figyelembevételével számolt bruttó reálkeresetek már 2003-tól a stagnálás és visszaesés jeleit mutatják: 2003-tól az ágazatban dolgozók bruttó keresetének vásárlóértéke jelentősen nem emelkedett, 2009-ben pedig a 2003-as szint alá csökkent: a 2009. évi nominális bruttó átlagkereset 2003. évi reálértéken 134 409 Ft volt, 5,2%-kal kevesebb, mint a 2003-as bruttó nominális átlagkereset (lásd: 2.1.1. ábra, 2.1.2. ábra, 2.1.1. táblázat).

2.1.1. ábra: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak bruttó keresete, 1999-2009



2.1.2. ábra: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak bruttó keresete, 2003-2009

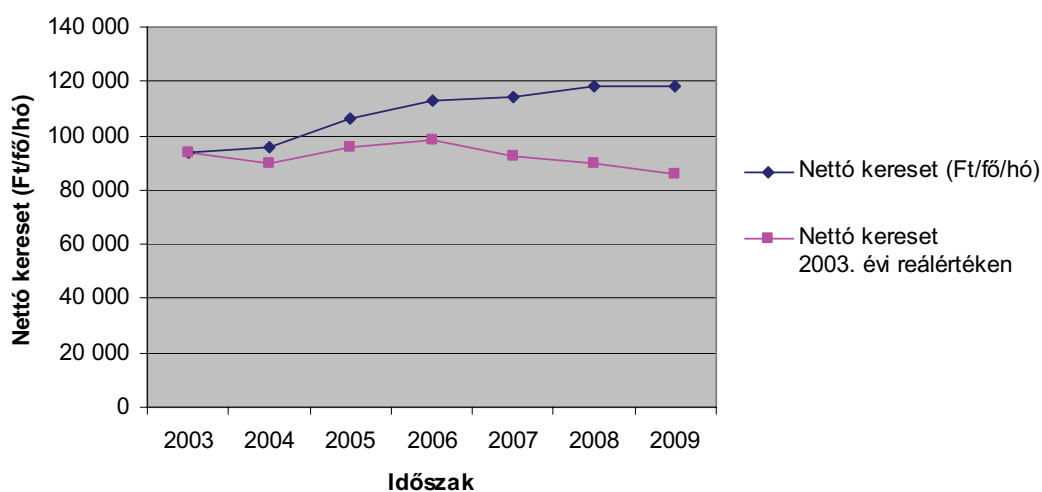


2.1.1. táblázat: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak bruttó keresete, 2003-2009

ÉV	Bruttó kereset (Ft/fő/hó)	Bruttó kereset 2003. évi reálértéken	Árindex	Kumulált Árindex
2003	141 798	141 798	104,7	100,0
2004	148 036	138 610	106,8	106,8
2005	159 409	144 073	103,6	110,6
2006	169 249	147 224	103,9	115,0
2007	176 626	142 260	108,0	124,2
2008	189 927	144 179	106,1	131,7
2009	184 494	134 409	104,2	137,3

A nominális értéken vett bruttó keresetek alakulásához hasonló tendenciát mutat a nominális nettó keresetek alakulása, de – az inflációt figyelembe véve – utóbbiak vásárlóértéke már 2007-től csökkenő tendenciát mutat: a nettó keresetek 2007-ben 1,5%-kal, 2008-ban 3,9%-kal, 2009-ben 8,2%-kal kevesebbet értek, mint a 2003-as nettó átlagkereset (lásd: 2.1.3. ábra, 2.1.2. táblázat).

2.1.3. ábra: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak nettó keresete 2003-2009



2.1.2. táblázat: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak nettó keresete

ÉV	Nettó kereset (Ft/fő/hó)	Nettó kereset 2003. évi reálértéken	Árindex	Kumulált Árindex
2003	93 603	93 603	104,7	100,0
2004	95 844	89 742	106,8	106,8
2005	106 143	95 931	103,6	110,6
2006	113 225	98 491	103,9	115,0
2007	114 477	92 204	108,0	124,2
2008	118 482	89 943	106,1	131,7
2009	117 949	85 929	104,2	137,3

Bruttó keresetek változása 2009-ben

A 2009-es bruttó jövedelem visszaesését alapvetően az okozta, hogy megszűnt a tizenharmadik havi illetmény, helyette csökkentett mértékben kereset-kiegészítést fizettek, amely 2009. júliustól tovább csökkent, 149 ezer Ft havi fizetés felett megszűnt. A tizenharmadik havi illetmény és a kereset kiegészítés bérelem együttesen 49,2 %-kal (9 711 Ft/fő/hó) csökkent az előző évihez mérten (2.1.3., 2.1.4. táblázat).

**2.1.3. táblázat: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak illetményei (Ft/fő/hó)
2003-2009**

ÉV	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Alapilletmény	90 733	101 543	107 590	114 456	118 786	127 813	131 799
Illetménypótlék	16 785	18 706	20 742	21 315	21 580	22 435	22 183
Illetmény kiegészítés	1 879	2 397	2 487	3 727	4 162	5 748	8 447
Egyéb túlmunka	11 700	7 441	5 436	5 602	4 767	5 529	5 167
Tizenharmadik havi illetmény	7 464	4 933	9 269	9 921	14 481	13 972	1 562
Jutalom	4 526	4 175	4 737	3 740	2 389	2 914	3 746
Ügyeleti, készenléti díj	7 002	7 101	7 343	8 467	8 595	8 520	8 154
Túlmunka díj	1 709	1 740	1 805	2 021	1 866	2 997	3 435
Kereset	141 798	148 036	159 409	169 249	176 626	189 927	184 494
Egyéb személyi juttatás	3 994	5 284	6 129	6 139	6 369	7 878	8 645
Jövedelem	145 792	153 320	165 539	175 388	182 995	197 805	193 139

**2.1.4. táblázat: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak illetményeinek változása (%)
2003-2009**

	2004/2003	2005/2004	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008
Alapilletmény	111,9	106,0	106,4	103,8	107,6	103,1
Illetménypótlék	111,4	110,9	102,8	101,2	104,0	98,9
Illetmény kiegészítés	127,6	103,8	149,8	111,7	138,1	147,0
Egyéb túlmunka	63,6	73,1	103,1	85,1	116,0	93,5
Tizenharmadik havi illetmény	66,1	187,9	107,0	146,0	96,5	11,2
Jutalom	92,3	113,4	79,0	63,9	121,9	128,6
Ügyeleti, készenléti díj	101,4	103,4	115,3	101,5	99,1	95,7
Túlmunka díj	101,8	103,7	112,0	92,3	160,6	114,6
Kereset	104,4	107,7	106,2	104,4	107,5	97,1
Egyéb személyi juttatás	132,3	116,0	100,2	103,8	123,7	109,7
Jövedelem	105,2	108,0	105,9	104,3	108,1	97,6

2009-ben a bruttó keresetek csökkenése az egészségügyi dolgozók mindhárom kategóriájában megfigyelhető (2.1.5. táblázat):

- ▶ Az orvosok bruttó keresete 2009-ben 339 103 Ft/fő/hó volt, 2,7 %-kal (9 544 Ft/fő/hó) kevesebb, mint az előző évben;
- ▶ az egészségügyi szakdolgozók bruttó keresete 2009-ben 169 777 Ft/fő/hó volt, 2,7 %-kal (4 764 Ft/fő/hó) kevesebb, mint az előző évben volt;
- ▶ az egyéb egészségügyi foglalkoztatottak bruttó keresete 2009-ben 148 491 Ft/fő/hó volt, 2,2 %-kal (3 271 Ft/fő/hó) kevesebb, mint az előző évben volt.

2.1.5. táblázat: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak átlagos havi bruttó keresete fő munkaköri csoportonként (Ft/fő/hó)

Fő munkaköri csoportok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Orvos	261 580	273 110	286 639	307 187	321 981	348 647	339 103
Egészségügyi szakdolgozó	132 019	136 371	147 178	155 458	162 259	174 541	169 777
Egyéb egészségügyi dolgozó	112 368	115 748	128 147	135 509	142 732	151 762	148 491
Összesen	141 798	148 036	159 409	169 249	176 626	189 927	184 494

	Változás (%)						
Fő munkaköri csoportok	2004/ 2003	2005/ 2004	2006/ 2005	2007/ 2006	2008/ 2007	2009/ 2008	
Orvos	104,4	105,0	107,2	104,8	108,3	97,3	
Egészségügyi szakdolgozó	103,3	107,9	105,6	104,4	107,6	97,3	
Egyéb egészségügyi dolgozó	103,0	110,7	105,7	105,3	106,3	97,8	
Összesen	104,4	107,7	106,2	104,4	107,5	97,1	

Nettó keresetek változása 2009-ben

A nettó keresetek csak kis mértékben csökkentek az előző évihez mérten, mert a bruttó keresetek csökkenését az SZJA alsó adókulcsának 200 ezer forintos sávhatár emelése a nettó keresetek esetében kompenzálta. Összességében az átlagos nettó kereset 0,4 %-kal (533 Ft/fő/hó) csökkent az előző évihez mérten.

A nettó keresetek változása különböző mértékben érintette az egyes foglalkozási csoportokat (2.1.6. táblázat):

- ▶ az orvosok nettó keresete 2009-ben 188 969 Ft/fő/hó volt, 0,8 %-kal (1 590 Ft/fő/hó) alacsonyabb az előző évinél;
- ▶ az egészségügyi szakdolgozók nettó keresete 2009-ben 111 849 Ft/fő/hó volt, nem változott az előző évihez mérten;
- ▶ az egyéb egészségügyi foglalkoztatottak nettó keresete 2009-ben 100 377 Ft/fő/hó volt, 0,4 %-kal (381 Ft/fő/hó) alacsonyabb az előző évinél.

2.1.6. táblázat: Teljes munkaidőben foglalkoztatottak átlagos havi nettó keresete fő munkaköri csoportonként (Ft/fő/hó)

Fő munkaköri csoportok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Orvos	150 303	155 853	168 593	182 589	187 006	190 559	188 969
Egészségügyi szakdolgozó	89 414	90 640	100 441	106 626	107 464	111 781	111 849
Egyéb egészségügyi dolgozó	79 148	79 995	90 427	95 818	97 358	100 758	100 377
Összesen	93 603	95 844	106 143	113 225	114 477	118 482	117 949
Változás (%)							
Fő munkaköri csoportok	2004/ 2003	2005/ 2004	2006/ 2005	2007/ 2006	2008/ 2007	2009/ 2008	
Orvos	103,7	108,2	108,3	102,4	101,9	99,2	
Egészségügyi szakdolgozó	101,4	110,8	106,2	100,8	104	100,1	
Egyéb egészségügyi dolgozó	101,1	113	106	101,6	103,5	99,6	
Összesen	102,4	110,7	106,7	101,1	103,5	99,6	

A kereset változása a nemzetgazdasági átlag változásának összehasonlításában

2009-ben a nemzetgazdasági átlagkereset 199 775 Ft/fő/hó volt, 7,6 %-kal magasabb, mint az egészségügyi ágazatban megfigyelt bruttó átlagkereset (184 494 Ft/fő/hó).

Mivel 2009-ben a nemzetgazdasági átlagkereset 0,4%-os mértékben növekedett az előző évhez képest, az egészségügyi ágazatban tapasztalt 2,9 %-os bruttó keresetcsökkenés összességében 3,3%-kal növelte az egészségügyi dolgozók kereset-pozíciójának lemaradását (2.1.7. táblázat).

2.1.7. táblázat

	2008	2009	2009=100%
Nemzetgazdasági átlagkereset	198 964 Ft	199 775 Ft	100,40%
Egészségügyi átlagkereset	189 927 Ft	184 494 Ft	97,10%
Nemzetgazdasági átlagkereset = 100%	95,50%	92,40%	96,70%

Létszám

2003-2009 között a kórházakban és szakrendelő intézetekben foglalkoztatottak éves átlagos statisztikai létszáma 16,5%-kal csökkent: 2003-ban 129 048 főt, 2009-ben 107 763 főt foglalkoztattak kórházakban és szakrendelő intézetekben (2.1.8. táblázat).

2003 és 2009 között az orvosok és egészségügyi szakdolgozók létszám-csökkenése hasonló mértékű (orvosoké 11,4%-os, egészségügyi szakdolgozóké 11,3%-os), az egyéb egészségügyi dolgozók létszám-csökkenése viszont jelentősebb (24,3%).

2.1.8. táblázat: Kórházak és szakrendelő intézetek teljes munkaidős foglalkoztatotti létszáma (Ft/fő/hó)

Fő munkaköri csoportok	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Orvos	19 503	21 675	21 178	19 802	19 350	17 999	17 285
Egészségügyi szakdolgozó	58 133	59 506	58 830	58 447	55 746	52 428	51 567
Egyéb egészségügyi dolgozó	51 412	51 660	50 346	47 104	43 990	39 478	38 911
Összesen	129 048	132 841	130 355	125 353	119 086	109 904	107 763

Változás (%)							
Fő munkaköri csoportok	2004/ 2003	2005/ 2004	2006/ 2005	2007/ 2006	2008/ 2007	2009/ 2008	
Orvos	111,1	97,7	93,5	97,7	93,0	96,0	
Egészségügyi szakdolgozó	102,4	98,9	99,3	95,4	94,0	98,4	
Egyéb egészségügyi dolgozó	100,5	97,5	93,6	93,4	89,7	98,6	
Összesen	102,9	98,1	96,2	95,0	92,3	98,1	

Változás (fő)							
Fő munkaköri csoportok	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Orvos	2 172	-497	-1 376	-452	-1 351	-714	
Egészségügyi szakdolgozó	1 374	-676	-383	-2 701	-3 319	-861	
Egyéb egészségügyi dolgozó	247	-1 313	-3 243	-3 114	-4 512	-567	
Összesen	3 793	-2 485	-5 002	-6 267	-9 182	-2 142	

2005-2009 között az ÁNTSZ-nél foglalkoztatottak éves átlagos statisztikai létszáma 26,5%-kal csökkent: 2005-ben 5 651 főt, 2009-ben 4 152 főt foglalkoztattak az ÁNTSZ intézeteiben.

2005-2009 között az Országos Mentőszolgálatnál is csökkent a foglalkoztatottak száma (2005-höz képest 3,1%-kal), igaz, az átlagos statisztikai létszám az előző évihez képest 2009-ben 1,4%-kal (100 fővel) emelkedett.

Bértömeg

A kórházakban és szakrendelő intézetekben foglalkoztatottak átlagos statisztikai létszámából, valamint ezek nominális bruttó jövedelméből (egyéb béren kívüli juttatások összegével növelt nominális keresetéből) számolt bértömeg 2003-tól 2006-ig emelkedett (2006-ban a kiáramló bértömeg a 2003-as bértömeg 112,5%-a), ezt követően lassan, majd 2009-ben az előző évi bértömeghez képest 4,8%-kal (12 068,4 millió Ft/év) csökkent (2.1.9. táblázat).

**2.1.9. táblázat: Kórházak és szakrendelő intézetek bértömege,
2003-2009**

Időszak	Jövedelem összesen (Ft/fő/hó)	Létszám (fő)	Bértömeg (ezer Ft/hó)	Éves bértömeg (millió Ft/év)
2009	183 427	107 763	19 766 561	237 198,7
2008	189 003	109 904	20 772 264	249 267,2
2007	174 891	119 086	20 827 091	249 925,1
2006	166 813	125 353	20 910 540	250 926,5
2005	157 675	130 355	20 553 777	246 645,3
2004	146 376	132 841	19 444 708	233 336,5
2003	144 008	129 048	18 583 958	223 007,5
Változás az előző év százalékában (%)				
2009/2008	97,0	98,1	95,2	95,2
2008/2007	108,1	92,3	99,7	99,7
2007/2006	104,8	95,0	99,6	99,6
2006/2005	105,8	96,2	101,7	101,7
2005/2004	107,7	98,1	105,7	105,7
2004/2003	101,6	102,9	104,6	104,6
Változás az előző évihez, különbség				
2009-2008	-5 576	-2 142	-1 005 703	-12 068
2008-2007	14 112	-9 182	-54 827	-658
2007-2006	8 078	-6 267	-83 449	-1 001
2006-2005	9 138	-5 002	356 763	4 281
2005-2004	11 299	-2 485	1 109 068	13 309
2004-2003	2 368	3 793	860 750	10 329

A kórházak és szakrendelő intézetek bértömegéhez hasonlóan, 2006-tól az ÁNTSZ bértömege is csökkent: az előző évi bértömeghez képest 2007-ben 8,2%-kal, 2008-ban 8,5%-kal, 2009-ben 6,1%-kal (2.1.10. táblázat).

**2.1.10. táblázat: ÁNTSZ intézetek bértömege,
2005-2009**

Időszak	Jövedelem összesen (Ft/fő/hó)	Létszám (fő)	Bértömeg (ezer Ft/hó)	Éves bértömeg (millió Ft/év)
2009	250 190	4 152	1 038 689	12 464,3
2008	269 080	4 112	1 106 457	13 277,5
2007	265 340	4 559	1 209 659	14 515,9
2006	241 163	5 463	1 317 394	15 808,7
2005	211 923	5 651	1 197 640	14 371,7
Változás az előző év százalékában (%)				
2009/2008	93,0	101,0	93,9	93,9
2008/2007	101,4	90,2	91,5	91,5
2007/2006	110,0	83,5	91,8	91,8
2006/2005	113,8	96,7	110,0	110,0
Változás az előző évihez, különbség				
2009-2008	-18 890	40	-67 768	-813
2008-2007	3 740	-447	-103 202	-1 238
2007-2006	24 177	-904	-107 736	-1 293
2006-2005	29 240	-189	119 754	1 437

Az Országos Mentőszolgálat bértömege 2005-2009 között összességében 12,7%-kal emelkedett, 2008-ban és 2009-ben az előző évhez képest 4,9%-kal (2.1.11. táblázat).

**2.1.11. táblázat: Országos Mentőszolgálat bértömege,
2005-2009**

Időszak	Jövedelem összesen (Ft/fő/hó)	Létszám (fő)	Bértömeg (ezer Ft/hó)	Éves bértömeg (millió Ft/év)
2009	166 411	7 096	1 180 803	14 169,6
2008	160 921	6 996	1 125 787	13 509,4
2007	149 324	7 184	1 072 699	12 872,4
2006	153 262	7 224	1 107 149	13 285,8
2005	143 140	7 321	1 047 856	12 574,3
Változás az előző év százalékában (%)				
2009/2008	103,4	101,4	104,9	104,9
2008/2007	107,8	97,4	104,9	104,9
2007/2006	97,4	99,4	96,9	96,9
2006/2005	107,1	98,7	105,7	105,7
Változás az előző évihez, különbség				
2009-2008	5 490	100	55 015	660
2008-2007	11 597	-188	53 088	637
2007-2006	-3 938	-40	-34 451	-413
2006-2005	10 122	-97	59 293	712

2.2. Beruházások, felújítások

Hajdu Jenő

Adatszolgáltatói kör: Az önkormányzati felügyelet alá tartozó egészségügyi intézetek, intézmények és a felügyeletet ellátó önkormányzatok, az OSAP 1576. sz. adatgyűjtés alapján.

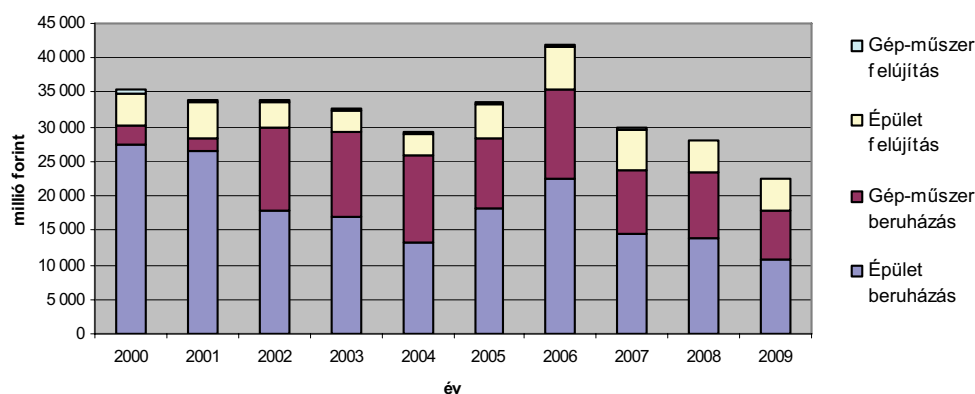
Az OSAP 1576. sz. adatgyűjtés célja az önkormányzati szféra intézményei, valamint a települési és megyei önkormányzatok egészségügyi célú fejlesztéseiről történő mélyebb tájékozódás. Az állami, egyházi, valamint a magán intézetek nem tartoznak az adatgyűjtés körébe. A jelentés továbbá intézetekről és intézményekről tájékozik (polgármesteri hivatalok, megyei közgyűlési hivatalok, kórházak, rendelőintézetek, gondozóintézetek, védőnői szolgálatok...), ezért a háziorvosok nem rendelőintézetekhez köthető kiadásai szintén nem képezik az adatgyűjtés tárgyát.

Tényleges fejlesztési teljesítések 2000-2009

**2.2.1. táblázat: Beruházási és felújítási teljesítés főbb költségtípus szerint,
2000-2009 (millió Ft)**

Év	Épület beruházás	Gép-műszer beruházás	Épület felújítás	Gép-műszer felújítás	Összesen
2000	27 428	2 901	4 636	555	35 521
2001	26 503	1 998	5 015	501	34 016
2002	17 804	12 112	3 746	254	33 916
2003	16 946	12 332	3 075	223	32 576
2004	13 221	12 548	3 306	147	29 222
2005	18 189	10 089	4 974	354	33 606
2006	22 558	12 907	6 150	270	41 886
2007	14 448	9 329	5 777	489	30 043
2008	13 746	9 590	4 718	114	28 167
2009	10 657	7 103	4 789	70	22 620

2.2.1. ábra: Beruházási és felújítási teljesítés főbb költségtípus szerint, 2000-2009



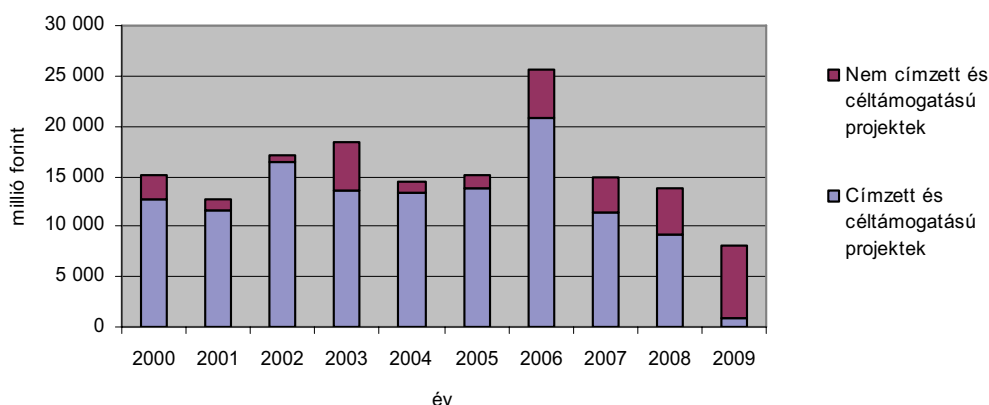
Az évtized első éveiben az épületre fordított beruházási kiadások dominálták a fejlesztéseket. **2002-től a gép-műszer beruházások, illetve az épületre fordított felújítások mind összegükben, mind a fejlesztési kiadások szerkezetén belüli arányaikat tekintve jelentősen megemelkedtek.**

Kiemelt fejlesztési projektek kiadásai 2000-2009

2.2.2. táblázat: A 100 millió forint teljes költségvetést meghaladó projektek tényleges tárgyévi kiadásai fő típusonként, 2000-2009 (millió Ft)

Év	Címzett és céltámogatású projektek	Nem címzett és céltámogatású projektek	Összesen
2000	12 670	2 520	15 189
2001	11 536	1 176	12 712
2002	16 390	710	17 100
2003	13 574	4 797	18 371
2004	13 293	1 214	14 507
2005	13 806	1 367	15 172
2006	20 827	4 763	25 591
2007	11 465	3 434	14 899
2008	9 122	4 731	13 853
2009	785	7 353	8 138

2.2.2. ábra: A 100 millió forint teljes költségvetést meghaladó projektek tényleges tárgyévi kiadásai fő típusonként, 2000-2009 (millió Ft)



A kiemelt költségvetésű (100 millió forint teljes költségvetést meghaladó) beruházási és rekonstrukciós projektek **tényleges tárgyévi kiadása a 2006. évi csúcsponttól csökkenő tendenciát mutat**. További figyelemre méltó jelenség ugyanakkor, hogy a címzett és céltámogatás rendszerének leépítéséhez alkalmazkodva **a nem címzett és céltámogatással megvalósuló projektek teljesítése nagymértékben erősödik**.

Fejlesztési teljesítések 2009

Beruházás-statisztikai jelentés 1969 önkormányzat (beleértve a felügyelete alá tartozó intézményeket) részéről érkezett. Ez a 3194 önkormányzat 61,6 százaléka. Az adatot jelentők közül 471 esetben volt, 1498 esetben nem volt tárgyévi beruházási vagy felújítási ráfordítás.

Beruházások és felújítások

Az egészségügyi célú beruházási és felújítási összkiadás döntő hányada beruházási kiadás. A 2009. évben az önkormányzati felügyelet alatt álló egészségügyi intézményekben beruházásra illetve felújításra 22,6 milliárd forintot fordítottak, amelynek jelentős részét, 78,8 százalékát a beruházási kiadás tette ki. A felújítások 4,9 milliárd forintos összege az összes költség 21,5 százalékát képezi.

A kiadások legnagyobb részben építési jellegű kiadások. Az **összkiadás** 68,3 százalékát, 15,4 milliárd forintot az építési kiadás adja, a gépekre, műszerekre fordított összeg

7,2 milliárd forint, amely az összköltség 31,7 százaléka. A **beruházási** kiadásokon belül az építési beruházások részaránya 60 százalék, amely összegben 10,7 milliárd forint, a gépműszer beruházások az összes beruházási költség 40 százalékát teszi ki, 7,2 milliárd forint értékben. A **felújítási** célokra fordított 4,9 milliárd forinton belül döntő mértékű arányeltolódás tapasztalható az építési felújítás javára. Az építési felújítás 4,8 milliárd forintja 98,6 százalékos részarányt jelent, a gépműszer felújításra fordított 70 millió forintos összeggel szemben, amely felújítási költség 1,4 százaléka.

A ráfordítás legnagyobb hányada az integrált járó- és fekvőbeteg szakellátó intézményekben jelenik meg. A 22,6 milliárd forint összkiadáson belül az **integrált járó- és fekvőbeteg szakellátó intézmények** részesedése 71,4 százalék, 16,2 milliárd forint. Az **önálló járóbeteg-ellátók** esetében a részesedés 23,3 százalék, 5,3 milliárd forint. Ez az arányosság áll fent az építési költségek tekintetében is, ahol az integrált járó- és fekvőbeteg ellátó intézetek 10,4 milliárd forintja a 15,4 milliárd forintos összes építési ráfordítás 67,5 százalékát teszi ki, az önálló járóbeteg-ellátók 4 milliárd forintja pedig ugyanennek 26 százaléka. A **gépekre, műszerekre** fordított beruházások és felújítások tekintetében az integráltan működő intézmények 5,7 milliárd forintos kiadása az összes gép-műszer költség 79,9 százaléka, míg az önálló járóbeteg-ellátók 1,2 milliárd forintja a 7,2 milliárd forint összes gépműszer ráfordításnak a 17,3 százaléka.

2.2.3. táblázat: Beruházási és felújítási teljesítés költségtípusonként, 2009. év
(ezer Ft, %)

Humán egészségügyi ellátás	Építés			Gép-műszer			Összesen		
	összeg	arány	Rész- arány	összeg	arány	Rész- arány	összeg	arány	Rész- arány
1. Integrált járó- és fekvőbeteg szakellátás	10 431 541	67,5%	100,0%	5 729 220	79,9%	100,0%	16 160 761	71,4%	100,0%
Beruházás központi költségvetésből	2 443 163	15,8%	23,4%	405 793	5,7%	7,1%	2 848 956	12,6%	17,6%
Beruházás saját forrásból	5 658 994	36,6%	54,2%	5 272 337	73,5%	92,0%	10 931 331	48,3%	67,6%
Beruházás együtt	8 102 157	52,5%	77,7%	5 678 130	79,2%	99,1%	13 780 287	60,9%	85,3%
Felújítás központi költségvetésből	240 402	1,6%	2,3%	765	0,0%	0,0%	241 167	1,1%	1,5%
Felújítás saját forrásból	2 088 982	13,5%	20,0%	50 325	0,7%	0,9%	2 139 307	9,5%	13,2%
Felújítás együtt	2 329 384	15,1%	22,3%	51 090	0,7%	0,9%	2 380 474	10,5%	14,7%
2. Önálló járóbeteg-ellátás	4 022 751	26,0%	100,0%	1 239 911	17,3%	100,0%	5 262 662	23,3%	100,0%
Beruházás	1 990 023	12,9%	49,5%	1 222 816	17,0%	98,6%	3 212 839	14,2%	61,0%
Felújítás	2 032 728	13,2%	50,5%	17 095	0,2%	1,4%	2 049 823	9,1%	39,0%
3. Egyéb eddig fel nem sorolt intézmény	992 350	6,4%	100,0%	203 902	2,8%	100,0%	1 196 252	5,3%	100,0%
Beruházás	565 168	3,7%	57,0%	202 472	2,8%	99,3%	767 640	3,4%	64,2%
Felújítás	427 182	2,8%	43,0%	1 430	0,0%	0,7%	428 612	1,9%	35,8%
4. Összesen (1+2+3)	15 446 642	100,0%	100,0%	7 173 033	100,0%	100,0%	22 619 675	100,0%	100,0%
Beruházás	10 657 348	69,0%	69,0%	7 103 418	99,0%	99,0%	17 760 766	78,5%	78,5%
Felújítás	4 789 294	31,0%	31,0%	69 615	1,0%	1,0%	4 858 909	21,5%	21,5%

Kiemelt fejlesztési projektek költségvetési tervei, 2009

Kiemelt teljes költségvetésű beruházások és rekonstrukciók

A kiemelt projektek teljes költségének nagyobb része nem címzett és céltámogatású. A kiemelt összegű, 100,0 millió forint feletti teljes költségű beruházásokról, rekonstrukciókról az önkormányzatok 75,8 milliárd forintnyi **teljes költséget** jelentettek, melynek 35,6 százaléka, 27 milliárd forint **címzett és céltámogatás** volt, míg az **egyéb** módon megvalósuló beruházás és rekonstrukció teljes költsége 48,8 milliárd forint, amely a teljes költségvetések 64,4 százalékát teszi ki.

A kiemelt projektek tényleges tárgyévi költségeinek döntő hányada nem címzett és céltámogatású. **Tényleges tárgyévi kiadásként** az önkormányzatok 8,1 milliárd forintot jelentettek, melynek mindössze 9,7 százaléka, 785 millió forint volt **címzett és céltámogatás**, 90,3 százaléka, 7,4 milliárd forint pedig **egyéb** módon megvalósuló beruházás, illetve rekonstrukció volt. A **tényleges tárgyévi kiadás** a teljes költségek 10,7 százalékát teszi ki, a **címzett és céltámogatással** megvalósuló beruházások és rekonstrukciók esetében ez az arány 2,9 százalék, az **egyéb** módon megvalósuló projektek esetében pedig 15,1 százalék.

2.2.4. táblázat: A 100,0 millió forint teljes költséget meghaladó beruházások és rekonstrukciók költségtípusonként, 2009. év
(ezer Ft, %)

A 100 millió Ft teljes költséget meghaladó beruházások, rekonstrukciók összesítése	Teljesítés a										További évek előirányzata	Teljes költség	
	beszámolási év előtt	beszámolási évben											
		(a) központi költségvetési forrásból		(b) saját költségvetési forrásból		összesen							
		(1)	(2a)	(2b)	(2)								
								összeg	arány	összeg			
Címzett és céltámogatással megvalósuló beruházások	13 709 828	74,6%	246 382	6,8%	539 098	11,9%	785 480	9,7%	12 501 139	25,3%	26 996 447	35,6%	
Megoszlás	50,8%		0,9%		2,0%		2,9%		46,3%		100,0%		
Egyéb (nem címzett, vagy céltámogatással megvalósuló) beruházások	4 674 500	25,4%	3 356 867	93,2%	3 995 959	88,1%	7 352 826	90,3%	36 813 112	74,7%	48 840 438	64,4%	
Megoszlás	9,6%		6,9%		8,2%		15,1%		75,4%		100,0%		
Összesen	18 384 328	100,0%	3 603 249	100,0%	4 535 057	100,0%	8 138 306	100,0%	49 314 251	100,0%	75 836 885	100,0%	
Megoszlás	24,2%		4,8%		6,0%		10,7%		65,0%		100,0%		

Bővebb információ a honlapunkon érhető el:

<http://www.eski.hu/new3/adatok/beruhazasstatistika/tablazatok/index.html>

2.3. Árinformáció az egészségügyi intézményekben

OSAP 1477/07 (229/2006 (XI.20.) Korm. rendelet alapján)

Károlyi Zsuzsanna

Az árinformációs rendszer az egészségügyi intézményeknél figyeli az árak változását a vásárolt termékek és szolgáltatások körében. Az adott időszak tényleges beszerzési mintája alapján méri az intézményi kiadások árváltozását a kiadások csoportjaiban, az intézményi kiadások szerkezete szerinti súlyozással pedig az ágazatban és az intézmény csoportokban.

Egészségügyi ágazat árindex

Az egészségügyi ágazat árindexe 2009-ben 106,5 %.

Az egészségügyi árindex 2009-ben magasabb, mint a lakossági (104,2 %). Az eltérést magyarázza, hogy az egészségügyi ágazat fogyasztói kosara jelentősen különbözik a lakosságitól. Az egészségügy kosarában lényegesen magasabb a gyógyszer, vegyszer, a szakmai anyagok és a vásárolt szolgáltatások csoportjának részaránya, az ételmezés részaránya pedig töredéke a lakosságinak.

A termék beszerzések árindexe 102,8 %, a szolgáltatások árindexe 110,5 %.

Főleg a szolgáltatási kiadások drágultak, de drágultak a szakmai anyagok és az egyéb anyagok is. Nem drágultak a gyógyszerek.

A 2009. II. félévi árindexet növelte a 2009. júliusi ÁFA változás (2007. évi CXXVII. Törvény). A korábbi 20 %-os ÁFA kulcs 25 %-ra növekedett. **Az ÁFA változása miatt a II. féléves egészségügyi árindex 2,14 %-kal magasabb.**

Fő termék csoportonként a 2.3.4.-es táblázatban láthatjuk az ÁFA nélküli és az ÁFA-val meghatározott árindexeket.

Az egészségügyi termék beszerzések 40 %-ának, és a szolgáltatási kiadások 63 %-ának nőtt az ÁFA-kulcsa.

Nem változott a gyógyszerek, az egészségügyi oxigén, az orvosi, radioaktív izotópok, a humán célú diagnosztikai reagensek, a könyvek, napilapok és a folyóiratok 5 %-os ÁFA-kulcsa.

Csökken a távhőszolgáltatás, a tej és tejtermékek, a gabona, liszt, keményítő vagy tej felhasználásával készült termékek korábbi 20 %-os ÁFA-kulcsa 18 %-ra.

Továbbra is adómentes maradt a postai szolgáltatás és a közszolgáltató által nyújtott humán egészségügyi ellátás.

Termékek árindexe

A termékek árindexe 2009-ben 102,8 %.

A termékek árindexe 2009-ben alacsony, mert a gyógyszerek nem drágultak, viszont a szakmai (gyógyászati) és az egyéb anyagok árai jelentősen emelkedtek.

A termékek csoportjában a legnagyobb részarányt a gyógyszerek és a szakmai anyagok képviselik. A gyógyszerek részaránya 52,4 %, a szakmai anyagoké pedig 24,6 % a termékek összesített csoportján belül.

gyógyszerek árindexe	99,9 %
szakmai anyagok árindexe	105,9 %
vegyszerek árindexe	102,5 %
élelmiszerek árindexe	101,3 %
hajtó és kenőanyagok árindexe	102,5 %
egyéb anyag	113,4 %
irodaszer, nyomtatvány	105,6 %

Szolgáltatások árindexe

A szolgáltatás-vásárlások árindexe 2009-ben 110,5 %, a kommunikációs szolgáltatások árindexe 111,5 %.

A szolgáltatási kiadások árindexe 2009-ben magas. A szolgáltatások jelentősen drágultak, jelentős részben a már említett ÁFA változás miatt.

Nem változott a vásárolt egészségügyi szolgáltatások forgalmi adója, a távhő és a meleg víz forgalmi adója csökkent.

A 2009. évi árindexek:

vásárolt egészségügyi szolgáltatások árindexe	113,7 %
vezetékes gázenergia árindexe	113,7 %
villamos energia árindexe	112,9 %
táv-hő és melegvíz szolgáltatás árindexe	108,0 %
víz és csatornadíjak árindexe	110,5 %
vásárolt élelmezés árindexe	105,2 %
bérleti és lízing díjak árindexe	106,4 %
egyéb üzemeltetési és fenntartási szolgáltatások	108,8 %
telefon díjak árindexe	98,7 %
adatátviteli célú távközlési díjak árindexe	102,6 %
postai szolgáltatások árindexe	121,8 %

A részletes adatok a Táblázatok, grafikonok címszó alatt láthatók, a negyedévenkénti aktuális összefoglalókat pedig a következő címen lehet elérni:

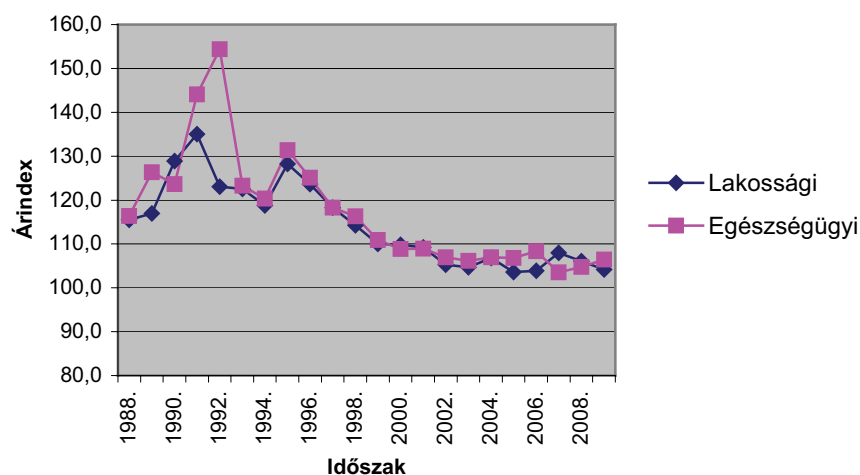
<http://www.eski.hu/new3/adatok/arinformacio/tablazatok/index.html>

Táblázatok és grafikonok

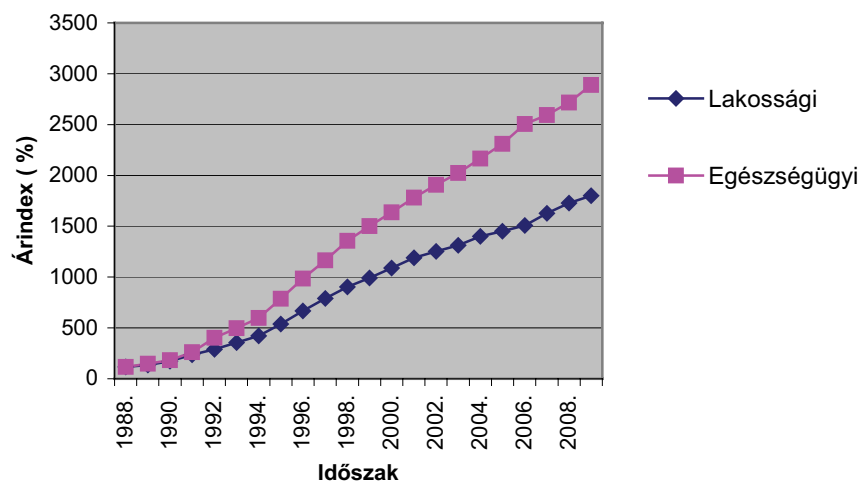
2.3.1. táblázat: Árindex idősor

Időszak	Árindex (%)		Kumulált árindex (%), 1987.év = 100 %	
	Lakossági	Egészségügyi	Lakossági	Egészségügyi
1988	115,5	116,4	115,5	116,4
1989	117,0	126,3	135,1	147,0
1990	128,9	123,6	174,2	181,7
1991	135,0	144,0	235,2	261,7
1992	123,0	154,4	289,2	404,0
1993	122,5	123,3	354,3	498,1
1994	118,8	120,3	420,9	599,2
1995	128,2	131,4	539,6	787,3
1996	123,6	125,1	667,0	984,9
1997	118,3	118,3	789,0	1 165,1
1998	114,3	116,3	901,9	1 355,0
1999	110,0	110,9	992,1	1 502,7
2000	109,8	108,9	1 089,3	1 635,9
2001	109,2	108,9	1 189,5	1 782,1
2002	105,3	107,0	1 252,6	1 906,3
2003	104,7	106,2	1 311,4	2 023,9
2004	106,8	106,9	1 400,6	2 164,1
2005	103,6	106,8	1 451,0	2 311,8
2006	103,9	108,3	1 507,6	2 504,4
2007	108,0	103,5	1 628,2	2 592,4
2008	106,1	104,7	1 727,5	2 715,1
2009	104,2	106,5	1 800,1	2 890,7
2009.I.név	103,0	104,7	1 779,4	2 842,3
2009.II.név	103,6	106,7		
2009.III.név	105,0	110,4		
2009.IV.név	105,2	104,1		
2009.I.félév	103,3	105,7	1 784,5	2 870,3
2009.I-III.név	103,9	107,3	1 794,9	2 912,3
2009.II.félév	105,1	107,2		

2.3.1. ábra: Egészségügyi és lakossági árindex (%)
 az előző év azonos időszaka = 100 %



2.3.2. ábra: Kumulált egészségügyi és lakossági árindex (%),
 1987. év = 100 %



2.3.2. táblázat: A fogyasztói kosár összetétele 2008

A javak főbb csoportjai	Értékarány	
	Lakossági	Egészségügyi
Élelmiszerek	31,36	4,39
Ruházkodási cikkek	4,75	0,14
Tartós fogyasztási cikkek	9,02	5,77
Energia	8,69	8,89
Gyógyszer, gyógyáru	3,81	42,06
Egyéb cikkek, üzemanyag	13,69	5,29
Szolgáltatások	28,68	33,45
Összesen	100,00	100,00

2.3.3. táblázat:

Az egészségügyi ágazat árindexe a dologi kiadások rovattétele szerint 2007-2009

Az előző év azonos időszaka = 100 %

ROVATTÉTEL	Árindex 2007. év	Árindex 2008. év	Árindex 2009. év
03/01 Élelmiszer	110,7	108,1	101,3
03/02 Gyógyszer	92,6	98,2	99,9
03/03 Vegyszer	100,4	103,2	102,5
03/04 Irodaszer, nyomtatvány beszerzése	103,1	104,1	105,6
03/05 Könyv			
03/06 Folyóirat beszerzése	159,1		106,0
03/07 Egyéb információhordozó beszerzése	103,6	100,6	104,5
03/09 Hajtó- és kenőanyagok beszerzése	99,7	99,7	102,5
03/10 Szakmai anyagok beszerzése	98,3	102,0	105,9
03/11 Kisértékű tárgyi eszköz, szellemi termékek beszerzése	99,1	105,9	104,0
03/12 Munkaruha, védőruha, formaruha, egyenruha	91,1	103,4	109,4
03/13 Egyéb anyagbeszerzés	97,6	102,8	113,4
03/14 KÉSZLETBESZERZÉS ÖSSZESEN (01 + + 13)	96,4	100,6	102,8
03/15 Nem adatátviteli célú távközlési díjak	108,0	104,5	98,7
03/16 Adatátviteli célú távközlési díjak	86,2	101,0	102,6
03/17 Egyéb kommunikációs szolgáltatások	98,1	111,3	121,8
03/18 KOMMUNIKÁCIÓS SZOLGÁLTATÁSOK (15+16+17)	103,2	107,5	111,5
03/19 Vásárolt ételmezés	113,2	127,4	105,2
03/20 Bérleti és lízing díjak			106,4
03/22 Szállítási szolgáltatás	107,8	111,3	110,7
03/23 Gázenergia-szolgáltatás díja	104,6	118,7	113,7
03/24 Villamosenergia-szolgáltatás díja	111,2	120,4	112,9
03/25 Távhő- és melegvíz-szolgáltatás díja	113,4	124,4	108,0
03/26 Víz- és csatornadíjak	108,1	111,0	110,5
03/27 Karbantartási, kisjavítási szolgáltatások kiadásai	115,7	102,0	110,3
03/28 Egyéb üzemeltetési, fenntartási szolg. kiadások	99,9	100,3	108,2
03/32 Vásárolt közszolgáltatások (egészségügyi szolgáltatások)	134,1	110,9	113,7
03/42 Szellemi tevékenység végzésére kifizetés	101,0	111,5	102,6
03/ SZOLGÁLTATÁSI KIADÁSOK (19+20+22+...+29+30+32+42)	112,9	109,7	110,5
03/43 Egyéb dologi kiadások		102,5	
03/44 DOLOGI KIADÁSOK ÖSSZESEN	103,5	104,7	106,5

2.3.4. táblázat:

Egészségügyi ágazat árindexe a dologi kiadások rovattétele szerint áfával és áfa nélkül 2010.

Az előző év azonos időszaka = 100 %

ROVATTÉTEL	Dologi kiadások részaránya (%)	ÁFA (%)		Árindex 2009. I. félév		Árindex 2009. II. félév		Árindex 2009.	
		2009. I. félév	2009. II. félév	ÁFA nélkül	ÁFA - val	ÁFA nélkül	ÁFA - val	ÁFA nélkül	ÁFA - val
03/01 Élelmiszer összesen	2,55	20,0	22,3	99,7	99,7	100,5	102,8	100,1	101,3
03/01/a Élelmiszer (tej, tejtermék, lisztes áruk)	1,00	20	18	100,6	100,6	96,8	92,9	98,7	96,7
03/01/b Élelmiszer	1,56	20	25	99,1	99,1	102,6	109,2	100,9	104,2
03/02 Gyógyszer	26,98	5	5	102,2	102,2	97,8	97,7	100,0	99,9
03/03 Vegyszer	3,03	5	5	102,8	102,8	102,1	102,1	102,5	102,5
03/04 Irodaszer, nyomtatvány beszerzése	0,78	20	25	104,2	104,2	102,7	107,0	103,4	105,6
03/05 Könyv	0,05	5	5						
03/06 Folyóirat beszerzése	0,16	5	5	101,4	101,4	115,2	115,2	106,0	106,0
03/07 Egyéb információhordozó beszerzése	0,05	20	25	103,5	103,5	101,3	105,6	102,4	104,5
03/09 Hajtó- és kenőanyagok beszerzése	0,74	20	25	109,3	109,3	91,9	95,7	100,6	102,5
03/10 Szakmai anyagok beszerzése	12,67	20	25	103,9	103,9	103,6	108,0	103,8	105,9
03/11 Kisértékű tárgyi eszköz, szellemi termékek beszerzése	0,73	20	25	103,0	103,0	100,7	104,9	101,9	104,0
03/12 Munkaruha, védőruha, formaruha, egyenruha	0,15	20	25	106,8	106,8	107,4	111,9	107,1	109,4
03/13 Egyéb anyagbeszerzés	3,60	20	25	105,9	105,9	116,0	120,8	110,9	113,4
03/14 KÉSZLETBESZERZÉS ÖSSZESEN (01+.....+13)	51,49	11,2	13,1	102,9	102,9	101,0	102,7	102,0	102,8
03/15 Nem adatátviteli célú távközlési díjak	0,74	20	25	93,2	93,2	100,0	104,2	96,6	98,7
03/16 Adatátviteli célú távközlési díjak	0,18	20	25	102,4	102,4	98,6	102,8	100,5	102,6
03/17 Egyéb kommunikációs szolgáltatások	1,07	0	0	135,8	135,8	106,2	107,9	121,0	121,8
03/18 KOMMUNIKÁCIÓS SZOLGÁLTATÁSOK (15+16+17)	1,98	9,3	11,6	116,9	116,9	103,2	106,1	110,1	111,5
03/19 Vásárolt ételmezés	1,98	20	25	103,5	103,5	102,7	107,0	103,1	105,2
03/20 Bérleti és lízing díjak	2,41	20	25	105,5	105,5	103,7	108,0	104,6	106,4
03/22 Szállítási szolgáltatás	0,42	20	25	101,7	101,7	114,9	119,6	108,3	110,7
03/23 Gázenergia-szolgáltatás díja	3,35	20	25	121,1	121,1	102,1	106,3	111,6	113,7
03/24 Villamosenergia-szolgáltatás díja	3,10	20	25	107,5	107,5	113,6	118,3	110,5	112,9
03/25 Távhő- és melegvíz-szolgáltatás díja	2,72	20	18	116,4	116,4	101,4	99,7	108,9	108,0
03/26 Víz- és csatornadíjak	1,39	20	25	106,9	106,9	109,5	114,1	108,2	110,5
03/27 Karbantartási, kisjavítási szolgáltatások kiadásai	4,19	20	25	108,9	108,9	107,2	111,7	108,1	110,3
03/28 Egyéb üzemeltetési, fenntartási szolg. kiadások	10,59	20	25	104,2	104,2	107,7	112,2	106,0	108,2
03/32 Vásárolt közszolgáltatások (egészségügyi szolgáltatások)	13,71	0	0	109,5	109,5	117,9	117,9	113,7	113,7
03/42 Szellemi tevékenység végzésére kifizetés	1,12	20	25	100,9	100,9	100,2	104,4	100,5	102,6
03/ SZOLGÁLTATÁSI KIADÁSOK (19+20+22+...+29+30+32+42)	44,98	13,9	17,0	108,5	108,5	109,9	112,6	109,2	110,5
03/43 Egyéb dologi kiadások	1,54	20	25	103,0	103,0	0,0			
03/44 DOLOGI KIADÁSOK ÖSSZESEN	100,00	12,5	15,0	105,7	105,7	105,1	107,2	105,4	106,5

2.3.5. táblázat: Egészségügyi árindex szakágazatonként

Az előző év azonos időszaka = 100 %

Időszak	Árindex					
	előző év azonos időszaka = 100 %					
	Egészségügyi ágazat					
	Egészségügyi ágazat összesen	ebből				Lakossági
		Kórházak	Szakrendelő intézetek	ÁNTSZ intézetek	OMSZ	
	%	%	%	%	%	%
2007. év	103,5	103,5		104,1		108,0
2008. év	104,7	104,7		105,6		106,1
2009. év	106,5	106,5	109,0	103,8	106,9	104,2
2009. I. negyedév	104,7	104,7	105,0	103,5	103,8	103,0
2009. II. negyedév	106,7	106,6	109,5	105,3	112,6	103,6
2009. III. negyedév	110,4	110,5	114,6	104,6	106,2	105,0
2009. IV. negyedév	104,1	104,1	106,8	101,7	105,0	105,2
2009. I. félév	105,7	105,7	107,2	104,4	108,2	103,3
2009. I-III. negyedév	107,3	107,3	109,7	104,5	107,5	103,9
2009. II. félév	106,5	106,5	109,0	103,8	106,9	104,2

2.3.6. táblázat: Az egészségügy dologi kiadásainak megoszlása az ÁFA mértéke szerint

A 2008 évi dologi kiadások adatai alapján

ÁFA kulcs	Dologi kiadások (%)
0 %	14,5
5 %	30,2
18 %	3,4
25 %	51,9
Összesen	100,0

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

(magyar tendenciák nemzetközi összehasonlításban)

Borbás Ilona

Bevezetés

Az egészségügy mindenütt a szűkös források és a növekvő kiadások szorításában működik. Az országok egészségügyi kiadásának meghatározó tétele (2008-ban OECD átlagban 36%-a¹) a kórházakra, kórházi ellátásra fordított összeg. A jelentős infrastruktúrával, magas eszköz- és anyagigénnyel, tetemes humán erőforrás költséggel működő kórházak folyamatosan növekvő finanszírozást igényelnek. Az EU tagországok nagy részében a finanszírozási problémákat tovább súlyosbítja a politikailag is nehezen rendezhető túlzott kórházi kapacitás.

Alig van olyan ország, ahol ne lehetne olvasni a kórházak anyagi helyzetének nehézségeiről.

▶ *2009-ben Németországban becslések szerint a kórházak kb. 26%-a zárta az évet deficitel.*²

▶ *Franciaországban az állami kórházak adóssága 2009 végén 673 millió eurót (187 milliárd Ft) tett ki. (Ez az összeg az 1040 állami kórház bevételeinek 1,5%-át jelenti.) A legtöbb adósságot az egyetemi és regionális kórházak halmozták fel.*³

▶ *Angliában a 2007-2008-as pénzügyi évben a nem alapellátást végző trösztök (ide tartoznak a kórházak) 4%-a halmozott fel 79 millió font (26 milliárd Ft) adósságot (egy évvel korábban még a trösztök 20%-a küzdött adóssággal és a bruttó adósságuk mértéke is 280 millió font – 92 milliárd Ft – körüli volt).*⁴ 2009-től az angol kórházi trösztök eladósodása ismét növekedésnek indult.

▶ *Kelet-Európa országai közül Lengyelországban a kórházak 72%-a küzd adóssággal.*

¹ OECD Health Data 2010

² DKI Krankenhaus Barometer 2009

³ http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/Rapport_securite_sociale_2010_septembre_2010_chapitre11.pdf

⁴ <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200809/cmselect/cmpubacc/225/22505.htm>

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

▶ *A román kórházak adósságai a mindennapi működés elé gördítenek akadályokat. Az eladósodás Romániában is elsősorban a közepes méretű és nagyobb kórházakat, egyetemi kórházakat érinti.*

▶ *Súlyosan eladósodottak a szlovák állami kórházak, 2009 végén - az év során végrehajtott konszolidációs intézkedések ellenére is még - 111 millió euró (31 milliárd Ft) adósságuk volt, a szlovák egészségügy összes adósságának 60%-át adták.⁵*

▶ *Magyarországon a 2010 nyarán végzett kórházi adósságfelmérés alapján közel 40 milliárd forintos az intézmények lejárt számlatartozása.⁶*

Mindenütt cél az intézmények hatékony gazdálkodásának elősegítése, amely, bár nem tudja a forráshiány minden problémáját kezelni, de racionális, felesleges párhuzamosságoktól mentes, transzparens, elszámoltatható működtetéssel hozzájárul a konszolidációs folyamatokhoz. A hatékony gazdálkodást regionális irányítási formák, korszerű menedzsment technikák, gazdasági társasági formák, területi együttműködések támogatják.

A közfinanszírozott kórházak tulajdonviszonyai és működési formái Magyarországon

2009-2010-ben 177 közfinanszírozásban részesülő intézmény működött a magyar fekvőbeteg ellátásban. Közülük 142 intézményben volt aktív, illetve aktív és krónikus ellátás, 35 intézményben pedig kizárólag krónikus, rehabilitációs ellátás folyt.

A kórházak tulajdonviszonyaira és működési formáira vonatkozó adatok az OEP TVK és finanszírozási adattábláiból⁷, az OEP FIFO 2009. évi Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatásából⁸ és az egyes intézmények honlapjainak információiból származnak. A 2010-es adatok 2010 első félévének jellemzőit tükrözik.

⁵ SME, 2010.08.10.

⁶ <http://www.eum.hu/hirek-esemenyek/hirek-kozlemenyek-080630/korhazak>

⁷ OEP szerződések, 2010. június 10.

<http://www.eum.hu/oep-szerzodesek>

⁸ http://www.gyogyinfok.hu/magyar/archiv/betegforgalmi/2009/korhazi_agyszam2009.pdf

Megj.: a Gyógyinfok statisztikájával összevetve a tulajdoni besorolásoknál minimális eltérés található a táblában, eltérő értelmezések miatt

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

3.1. táblázat: Az intézmények tulajdon szerinti megoszlása 2009-2010

	Intézmények száma	Intézmények részaránya (%)
Állami	20	11
Önkormányzati	116	66
Magán	16	9
Egyházi	10	6
Alapítványi	15	8
Összesen	177	100

A tulajdonosok között az önkormányzatok a meghatározók, az intézmények 66%-a önkormányzati tulajdonban van, ez az arány az aktív ellátást nyújtó intézmények körében 72%, a kizárólag krónikus ellátást nyújtók között pedig 40%. A csak krónikus ellátást nyújtó intézmények többsége, 57%-a egyházak és alapítványok tulajdonában van, ezek általában kevés ágyszámmal működő intézmények. Az aktív és krónikus ágyszámok alapján az állami-önkormányzati tulajdon aránya a meghatározó (97%).

3.2. táblázat: A különböző tulajdonú intézmények működési forma szerinti száma és megoszlása 2009-ben

			Működési forma				
	2009	Közüntézmény	Kft., Non-profit kft.	Kht.	Non-profit zrt., zrt.	Alapítvány	Összesen
Tulajdonos	Állami	17	3				20
	Önkormányzati	84	24	5	2	1	116
	Magán		15		1		16
	Egyházi	4	2			4	10
	Alapítvány					15	15
	Összesen	105	44	5	3	20	177
	Megoszlás (%)	59	25	3	2	11	100

3.3. táblázat: A különböző tulajdonú intézmények működési forma szerinti száma és megoszlása 2010-ben

		Működési forma						
		2010	Közüntézmény	Kft., Non-profit kft.	Kht.	Non-profit zrt., zrt.	Alapítvány	Összesen
Tulajdonos	Állam	17		3				20
	Önkormányzat	77		32	3	3	1	116
	Magán			15		1		16
	Egyház	4		2			4	10
	Alapítvány						15	15
	Összesen	98		52	3	4	20	177
	Megoszlás (%)	55		29	2	3	11	100

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

A fekvőbeteg intézmények több mint fele, 2009-ben 59, 2010 első félévében 55%-a közintézményként működött. Az önkormányzati tulajdonú közintézmények aránya csökkenő tendenciájú, és néhány százalékos mértékben megfigyelhető gazdasági társaságokká, főként non-profit kft-ké történő átalakulásuk. Míg 2009-ben az önkormányzati intézmények kevesebb, mint negyede működött gazdasági társaságként, 2010 első félévében már közel harmaduk választotta ezt a működési formát. A gazdasági társasággá alakult kórházak között találhatók megyei intézmények (pl. veszprém megyei, vas megyei), valamint nagyobb és kisebb városi kórházak is (pl. dunaújvárosi, dombóvári kórház).

A költségvetési intézményként működő kórházak gazdasági társasággá történő átalakítását, a működtetés jogának átadását gazdasági társaság számára az intézmények anyagi lehetőségei bővítésének szándéka, a rugalmasabb alkalmazkodás, létszámgazdálkodás, bérezés, közvetlen hitelfelvétel igénye motiválja.

A kórházak működtetési jogának magán kórházüzemeltetőkhez történő kiszervezése (outsourcing) során a gazdasági társaságok általában csak az egészségügyi intézmények működtetési jogát veszik át, a tulajdonviszonyok változása nélkül. A magán kórházüzemeltető cégek többnyire vállalták a továbbra is önkormányzati tulajdonban maradó ingatlanok és ingóságok fejlesztését. 2004-től kezdődően főként a pénzügyi gondokkal küszködő, gazdaságtalan üzemmérettel rendelkező kis városi kórházak működtetése került magántulajdonban lévő céghez. 2009 jelentős változásokat hozott a magán kórházüzemeltetők piaci jelenlétében.

2009 elején 8 kórházüzemeltető magáncég működtetett 16 közfinanszírozott fekvőbeteg intézményt vagy intézményi részt Magyarországon: a Hospinvest Zrt., a Medisyst Kft. (2006-ban vált ki a Hospinvestből), a Palotahosp Kft., a Medcenter Kft., a Mega-Logistic Rt., a Medical Investment Zrt., a Budai Egészségközpont Kft. és a Releváns Befektetői Kft.

A legnagyobb és legismertebb magántulajdonban lévő kórházüzemeltető cég kétségkívül a 2000-ben alakult HospInvest volt, amely 2004-ben vette át az első intézményt, a kiskunhalasi kórházat. A cég fennállása alatt még további 4 kórházat (gyöngyösi, hatvani, parádfürdői, majd az üzemeltetésre kiadottak közül a legnagyobb, az egri megyei kórház), valamint 5 rendelőintézetet üzemeltetett. A HospInvest az egri kórház működtetésének elnyerésekor az ellenzéki többségű városvezetés és a kormánypárti többségű megyei közgyűlés vitáiba ütközött (a megye által kötött szerződést a városi önkormányzat, amely szintén indult az üzemeltetésre kiírt pályázaton, a bíróságon támadta meg). A HospInvest sorozatos tüntetések és tiltakozások, valamint az egészségügyi dolgozók egy részének távozása mellett kezdte meg az egri kórház működtetését/üzemeltetését. Az amúgy sem túl jó pénzügyi helyzetben lévő cég nehézségeit tetézte, hogy legnagyobb pénzügyi befektetője, a 30%-os részesedéssel bíró Európai Újjáépítési és Fejlesztési Bank (EBRD) 2009 tavaszán kivált a Hospinvestből. Az EBRD döntését azzal indokolta, hogy az egészségügyi reformlépések (a kórházak kapacitásának és

vezetésének átalakítása, a magánszektor nagyobb szerepvállalása) elmaradása miatt már nem lát üzleti lehetőséget a cég tevékenységében. Ezt követően a HospInvest nem talált üzlettársat, és 2009 júliusában felszámolás iránti kérelmet nyújtott be a bírósághoz. Az általa működtetett egészségügyi intézmények közül 4 kórházat az önkormányzatok által alapított non-profit társaságok vettek át, egy kórház működtetését a kiírt pályázaton a Medical Investment Zrt. nyerte el.

2009 utolsó hónapjaiban a Medisyst Kft. is bejelentette, hogy kiszáll az egészségügyi intézmények működtetéséből. Döntését azzal indokolta, hogy a működtetés feltételei sokat romlottak a privatizációs döntések óta, az elmúlt három évben olyan mértékű pénzkivonás történt a magyar egészségügyből, amely még racionalizáció mellett is ellehetetleníti egy kórház ésszerű működtetését. Hivatkoztak arra is, hogy a kórházakat működtető magáncégeket hátrányos jogi és pénzügyi megkülönböztetés éri az állami vagy önkormányzati tulajdonosokkal szemben (pl. iparűzési adó kötelezettsége, tizenharmadik havi fizetés hiánya, működésbe nem könyvelhető tételek stb.) és nem látnak reményt arra, hogy ez a kedvezőtlen helyzet a jövőben megváltozzon.⁹ A Medisyst által működtetett kórházak vita nélkül (Mezőtúr) vagy elszámolási vitákkal (Körmend, Tapolca) az önkormányzatok százszázalékos tulajdonában lévő cégekhez (kft-k) kerültek.

Az Állami Számvevőszék 2009 nyarán tette közzé az egyes kórházi tevékenységek kiszervezéséről készített jelentését¹⁰. Ebben a magánműködtetésbe adott kórházakkal kapcsolatban megállapította, hogy a működtetők részben tesznek eleget a szerződésben vállalt kötelezettségeiknek, melyek általában a működés stabilitására, beruházások, ellátások minőségének javulására irányulnak, ezek önkormányzatok által történő számonkérése pedig esetleges. Az ÁSZ megállapítása szerint a működtetők hasonló eszközökkel kezelik a problémákat, mint bármely más intézmény: pl. a hagyományos kórházi osztályszerkezet helyett mátrix szervezet, orvosok vállalkozási szerződésekkel foglalkoztatása stb. A magánműködtetésű intézményeknél fokozottan jelentkező probléma az amortizáció finanszírozatlansága, hiszen a magánszereplőnek ezt gyakorlatilag a működési bevételből kellene kigazdálkodnia, ha nem akarja a tőke költséget folyamatosan saját forrásból finanszírozni. Az ÁSZ a kormány számára a magánszektor szerepvállalásának törvényi szintű szabályozását javasolta a fekvőbeteg ellátásban a szektorsemlegesség elvét figyelembe véve. Mindehhez a biztosítási alapsomag szakmai protokollok szerinti részletes kidolgozását is indítványozta.

A költségvetési intézményként működő kórházakat érintette volna a 2008. évi CV. törvény a költségvetési szervek jogállásáról és gazdálkodásáról. A törvény alapján 2010. január 1-től a

⁹ http://www.weborvos.hu/hirek/medisyst_neverteken_adja_vissza/145117/, MTI hír

¹⁰ Állami Számvevőszék

Jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről

[http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/41F5B0BD0EB6BBAEC1257603004C30B3/\\$File/0921J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/41F5B0BD0EB6BBAEC1257603004C30B3/$File/0921J000.pdf)

kórházak számára adott lett volna a vállalkozó közintézeté átalakulás lehetősége. A vállalkozó közintézet jogosult lett volna a tulajdonosi jogok korlátozott gyakorlására, vagyonával történő önálló gazdálkodásra, valamint fejlesztési hitel felvételére is. A 2008. évi CV. törvényt a 2010. évi XC. törvény egyes gazdasági és pénzügyi tárgyú törvények megalkotásáról, illetve módosításáról 2010. augusztus 15-től helyezte hatályon kívül.

A kórházak területi integrációjának jellemzői

Bár a területi integráció nem új a magyar egészségügyben, napjainkban a folyamat erősödésének lehetünk tanúi. Az integráció a kórházakon kívül érinti a járóbeteg szakellátást, esetenként az alapellátást is. Az integráció célja mindenütt a párhuzamosságok felszámolása, a racionálisabb, hatékonyabb, eredményesebb gazdálkodás.

Szegeden a város és a Szegedi Tudományegyetem döntése alapján 2007-ben kezdődött az egészségügyi ellátás integrációja. A folyamat 2007-től fokozatosan rendezi egységes szervezetbe az ellátásokat, 2009-ben is több szakma, több osztály egységesítése történt meg.

2009 új példákat is szolgáltatott a komplexebb, több intézményre kiterjedő kórház-integrációs törekvések fejlődésére. 2009-ben kezdte meg tényleges működését a Hajdú-Bihar megyei Önkormányzat és a Debrecen Megyei Jogú Város Önkormányzata által 2008-ban alapított Önkormányzati Egészségügyi Holding Zrt. Az Önkormányzati Egészségügyi Holding Zrt.-be apportált egészségügyi ellátást nyújtó tagvállalatok a Kenézy Kórház Nonprofit Kft. és az Egészségügyi Járóbeteg Központ Nonprofit Kft. Rajtuk kívül még két vagyonkezelő gazdasági társaság tagja a Holdingnak.

2009 során a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Közgyűlésének döntése alapján az önkormányzat a fenntartásában működő kórházakat (Jósa András Oktató Kórház, Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő, Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház) non-profit kft.-ké alakította, és holdingba szervezte, melynek irányítására megyei tulajdonjogú, megyei fenntartású zártkörű részvénytársaságot hozott létre. A funkciókat szétosztották, megszervezték a közös háttérszolgáltatásokat, beszerzéseket.

A veszprém megyei „Pannon modell” a profiltisztításokra, szakmai együttműködésekre helyezi a hangsúlyt, és jövőbeli célként határozza meg a szervezeti integrációt.

2010 második félévében ismét napirendre került fővárosi önkormányzat tulajdonlásával a budapesti egészségügyi holding alapításának előkészítése is.

Az EU tagországai a kórházak tulajdonlásában, működtetésében saját útjaikat járják, ezen a területen sincsenek mindenütt alkalmazható sémák, de vannak hasonlóságok, több országban felbukkanó kísérletek pl. a kórházi szektoron belüli és az egyes ellátási szintek közötti együttműködések. A következőkben a kórházi tulajdonviszonyokra az összes EU tagország, a működési formákra, integrációs folyamatokra pedig néhány kiemelt tagország példáját ismertetjük.

A kórházak tulajdonviszonyai és működési formái az EU-tagországokban

(Az Egészségügyi Rendszertudományi Iroda munkatársai által szerkesztett HealthOnLine szakirodalmi szemle: <http://www.eski.hu/hol/cikkek/cgi> híreinek felhasználásával)

Kórházi tulajdonviszonyok

Az EU-tagországokban a kórházi ágyak tulajdonforma szerinti megoszlása országonként és a kórházi ellátás típusa (aktív, krónikus) szerint is változó. Összességében azon országok vannak többségben, ahol az ellátást döntően az állami szektor biztosítja, különösen igaz ez az aktív kórházi szolgáltatásokra. Ez utóbbiaknál Hollandia, Belgium, és Németország képez kivételt. Hollandiában az aktív ágyak 100%-a, Belgiumban 66%-a, Németországban 36%-a non-profit magántulajdonban van. A for-profit aktív kórházi magánszektor szerepe Görögországban (28%), Franciaországban (25%) és Németországban (15%) számottevő. Az OECD egy tanulmánya¹¹, kérdőíves felmérésen alapulva, ez utóbbi kategóriába sorolja Szlovákiát is (az aktív ágyakon belül a forprofit tulajdon aránya 40%). Ez magyarázható azzal is, hogy Szlovákiában talákoztunk olyan statisztikával, ahol a magánszektorba sorolják a részvénytársaságokká, nonprofit szervezetté alakított, de önkormányzati tulajdonban maradt intézményeket is, ahol magántulajdonról nem beszélhetünk. Hitelesebbnek tűnik egy 2006-os szlovákiai felmérés eredménye, mely szerint az ország 74 kórháza közül 30 közintézményként (nagyobb állami, önkormányzati intézmények), 29 non-profit intézményként (állami, városi és magántulajdonú intézmények), 8 részvénytársaságként (közülük 6 állami, önkormányzati, 2 magántulajdon), és 7 korlátolt felelősségű társaságként (magántulajdon) működött.¹²

A közfinanszírozott kórházi ellátásban több országban az állami és magánszolgáltatók együttesen vállalnak szerepet. Azokban az országokban is, ahol hagyományosan csak az állami szektorra támaszkodnak, megjelenhetnek a magánszolgáltatók. Ez jellemző pl. Angliára. Az angol NHS a várólisták csökkentése érdekében lépett szerződéses kapcsolatba a magánszektor szolgáltatóival (Independent Sector Treatment Centre, ISTC) is. Az ISTC program 2003-ban indult, a szerződések 2010-ben járnak le, a továbbiakról még nem hoztak döntést. A magánszektorban történő közfinanszírozású ellátás azonban nem éri el az NHS összes elektív ellátásának 2%-át (2008), a ráfordított összegek pedig 1% alatt maradtak.¹³

¹¹ Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. Health working paper No50, OECD 2010

¹² Health Policy Institute, 2006.

¹³ Independent sector treatment centres (2009)
<http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=8457>

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

3.4. táblázat: Kórházi ágyak tulajdonforma szerinti megoszlása az EU-tagországokban, 2008

Országok	Összes ágyszám megoszlása			Aktív ágyszám megoszlása		
	Állami tulajdon	Non-profit magántulajdon	For-profit magántulajdon	Állami tulajdon	Non-profit magántulajdon	For-profit magántulajdon
Ausztria	71,7	17,9	10,4	72,5	18,8	8,7
Belgium				34	66	0
Bulgária	98 ¹⁴					
Ciprus	50 ¹⁵					
Cseh Köztársaság	86,5	0,6	12,9	91	0	9
Dánia	95,6	0	4,4	96,7	2,5	0,8
Egyesült Királyság	100	0	0	96	4	0
Észtország	90 ¹⁶					
Finnország	95,7	0	4,3	89	0	11
Franciaország	64,5	13,9	21,6	66	9	25
Görögország	69	3	28	69	3	28
Hollandia				0	100	0
Írország				88	0	12
Lengyelország				95	0	5
Lettország	95 ¹⁷					
Litvánia	99 ¹⁸					
Luxemburg				66	29	3
Magyarország	97	2,8	0,2			
Málta	95 ¹⁹					
Németország	40,8	30,4	28,8	49	36	15
Olaszország	68,2	3,5	28,3	81,5	16,7	1,8
Portugália	73,7	18,3	8	85,7	6,6	7,7
Románia	99 ²⁰					
Spanyolország	66,3	13,5	20,2	74,23	17	8,77
Svédország				98	0	2
Szlovák				59,6	0	40,4
Köztársaság						
Szlovénia	99 ^{21,22}					

Adatok forrása:

Összes ágyszám: OECD Health Data 2010

A máshonnan származó adatok forrása a lábjegyzetekben található.

Aktív ágyszám: Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. Health working paper No50, OECD 2010

¹⁴ <http://www.nsi.bg/otrasal.php?otr=22>, HiT, Bulgaria, 2007. European Observatory on Health Systems and Policies

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/80592/E90023.pdf

¹⁵ 2006-os adat. http://www.hope.be/03activities/1_2-facts_and_figures-key_figures.html

¹⁶ <http://pub.stat.ee/>

¹⁷ HiT Latvia, 2008. European Observatory on Health Systems and Policies

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/95124/E91375.pdf

¹⁸ http://www.hope.be/03activities/1_2-facts_and_figures-key_figures.html

¹⁹ http://www.hope.be/03activities/1_2-facts_and_figures-key_figures.html

²⁰ 2006-os adat, http://www.hope.be/03activities/1_2-facts_and_figures-key_figures.html

²¹ http://www.hope.be/03activities/quality_eu-hospitals/eu_country_profiles/slovenia-eu_hospitals-profile.pdf

²² HiT Slovenia, 2009. European Observatory on Health Systems and Policies

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf

A kórházak működési formái

A kórházak önálló működésére (állami intézményekként, illetve növekvő mértékben gazdasági társaságokká átalakulva) és integrációs törekvéseire egyaránt található uniós országbeli példa.

Korlátolt felelősségű társaságok, részvénytársaságok

Franciaországban a közkórházak jogi személyek, melyek közszolgálatot látnak el, és az állam felügyelete alatt állnak.

A non-profit privát egészségügyi intézmények többsége, melyeket tevékenységükről PSPH (közkórházi tevékenységben részt vevő) intézményeknek neveztek el, a 2009-es „Kórház, a betegek, az egészség és a térségek” törvény életbe lépése után közhasznú szolgálatot teljesítő privát egészségügyi intézmény (ESPIC) lett. Ezeket az intézményeket – magánjogi személyként – egy társaság, alapítvány, vagy mutuelle (közösönösségi elven működő) biztosító vonja irányítása alá.

A for-profit intézmények társasági formái közé a részvénytársaság, kisebb arányban a korlátolt felelősségű társaság tartozik.

2004 óta, a francia közkórházak jelentős változásokon mentek át, mely érinti finanszírozási és irányítási mechanizmusait. Pénzügyi egyensúlyuk megteremtését szolgálja a kórházvezetés szabályainak korszerűsítése (megváltozott feladatkör, kisebb számú és bővített felelősségű irányító testületek: felügyeleti tanács, igazgatóság, igazgató, orvosbizottság stb.). A kórházak irányítási-ellenőrzési hatásköre központi szintről áttevődött regionális szintre. Kezdetben a Regionális Kórházügyi Hatóságok (ARH) végezték az irányító-ellenőrző tevékenységet. A 2009-ben hozott törvény értelmében 2010 elejétől 26 újonnan felállított, kibővült feladatkörű, az egészségügy teljes regionális spektrumára koncentráló Regionális Egészségügyi Hatóság (ARS) látja el a térségek, azokon belül a kórházak irányítását.

A **német kórházi szektorban** az állami tulajdonú kórházak egy része közjogi szervezeti formában (közintézmény) működik, másik, növekvő része gazdasági társasági formát - kft. illetve non-profit kft. - vett fel. A gazdasági társaságok aránya az állami kórházszektoron belül 2008-ban 50-60% körüli volt. (A tulajdonos a gazdasági társaságokban is többnyire az állam, a város vagy a kerület.)

A DRG finanszírozás 2004-es kötelezővé tételével a kórházak egyötöde legalább egy új súlyponti szakmai részleget indított be. Keresni kezdték a lehetőségeket a fekvőbeteg szolgáltatási spektrum tervezésének más kórházakkal történő összehangolására. 2004 óta a kórházak mintegy fele lépett más kórházakkal intézményesített formában kooperációra. Az

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

együttműködések a legfontosabb orvosi tevékenységekre, funkcionális területekre (labor, radiológia) koncentrálnak.

A kórházi terület az utóbbi években dinamikus "piaccá" vált. 2004-től az üzleti jellegű kórházkonszernek virágzása és a szövetségi tartományok tartós deficitje kedvező helyzetet teremtett az önkormányzati, többnyire deficités kórházak üzemeltetésének, illetve tulajdonjogának magánkézbe kerülésére. A kórházkonszernek üzletszerzési stratégiája az első időszakban a kínálati spektrum bővítésére, szakkórházak megszerzésére irányult, hogy ezáltal juthassanak monopoljellegű pozícióhoz. A privatizációs folyamat több kórházat is érintett. Így szerzett önkormányzati kórházakat a Rhön-Klinikum AG és az Asklepios Kliniken Hamburg GmbH magán kórházkonszern, ez utóbbi konzern az általa működtetett intézmények 75%-ának többségi tulajdonosa is.

Egy 2007-es tanulmány megvizsgálta a privatizáció hatásait, amelynek eredményei nem erősítették meg a privatizációval szemben támasztott aggályokat (szolgáltatások csökkentése, elbocsátások, alkalmazottak munkakörülményeinek romlása, betegszelekció stb.)²³. A szerzők a privatizáció egyik pozitív hatásaként a menedzsmentstruktúrák és a döntési folyamatok javulását (főként a korlátolt felelősségű társasági formánál) emelik ki. Negatív hatásként értékelik a megnövekedett munkaterhek miatt a munkával való elégedettség csökkenését. Kiemelték a bérek alakulásának jellegzetességeit: az orvosok és diplomás ápolók bére nőtt, a szervíz- és kisegítő személyzet bére csökkent, bevezetésre került az eredmény-, illetve teljesítményfüggő komponens a vezetők körében.

Portugáliában a kórházak irányítására vonatkozó 2002-es törvény értelmében az NHS állami tulajdonban álló kórházi vállalkozásokra (SA kórházak) és államilag irányított kórházakra (SPA) tagolódott. Az SA-k jogi értelemben korlátolt felelősségű társaságok, teljes mértékben állami tulajdonban állnak. Az SPA-k ezzel szemben hagyományos értelemben vett állami kórházak.

Az SA kórházak függetlenebbek, mint az SPA kórházak, és eszközeikben közelebb állnak a privát irányítású létesítményekhez. Az SA kórházak tevékenysége fölött a Pénzügyminisztérium és az Egészségügyi Minisztérium gyakorol felügyeletet, ugyanakkor az SPA kórházak esetén ezt a tevékenységet kizárólag az Egészségügyi Minisztérium látja el.

Az SA kórházak a magánjog rendelkezései szerint szabadon vásárolhatnak egészségügyi felszerelést és gyógyszereket, folytathatnak beruházásokat, illetve köthetnek szerződést munkavállalóikkal.

²³ Bundesärztekammer: Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Ergebnisbericht_final.pdf

Integráció

Néhány országban (Anglia, Ausztria, Finnország és az utóbbi időben Franciaország térségi kórházközösségei) a kórházak nagyobb egységekbe, trösztökbe, üzemeltető társaságokba, körzetekbe, kórházközösségekbe szervezése jellemző.

Trösztök

Angliában a fekvőbeteg szakellátás állami tulajdonú NHS kórházi trösztökben történik. Az egyes kórházi trösztök változó számú, 2-8 kórházat tömörítenek. Megkülönböztetett csoportjuk, az alapítványi trösztök, amelyeknek nagyobb a pénzügyi és irányítási önállósága. Az alapítványi trösztök magánforrásokból származó jövedelmére a kormány felső korlátot állapított meg, ez a bevételek 2%-át jelentette (kivételt képezett a daganatos betegek kezelésében vezető szerepet betöltő Royal Marsden kórház, ahol a felső határ 31% volt, a bevételek pedig meghaladták a 40 millió fontot évente). Az új koalíciós kormány el kívánja törölni ezt a felső pénzügyi határt, ami várhatóan megélénkíti majd az innovációt az ágazatban.

Az NHS irányítása alatt álló kórházak egyre több problémával küszködnek, ezért kísérletek kezdődtek a működtetés magánosítására. A huntingdoni Hinchingsbrooke Hospital lesz az első NHS kórház az Egyesült Királyságban, amely a magánszektor irányítása alá kerül.²⁴ A pályázatás jelenleg zajlik, az átvétel 2011-ben történhet meg. A privatizációra azért van szükség, mert a kórház 40 millió font adósságot halmozott fel. A kórház működtetése franchise szerződés formájában történne, és valamennyi pénzügyi kockázatot a magánszervezet vállalna. A szerződés értelmében a szervezetnek meg kell tartania a korábbi szolgáltatásokat. A személyzet továbbra is az NHS alkalmazásában áll majd, és a kórházi vagyontárgyak is az NHS tulajdonában maradnak. Ha a Hinchingsbrooke Hospital privatizációja megvalósul, precedens értékűvé válhat, és további nehéz helyzetben levő NHS kórház irányítását vehetik át magánvállalatok.

Kórházüzemeltető társaságok

A 9 tartományból álló **Ausztriában** a szövetségi strukturális terv tervezés és működés szempontjából 32 régióra és 4 zónára osztja fel az országot. A kórházak jelentős része kórházüzemeltető társaságokba tömörülve működik. A kórházüzemeltető társaságok a vállalatokra vonatkozó jogszabályok szerint működnek, a tulajdonost képviselő igazgatótanácsok vezetése alatt. Korábban a városok, tartományok tulajdonában lévő infrastruktúra és a kórházak

²⁴ Strategic Projects
<http://www.strategicprojectseoe.co.uk>

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

eszközállománya a társaságba apportált, működésük non-profit elven történik. A kórházüzemeltető társaságok tulajdonosai a tartományi, regionális kormányok. Az első kórházüzemeltető társaság (Vorarlberg KHBG) megalapítását az váltotta ki, hogy a legtöbb önkormányzati kórháztulajdonos jelentős adósságokat halmozott fel, amelyeket a hagyományos működési formákban nem tudtak kezelni. Vorarlberg tartományban a KHBG mára a legnagyobb egészségügyi ellátóvá vált, 84%-os piaci részesedéssel. Irányítása alá 5 tartományi kórház tartozik, 3300 alkalmazottal, 1544 ágygal. Tulajdonosa 96%-ban Vorarlberg kormánya, és 1-1%-kal a 4 korábbi kórháztulajdonos város.

Az elmúlt évtizedben ez a koncepció a kórházátalakítás legfontosabb modelljévé vált, mind a 9 tartomány hozott már létre üzemeltető társaságokat (a tartományoknak azonban nem minden kórháza tartozik az üzemeltető társaságba). Legnagyobb közülük a 12 kórházból és 11 geriátriai központból álló Bécsi Kórházszövetség, amely 32 ezer főt foglalkoztat. 2002 óta működik gazdasági társaságként, melyhez alvállalatok tartoznak. Az igazgatóság feladata a koordináció, a szolgáltatások biztosítása, a betegellátásban jelentkező felesleges párhuzamosságok megszüntetése. A három alvállalat a bécsi kórházak, a bécsi ápolási intézmények és az Általános Kórház, amely mérete és jelentősége miatt kapott külön besorolást.

A tapasztalatok szerint a kórházüzemeltető társaságokban a különálló kórházakhoz képest a források hatékonyabban kezelhetők, a menedzsment döntéshozó képessége gyorsabb, rugalmasabb, a működés szinergiához, a méretgazdaságosságból fakadó előnyökhöz és a tőkebefektetés kockázatának megosztásához vezet. Emellett a földrajzi régió kórházai bizonyos területekre specializálódhatnak, így a többletkapacitás és az átfedések elkerülhetők, ami további költségmegtakarítást eredményez.

A kórházüzemeltető társaságokban kezdetben a korábbi közalkalmazotti státuszokat eltörölték (rugalmas munkaidő, védelem az elbocsátástól), helyette magánjogi szabályozás lépett életbe. Miután ez volt az átalakítások egyik legérzékenyebb pontja, a későbbiekben a közalkalmazotti szabályok szerint alkalmazott kórházi dolgozók szerződéses alapon kerültek át a társaságokba. Az üzemeltető a magánjog szerint vehet fel, és bocsáthat el embereket. Így a személyzet kiválasztása lerövidült, rugalmasabbá vált. Összességében a rendelkezésre álló adatok azt mutatják, hogy az átalakított kórházi ágazat elérte kitűzött céljait, az átalakítások más reformokkal együtt a forrásmenedzsment és a szolgáltatások minőségének javulását, a költségek csökkenését eredményezték.

Kórházi körzetek

Finnországban a fekvőbeteg ellátást 21 kórházi körzet biztosítja. Minden önkormányzat kötelezően tagja egy kórházi körzetnek. A kórházi körzetekhez változó számú (6-58) önkormányzat csatlakozik, a körzeteket a tagönkormányzatok finanszírozzák. Minden kórházi körzetnek van egy központi kórháza, és a körzethez annak méretétől függően kisebb helyi

kórházak is tartozhatnak. Az 5 egyetemi kórház kórházi körzetük központi kórházaként is működik. Az önkormányzatok magánszolgáltatóktól is vásárolhatnak szolgáltatásokat. (41 magán kórház működik Finnországban, amelyek a kórházi ellátásnak csak mintegy 5%-át biztosítják.)

A kormányzat ajánlásait követően úgy a kórházi szolgáltatóknak, mint a szolgáltatást vásárlóknak csökken a száma és növekvő a mérete, vagyis összevonások következtében kevesebb, de nagyobb méretű szolgáltató, és kevesebb, de több lakost lefedő önkormányzat működik az országban. Ennek egyik példája 3 kórház összeolvadása (Helsinki Egyetem, Jorvis és Peijas kórházai) 2007-ben egy intézménybe, amely az összes akut szomatikus ellátás mintegy 25%-át biztosítja az országban. Az új intézmény orvosi szakterületek szerint szerveződött, a korábbi 3 kórház ugyanazon szakterületei összeolvadtak. A Minisztérium jelenlegi kezdeményezése alapján 2011-ben centralizálni fogják a kiemelten specializált ellátást igénylő betegségek kezelését 5 kórházi körzetre.

Az utóbbi évtizedben számos helyi reform irányult a vertikális integrációra, a szolgáltatások egy szervezetbe foglalására. A reformok célja az alap-, a járóbeteg és a fekvőbeteg ellátás, valamint a szociális-jóléti szolgáltatások együttműködésének javítása. 2008-ban a finn lakosság 10%-a élt olyan területeken, ahol az alap- és szakellátást ugyanaz a szervezet biztosította. A minisztérium egy aktuális kezdeményezése az egészségügyi központok és a nem egyetemi kórházi körzetek jelentősebb összekapcsolásának szándékát tartalmazza az egész országra vonatkozóan. A jogalkotási munka után 2011-ben várható a terv megvalósítása.²⁵

Térségi kórházközösségek

Franciaországban a 2009-es „Kórház, a betegek, az egészség és a térségek” törvény²⁶ az intézmények közötti együttműködés javulását a térségi kórházközösségek segítségével kívánja elérni. A térségi kórházközösségek az állami kórházak közötti együttműködés jogi formái, a bennük való részvétel önkéntes. A térségi kórházközösség a kórházközösség székhelyének, központjának számító intézményből és tagintézményekből áll, amelyek szerződésen alapuló közös stratégiát követve osztják meg egymás között az ellátással kapcsolatos kompetenciákat és tevékenységeket, miközben mindegyikük megtartja költségvetését és önálló közjogi személyiségét. A tagintézmények képviseltetik magukat a központi intézmény testületeiben, így a felügyeleti tanácsban, az igazgatóságban és az orvosbizottságban. Az állami és a magán intézmények közötti együttműködés kevésbé formális, együttműködési csoportosulást

²⁵ Unto Häkkinen: Financing of hospital care in Finland. In: Euro Observer, 12. évf. 3.
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/euroObserver/obsvol12no3.pdf>

²⁶ “Hopital, patients, santé, territoires” Une loi a la croisée de nombreuses attentes
http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf

hozhatnak létre. Ennek keretében rugalmasabbá válnak a szerződéskötések, kibővíülhetnek, átalakulhatnak a tevékenységi körök.

Kórházi vállalatok regionálisan osztott állami tulajdonban

Érdekes a nem EU, de EGT-tag **Norvégia** példája is. Abban az időben, amikor az egészségügyi ellátás szervezésében a decentralizáció jelentette a jellemző irányt, Norvégia a kórházi szektorban a centralizációs lépést választotta. 2002-ben a központi kormányzat a megyei önkormányzatoktól magához vette a kórházak tulajdonjogát. Kb. 100 ezer dolgozó és a megyei tanácsok költségvetésének 60%-a került az államhoz. A döntés oka a hosszú várólisták, a kórházi szolgáltatásokban jelenlévő egyenlőtlenségek, a pénzügyi felelősség és transzparencia hiánya, a központi kormányzat és a megyei önkormányzatok közötti kölcsönös vádaskodások problémájának megoldása volt. A tulajdon centralizációja után a szervezetben ezt követően decentralizációs lépések következtek. Az 1974-ben létrehozott 5 egészségügyi régiót lefedve (a régiók az egészségügyi ellátás koordinációjának és irányításának szervezetei), a minisztérium saját tulajdonlásával 5 regionális egészségügyi vállalatot hozott létre. A regionális egészségügyi vállalatok kötelező felelősséggel tartoznak a földrajzi területükön élő lakosság egészségügyi ellátásáért, s egyben tulajdonosai is a régió legtöbb egészségügyi szolgáltatójának, tehát a központi tulajdon regionálisan a vállalatok között került megosztásra. A regionális egészségügyi vállalatok alá rendelve, a kórházakat és klinikákat 42 helyi vállalatba, trösztbe szervezték. A regionális vállalatok és a kórházvállalatok száma 2007-ben 4-re, illetve 28-ra csökkent. A regionális vállalatok képviselői a helyi vállalatok testületeinek irányítói. A minisztérium a regionális vállalatok stratégiai és operatív irányításáért, valamint a működés szervezeti és pénzügyi keretfeltételeinek megteremtéséért viseli a felelősséget. Néhány elemzés a szervezeti változásoknak is betudhatóan a kórházi ellátás hatékonyságának javulásáról, a várólisták csökkenéséről számol be²⁷.

²⁷ Sverre A.C. Kittelsen, Jon Magnussen, Kjartan Sarheim Anthun, Unto Häkkinen, Miika Linna, Emma Medin, Kim Rose Olsen and Clas Rehnber: Hospital productivity and the Norwegian ownership reform – A Nordic comparative study. 2008:10, HERO On line Working Paper Series from Oslo University, Health Economics Research Programme. http://www.hero.uio.no/publicat/2008/2008_10.pdf

Gazdasági társasági formák és integráció a kelet-európai országok kórházaiban

Közép- és Kelet-Európa országainak kórházai az elmúlt 20 évben először többségükben központi állami tulajdonból önkormányzati tulajdonba kerültek, majd ezt követően kezdtek gazdasági társaságokká alakulni. A folyamatot politikai viták, megtorpanások és visszalépések kísérik. Észtországban a kórházak hálózatra szervezésével, területi integrációjával is találkozhatunk.

Lengyelországban a kórházak túlnyomó része 1999-ig állami tulajdonban volt, majd nagy részük az önkormányzatok tulajdonába került. A fekvőbeteg-ellátásban a privatizáció aránya alacsony, egyes kórházak visszakérültek eredeti tulajdonosukhoz (egyház, egyéb nem kormányzati szervezet).

A kormány 2008-ban kidolgozott egészségügyi reformcsomagjában szerepelt a kórházak részvénytársaságokká alakítása. A kórházak működésének átalakításától az egészségügyi intézmények hatékony gazdálkodását várták (az alulfinanszírozás a kórházak eladósodásához vezetett). A törvénytervezet ellen a köztársasági elnök 2009 tavaszán vétót emelt. A kormány átmeneti megoldásként lépéseket tett a kórházak átalakítására való ösztönzésére (ún. B-terv a kórházak megmentésére, amelynek célja, hogy pénzügyi támogatással - adósságszubszidiával és a beruházásokhoz speciális hitelkeret - a kórházakat változásra ösztönözzék). Azok az önkormányzatok, amelyek úgy határoznak, hogy végrehajtják a tulajdonukban levő kórházak struktúra-átalakítását, illetve részvénytársaságokká alakítását, pénzügyi támogatásban részesülhetnek. A program a 2009-2011 közötti időszakra szól. A programba 100-nál kevesebb kórház jelentkezett, és még kevesebben tudtak megfelelni az előírt feltételeknek.

Az intézmények átalakulásában változást hozhat, hogy 2010-ben Lengyelország köztársasági elnököt választott. Az elnökválasztást a kormányzó Polgári Platform jelöltje nyerte, így a kormányzó párt kórházak átalakítására vonatkozó elképzelése várhatóan találkozik a köztársasági elnök véleményével.

Csehországban az egyetemi, illetve szakkórházak állami tulajdonban vannak. 2003-ban a regionális és helyi kórházakat az állam átadta az önkormányzatoknak. Tulajdont érintő privatizációra csak néhány kisebb kórház esetében került sor, például a korábban egyházi tulajdonban lévő kórházak visszakérültek eredeti tulajdonosaikhoz, és non-profit szervezetként működnek. 2000 után kormányoktól függően változtak az elképzelések arról, hogy a kórházak részvénytársasági vagy non-profit formában működjenek. A 2006 előtti egészségügyi kormányzat javaslata szerint a non-profit kórházak képezték volna a kórházi hálózat alapját. A 2006-2010 közötti polgári demokrata kormányzat alatt jellemző volt az önkormányzati kórházak részvénytársasággá alakulása, sőt a kormány reformtörekvései közé tartozott az egyetemi

kórházak részvénytársaságokká alakítása, és a magántőke bevonása a már részvénytársaságokká alakított megyei önkormányzati kórházak működésébe. A minisztérium tervei ellen számos szakmai szervezet tiltakozott, az ellenzéken kívül a két kisebb koalíciós párt is ellenezte azt. A kormányzat 2010 elején megváltoztatta terveit. Az új koncepció szerint az egyetemi kórházaknak az állam és az egyetemek együttműködésével non-profit alapon kell működniük. A 2010 nyarától kormányzó jobbközép kormánykoalíció új egészségügyi minisztere sem ért egyet az oktató és egyéb állami specializált nagy kórházak részvénytársaságokká alakításával, idővel azonban szükségesnek tartja egyes állami kórházak struktúra-átalakítását annak érdekében, hogy önállóan gondoskodjanak a hatékony működésről, azonban ezt véleménye szerint non-profit formával is el lehet érni.

Mindenesetre az elmúlt évtizedben növekedett a részvénytársaságokká alakított önkormányzati kórházak száma (tulajdonosuk továbbra is az önkormányzat).

Szlovákiában a kórházak túlnyomórészt állami és önkormányzati tulajdonban vannak, 2003 óta a kórházak nagy része az Egészségügyi Minisztérium tulajdonából az önkormányzatok tulajdonába került.

A 2004. évi reformtörvények lehetőséget adtak arra, hogy a szolgáltatók, amennyiben teljesítették a működés feltételeit, szabadon vállalkozhassanak az egészségügyben. A kórházak 51%-os állami tulajdonrész megtartása mellett adósságaik törlesztése után részvénytársasággá alakulhattak, és ezen kívül lehetőség volt a non-profit forma választására is.

Az átalakításnak ez a folyamata 2006-ban megszakadt, a kormány társadalmi nyomás hatására a választások előtt jóváhagyta a részvénytársaságokká alakulás leállításáról szóló törvényt. Az állami, az önkormányzati, a kisebb városi általános és szakkórházaknak csak egy része alakult át részvénytársasággá, kisebb része non-profit formában működik. A 2006-ban hatalomra jutott egészségügyi kormányzat nem támogatta a kórházak privatizációját, szorgalmazta a kórházi struktúra átalakítását, illetve profilváltását, a kórházi ágyak számának csökkentését.

A 2010 nyarán beiktatott új kormány visszatért az állami kórházak részvénytársaságokká alakításához, és lehetőséget ad non-profit intézmények alakulására is. Figyelmet fordít a részvénytársasági formára átalakított, de állami tulajdonban maradó kórházak működésének hatékonyságára.

Bulgária fekvőbeteg ellátását állami és magánintézmények egyaránt biztosítják. A szakellátást nyújtó kórházak lehetnek az egyetemekhez tartozó oktatókórházak, országos kórházak, interregionális, regionális kórházak, illetve többszakmás ellátással foglalkozó helyi kórházak.

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

Az országos kórházak az állam tulajdonában lévő gazdasági társaságok. Az interregionális és a regionális kórházak részvénytársasági formában működnek. Tőkéjük egy része az állam tulajdona, és felügyeleti jogkörüket az Egészségügyi Minisztérium tölti be, tőkéjük másik hányada az önkormányzatok tulajdona, itt a felügyeletet a helyhatóság tanácsa látja el. A helyi kórházak az önkormányzatokhoz tartozó gazdasági társaságok.

Észtországban már 1992-ben félautonóm státuszt kaptak a kórházak, amely a munkáltatói jogok (felvétel, elbocsátás) önálló gyakorlását tette lehetővé. Az egészségügyi dolgozók elvesztették közalkalmazotti státuszukat és a magán munkajogi szabályozások alatt kezdtek dolgozni. 1999-2000 folyamán nemzetközi szakértői csapattal dolgozták ki a kórházi mester tervet (Hospital Master Plan 2015), amely hosszú távra határozza meg az immár önálló jogi státuszt kapott kórházak kapacitásait és működését. 2001-ben törvényi szabályozással rendezték az intézmények jogi formáit, amely szerint minden észt kórház a magánjog szerint társasággá (részvénytársaság vagy alapítványi tröszt) alakult. A kórházak tulajdonosa továbbra is az állami szektor maradt, működésük viszont vállalatszerűvé vált. Irányításukat felügyelő bizottság végzi, amelynek tagjait a tulajdonosok, alapítók jelölik. A tulajdonlás szempontjából a kórházi szektort az állami kórházak dominálják, a legtöbb kórház az állam, az önkormányzat vagy állami jogi szerv tulajdonában van. Sok esetben a kórháznak több tulajdonosa van, pl. több önkormányzat birtokol egy kórházat, vagy az állam és az önkormányzatok közösen birtokolnak egy kórházat. (Miközben a több tulajdonos elméletileg előnyös is lehetne a kórház számára több helyről több forrás biztosításával, az elemzések azt mutatják, hogy a valóságban ez csökkentheti a tulajdonosok motivációját, hogy felelősséget vállaljanak a kórházi teljesítményért. A több tulajdonos léte együtt jár az alacsonyabb beruházási hajlandósággal és a különböző tulajdonosok beruházási döntésekkel kapcsolatos megegyezésének nehézségeivel. A több tulajdonos esetében nehezebb az is, hogy a tulajdonosokat közvetlenül és nyilvánosan elszámoltathatóvá tegyék a kórházi teljesítményért.)

2002-ben az észt kórházakat konszolidálták, és számos kórház nagyobb integrált szervezetekbe olvadt össze. Jelenleg az állami kórházak hálózatokként (kórházak és járóbeteg rendelők hálózatba szervezve), integrált szolgáltatókként (több kórház egy szervezetbe tömörítve) vagy önállóan tevékenykednek, olyan menedzsmenttel, amely lehetővé teszi a jó klinikai gyakorlatot és a hatékony pénzügyi teljesítményt. 1999 és 2001 között 41 kórház és járóbeteg rendelő a városi körzetekben 6 hálózattá olvadt össze. E folyamat során menedzsment csoportok és felügyelő bizottságok alakultak, és kaptak operatív felelősségeket az összeolvadt kórházakon belül. A kórházi menedzsmentcsoportok gondoskodnak a méretgazdaságosságból származó hatékonyságnyereség kihasználásáról. Négy hálózat átszervezte a hozzá tartozó szolgáltatásokat, a túlzott kapacitás csökkentése érdekében intézményeket zárt be.

Összefoglalás

Áttekintésünkben arra törekedtünk, hogy képet nyújtsunk azokról a folyamatokról, amelyek az európai kórházak – és azon belül a magyar kórházak – tulajdon- és működési viszonyait, valamint azok változását jellemzik. Az EU-tagországok sokszínű gyakorlatából az alábbi jellemzők emelhetők ki:

Hosszú távú tervek és törvények

Néhány országban a kórházak fejlesztése, beleértve a kapacitásfejlesztést, hosszú távú tervek alapján történik. Ennek példája lehet Ausztria, vagy Észtország, ez utóbbiban a kórházi szektor fejlesztését nemzetközi szakértők részvételével készült 15 éves terv (Hospital Master Plan 2015) alapozza meg. Franciaországban a 2009-es „Kórház, a betegek, az egészség és a térségek” törvény szab szigorú keretszabályokat a kórházak működésére. A hosszú távú tervezés és a megfelelő szabályozás átlátható, kiszámítható feltételeket teremt a kórházi szektor működéséhez, és minden változás előfeltételét is jelenti.

A köztulajdonban lévő kórházak gazdasági társasággá alakulása

A kórházak működési formáira közszolgálati feladataik miatt a szakirodalom főként a non-profit működést javasolja. A kórházi szolgáltatások megfelelő minőségének biztosítására számos ország napirendjén szerepel az intézmények gazdasági társaságokká alakítása. A vállalati formában működő kórházak köztulajdonban maradnak, de magán menedzsment végzi az irányításukat. A Világbank szakértői²⁸ a hatékony, rugalmas működés innovatív példaként tekintenek a költségvetési intézményként működő kórházak gazdasági társasággá történő átalakulására. A vállalati formát választó kórházakban megmarad az intézmények köztulajdonlása, viszont a (helyi) politikai befolyásoktól mentes – a tulajdonossal szerződő – „vállalat” vezetés új működési kultúrát honosíthat meg, pénzügyi felelősséget vállalva, nagyobb rugalmassággal, eredményorientált, betegközpontú szemlélettel, a humán erőforrás-gazdálkodás változásaival (magánjog szerinti munkaerő felvétel és elbocsátás) törekszik a hatékony működésre.

Horizontális és vertikális együttműködések

A kórházak horizontális együttműködései holdingok (pl. Ausztria), hálózatok (pl. Észtország) vagy pl. térségi kórházközösségek (Franciaország) formájában megteremtik a feltételeit a felesleges párhuzamosságok leépítésének, a méretgazdaságosságból származó előnyök kihasználásának, a rugalmas forrásgazdálkodásnak, a beruházások kockázatmegosztásának. A

²⁸ Armin H. Fidler, Reinhard R. Haslinger, Maria M. Hofmarcher, Maris Jesse and Toomas Palu: Incorporation of public hospitals: A “Silver Bullet” against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints?: Case studies from Austria and Estonia. Health Policy. 2007 May;81(2-3):328-38. Epub 2006 Aug 17

szektorok (alapellátás, járóbeteg szakellátás, fekvőbeteg szakellátás és szociális ellátás) közötti együttműködések (pl. Finnország) az ellátások adekvát helyszíneinek (és így minőségének és költségeinek) megválasztását segítik.

A tulajdonlás és működés legjobb formáira nincsenek egyértelmű bizonyítékok, az általános tendenciák és néhány ország jó gyakorlata mégis figyelmet érdemel az átalakítás előtt vagy annak folyamatában lévő országok számára is.

Források:

- ▶ OEP szerződések, 2010. június 10. <http://www.eum.hu/oep-szerzodesek>
- ▶ 2009. évi Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatásából OEP FIFO 2010. http://www.gyogyinfok.hu/magyar/archiv/betegforgalmi/2009/korhazi_agyszam2009.pdf
- ▶ Állami Számvevőszék Jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről [http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/41F5B0BD0EB6BBAEC1257603004C30B3/\\$File/0921J000.pdf](http://www.asz.hu/ASZ/jeltar.nsf/0/41F5B0BD0EB6BBAEC1257603004C30B3/$File/0921J000.pdf)
- ▶ Medisyst: névértéken adja vissza a kórházakat. MTI hír: http://www.weborvos.hu/hirek/medisyst_neverteken_adja_vissza/145117/
- ▶ OECD Health Data 2010
- ▶ Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. Health working paper No50, OECD 2010
- ▶ European Hospital and Healthcare Federation <http://www.hope.be/>
- ▶ HiT, Bulgaria, 2007. European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/80592/E90023.pdf
- ▶ HiT Estonia, 2008. European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/80687/E91372.pdf
- ▶ HiT Slovenia, 2009. European Observatory on Health Systems and Policies http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf
- ▶ HiT Czech Republic, 2009. European Observatory on Health Systems and Policies: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf
- ▶ HiT Poland, 2005. European Observatory on Health Systems and Policies: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/95159/E88670.pdf
- ▶ HiT, Slovakia, 2004. European Observatory on Health Systems and Policies: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf
- ▶ HiT Portugal, 2007. European Observatory on Health Systems and Policies: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf
- ▶ Independent sector treatment centres (2009) <http://www.kingsfund.org.uk/document.rm?id=8457>
- ▶ Strategic Projects <http://www.strategicprojectseoe.co.uk>
- ▶ “Hopital, patients, santé, territoires” Une loi a la croisée de nombreuses attentes http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Loi_Hpst_07-09-09.pdf

3. Fókuszban - Kórházi tulajdonviszonyok, működési formák

- ▶ Fédération Hospitaliere de France Chiffres clés 2009.
<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalieres/Dossiers/Communication/Plaquettes-et-supports/Chiffres-cles-2009>
- ▶ Réforme "Hopital patients santé et territoires"
<http://www.connexite.fr/dossier/7186/reforme-hopital-patients-sante-territoires/focus/201006157186-agences-regionales-sante-regionalisation-au-nom-etat>
- ▶ Les établissements publics de santé
<http://www.hopital.fr/Hopital/L-Hopital-comment-ca-marche/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-publics-de-sante>
- ▶ Les établissements de santé privés
<http://www.hopital.fr/Hopital/L-Hopital-comment-ca-marche/L-hopital-au-sein-de-l-organisation-generale-de-la-sante/Les-etablissements-de-sante-prives>
- ▶ Bundesärztekammer: Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Ergebnisbericht_final.pdf
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/>
- ▶ Statistisches Bundesamt: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/>
- ▶ Bundesministerium für Gesundheit:
<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0786&doc=CMS1039007503101>
http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/9/5/8/CH0786/CMS1209378366389/samba_gesamt_internet.pdf
- ▶ Unto Häkkinen: Financing of hospital care in Finland. In: Euro Observer, 12. évf. 3.
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/euroObserver/obsvol12no3.pdf>
- ▶ ÚZIS CR: <http://www.uzis.cz/>
- ▶ Ministerstwo Zdrowia, Polska: <http://www.mz.gov.pl>
- ▶ Peggy Watson: Poland's painful market reforms BMJ 2010;340:c2837, doi: 10.1136/bmj.c2837 (Published 15 June 2010)
- ▶ Jolanta Sabbat: Different view of Polish health policy
BMJ 2010;341:c3593, doi: 10.1136/bmj.c3593 (Published 7 July 2010)
- ▶ Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky: <http://www.health.gov.sk>
- ▶ Triin Habicht et al: Hospital sector reform in Estonia. Tallin, 2006. Oraxis Center for policy studies:
http://www.praxis.ee/fileadmin/tarmo/Projektid/Tervishoid/Eesti_ja_Bulgaria_haiglareformide_uuring/Hospital_sector_reform_in_Estonia_final_cover.pdf
- ▶ Armin H. Fidler, Reinhard R. Haslinger, Maria M. Hofmarcher, Maris Jesse and Toomas Palu: Incorporation of public hospitals: A "Silver Bullet" against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints?: Case studies from Austria and Estonia. Health Policy. 2007 May;81(2-3):328-38. Epub 2006 Aug 17.
- ▶ Ministry of Health and Care Services, Norway. Department of Hospital Ownership.
<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/About-the-Ministry/org/avdelinger/The-Department-of-Hospital-Ownership.html?id=1413>
- ▶ Sverre A.C. Kittelsen, Jon Magnussen, Kjartan Sarheim Anthun, Unto Häkkinen, Miika Linna, Emma Medin, Kim Rose Olsen and Clas Rehnber: Hospital productivity and the Norwegian ownership reform – A Nordic comparative study. 2008:10, HERO On line Working Paper Series from Oslo University, Health Economics Research Programme. http://www.hero.uio.no/publicat/2008/2008_10.pdf

Weboldalak letöltése: 2010-ben folyamatos, elérhetőségük 2010. november 4-5-én ellenőrzött.

4. Az ESKI tevékenysége

Informatikai és Tájékoztatási Iroda

Dr. Surján György

2002-től kezdődtek el azok a munkák, amelyek az ESKI mai arculatának kialakulásához és kommunikációs felületeinek kialakításához vezettek. A sok, hol kisebb, hol nagyobb eseti munka mellett sikerült egységes rendszerbe szervezni a nemzetközi adatszolgáltatásokat, és azonos módszertan szerint, mintegy tíz évre visszamenőleg korrigálni azokat az eltéréseket, amelyek az egységes értelmezés és metodika korábbi hiányából származtak. Mára az ESKI a nemzetközi egészségügyi statisztikai adatszolgáltatásért felelős kijelölt intézmény, kifejezetten jó szakmai kapcsolatot tart e téren a KSH-val.

Közérdekű adatok – publikus adatszolgáltatás

2004-ben, az ESKI-vé alakulás évében – a korábbi időszak munkálatai nyomán – egy, a magyar egészségügyben újszerű szolgáltatást indítottunk el, amit IMEA-nak, Internetes Magyar Egészségügyi Adattárnak neveztünk. Szemléletünk szerint az ESKI-ben fellelhető minden adat közkincs. Célunk szerint olyan módon szervezzük adatainkat, hogy azt – az Internet lehetőségeit kiaknázva – bárki használhassa, lekérdezhesse, és a neki tetsző módon dolgozhassa fel. Adataink nemcsak megjeleníthetőek, hanem standard formátumban letölthetőek, és további gépi feldolgozásra alkalmasak.

Az IMEA ma mintegy 1800 indikátort (adatsort) tartalmaz, s bár sajnos vannak elhalt ágai, az adatok jelentős része évről évre kiegészül.

Magyarország egyedülálló nemzeti kincsének tartjuk azt az immár több mint 15 éve folyamatosan és egységes elvek szerint gyűjtött hatalmas adatvagyon, amit a tételes betegforgalmi adatok képviselnek. Munkánk célja ismételten ennek az egyedülálló értéknek a közkinccsé tétele. Sikerült TEA (Tételes Egészségügyi Adattár) néven egy olyan szolgáltatást elindítanunk, ami bárki számára lehetővé teszi az adatok statisztikai vizsgálatát. Folyamatos gondot jelent azonban az adatok késedelmes érkezése az OEP-ből és az elengedhetetlenül szükséges adattisztítás, valamint a kódtörzsek pontatlansága. Ebben az évben számos kutatási együttműködés indult az adatvagyon valódi hasznosulásának előmozdítására.

Statisztika papír nélkül

A GYÓGYINFOK 2004-es megszűnése után az ESKI másodlagos adatgyűjtő funkciója mellé megörökölte az OSAP ágazati bér- és létszám alapadatgyűjtést, amely utóbb kiegészült két további adatgyűjtéssel. Az adatszolgáltatókkal történő papír alapú kommunikáció helyett – tudomásunk szerint minden más adatgyűjtőt megelőzve – vezettük be a kizárólagosan elektronikus, félig automatizált adatgyűjtést, amely a kezdeti nehézségek után most már zökkenőmentesen működik.

Nemzetközi együttműködés

Hazai munkáink mellett 2004 óta folyamatosan részt veszünk európai kutatás-fejlesztési projektekből, amelyek révén számos európai egyetemi- és kutatóintézettel alakult ki kapcsolatunk. Ennek révén sikerült szorosabb kapcsolatba kerülnünk a WHO-val, 2008 óta WHO-finanszírozású projektben is dolgozunk, és megindult az a folyamat, amelynek eredményeként intézetünk WHO kollaborációs központtá válhat a klasszifikációk és terminológiai kutatások tekintetében.

Kódok és klasszifikációk

Végül, de nem utolsósorban említjük a kódtörzsekkel, elsősorban a BNO-val kapcsolatos munkáinkat. A BNO használatban lévő 10. verziójához a WHO számos időközi frissítést adott ki, ezek fordításával már 2009-ben elkészültünk, mely 2010-ben nyomtatásban is megjelent.

Új perspektívák

A 2010-es kormányváltást követően az Intézet számára új perspektívák nyíltak azáltal, hogy a Nemzeti Erőforrás Minisztérium egészségügyért felelős államtitkársága megkerülhetetlennek tartja a tényeken, adatokon alapuló, szükségletekhez igazított fejlesztéspolitika kialakítását, és ebben nagymértékben támaszkodik az ESKI-re mint informatikai háttérintézményre. Az UMFT operatív programjainak áttekintése során számos lehetőség nyílt évtizedek óta húzódó problémák megoldására. A korábbi széttagolt fejlesztések koordinációja érdekében az ESKI koordinációjával létrejött az Egészségügyi Informatikai Tanács, amely a jövőbeli fejlesztések összhangját hivatott biztosítani.

Országos Egészségpolitikai Könyvtár

Dr. Palotai Mária

Az Egészségpolitikai Szakkönyvtár az 1997. évi CXL. "kulturális törvény" szerint: országos hatókörű szakkönyvtár, egyúttal az egészségügyért felelős minisztérium és az ESKI szakkönyvtára.

Az utóbbi néhány év jelentős változásokat hozott a könyvtár életében.

Először profilváltás következett be: egészségpolitikai szakkönyvtárrá fejlesztettük könyvtárunkat, majd 2006-ban egy épületbe került az addig két telephelyen működő könyvtár.

Az átalakulás miatt profilidegen dokumentumokat kivontuk állományunkból. A hagyományos könyvtári funkciók mellett fejlesztettük az elektronikus szolgáltatásokat.

Magyar Orvosi Bibliográfia (MOB)

<http://hawk.eski.hu/j2ee/webbib/simplesearch.jsp>

Intézetünk 1957. óta végzi a magyar orvosi/egészségügyi szakirodalom feltárását a nemzeti bibliográfiai rendszerünk részét képező Magyar Orvosi Bibliográfiában (MOB).

- ▶ 2005-től a folyóiratcikk adatai mellett a folyóiratokban megjelenő összefoglalókat is tartalmazza az adatbázis.
- ▶ 2006-tól a MOB nyomtatott forma helyett CD-ROM-on jelenik meg. Évente 4 CD-t jelentetünk meg átlagosan 4000 új tétellel.
- ▶ 2007 elején a MOB új, saját keresőfelületet kapott. Ezzel egyszerűsödött és megnőtt a visszakeresési lehetőségek száma és egyúttal gyorsabb lett a rendszer működése.
- ▶ 2008-ban az új felületre betöltöttük az 1990. és 1997. évek mintegy 25 ezer tételes állományát.

Lelőhelyjegyzék

http://hawk.eski.hu/j2ee/leloweb/serial_search.jsp

Évenként összegyűjtjük a hazai egészségügyi, orvostudományi szakkönyvtárakban található külföldi orvosi és határterületi szakfolyóiratok adatait, melyeket 2005-ig kötet formájában jelentettünk meg. 2006-tól elektronikus formában tesszük elérhetővé a **lelőhelyjegyzéket**. Az utolsó években már a CD-ROM-ok, adatbázisok adatait is feldolgozzuk. Az adatbázishoz egy közös kereső felületet alakítottunk ki, amelyben 2002-ig hozzáférhetők az adatok.

2007-ben a könyvtár **weboldala** (<http://www.eski.hu/new3/konyvtar/konyvtar.php>) megújult, áttekinthetőbbé vált. A külön-gyűjteményeinkhez új weboldalakat készítettünk, ahonnan többek között a legfontosabb adatbázisokhoz, elektronikus folyóiratokhoz nyújtunk hozzáférési lehetőséget.

Három **külön-gyűjteménnyel** rendelkezünk

- ▶ Egészségügyi Világszervezet (WHO)
- ▶ Kábítószerügyi gyűjtemény
- ▶ Európai Unió egészségüggyel foglalkozó dokumentumai

Ezek közül a legrégebbi a **WHO gyűjtemény**.

<http://www.eski.hu/new3/konyvtar/WHOinfo.php?menu=konyvtar>

1987 óta rendszeresen megkapjuk a világszervezet angol nyelvű dokumentumait. Intézetünk az Európai Regionális Iroda dokumentációs központja és könyvtárunk a WHO letéti könyvtára. Az Egészségügyi Világszervezet dokumentumai az utóbbi években 99%-ban elektronikus úton is elérhetővé váltak, ezért a papír alapú helyett az elektronikus dokumentumokat tároljuk. Egyúttal a katalógusunkban jelezzük, hogy elektronikus dokumentumról van szó és egy kattintással elérhetővé válik a dokumentum pdf változata. A HealthOnLine szakirodalmi szemlén belül rendszeresen készítünk könyvismertetőket az Egészségügyi Világszervezet új kiadványairól.

1991-ben hoztuk létre a **kábítószerügyi gyűjteményünket**.

<http://www.eski.hu/new3/konyvtar/droginform.php?menu=konyvtar>

Hazai és nemzetközi kapcsolatokat építettünk ki, ezek közül kiemelkedik az Európai Bizottság által támogatott Gateway projektben (2002-2008) való részvételünk, a magyar honlapokat mi válogattuk és értékeltük. 2008-ban új rovatot indítottunk a lakosság számára: „Függőségekről mindenkinek” címmel, ebben lapszemle, könyvismertető, weboldal ajánló található.

<http://www.eski.hu/new3/lakossagi/kabitoszeres-hirek.php>

1999-től könyvtárunk tagja az ELISAD (European Association of Libraries and Information Services on Alcohol and others Drugs) szervezetének, 2009 októberében az ELISAD 21. nemzetközi értekezletének mi voltunk a házigazdája.

Néhány éve kezdtük kialakítani az **Európai Uniós gyűjteményünket**.

<http://www.eski.hu/new3/konyvtar/EUinfo.php?menu=konyvtar>

Az egészségüggyel foglalkozó elektronikus dokumentumok gyűjtésére fektetünk hangsúlyt.

Új szolgáltatásaink, feladataink

2007-től biztosítjuk olvasóinknak, hogy **online** is rendelhessenek **folyóiratcikk másolatokat**. <http://www.eski.hu/new3/konyvtar/kerdoiv.php> Általában a vidéki olvasók veszik igénybe a másik új szolgáltatásunkat, a **dokumentum-előkészítést**.

A könyvtárban rendszeresen tartunk rendezvényeket. Elindítottuk a **felhasználóképzést** az új intézeti és minisztériumi dolgozók részére. A képzés anyagát a honlapon is elérhetővé tettük és „Könyvek, folyóiratok, adatbázisok. A könyvtárunkban elérhető elektronikus segédeszközök irodalomkutatáshoz, irodalomfigyeléshez” címmel nyomtatott füzet formában is elkészítettük.

http://www.eski.hu/new3/konyvtar/zip_doc/ESKI%20adatbazisok%20tajeokoztato.pdf

Ezen túl adatbázis-bemutatókat szervezünk az ingyenes próba hozzáférést biztosító új szolgáltatásokról. 2010. decemberében a Magyar Könyvtárosok Egyesülete Műszaki Könyvtáros Szekciójának „Műhelybeszélgetés” című programjának könyvtárunk a házigazdája.

2010. novemberében új könyvtári integrált rendszerre (SZIKLA) váltottunk, így az eddig két adatbázisban hozzáférhető katalógusunk egy közös felületen látható és mindenkinek hozzáférhetővé vált (<http://konyvtar.eski.hu>). A multimédiás modul segítségével a rekordokhoz kapcsolt pdf-ek tárolása, visszakereshetősége is lehetővé vált. Rövid időn belül bevezetjük az elektronikus kölcsönzést. A távoli könyvtárhasználat is lehetővé válik, így pl. az otthonról történő előjegyzés, regisztráció, hosszabbítás.

Egészségügyi Rendszertudományi Iroda

Borbás Ilona

Az Egészségügyi Rendszertudományi Iroda az egészségügyi rendszerek kutatásával, a rendszerek jellemzőinek nemzetközi összehasonlításával, az egyes országok egészségügyi rendszereinek országtanulmányok formájában történő bemutatásával és az egészségügy közgazdasági elemzésével foglalkozik.

Az Iroda több nemzetközi programban is részt vesz, köztük a WHO kétéves kormányzati együttműködési megállapodása keretében a magyar egészségügyi rendszer átalakításának hatásait vizsgáló monitoring rendszer kifejlesztésében, valamint az EU Hetedik Keretprogramjának (FP7) alapellátási modelleket, azok minőségét és költségeit kutató kollaboratív projektjében.

Nemzetközi kutatások

Összehasonlító kutatások, országtanulmányok

Az egészségügyi rendszerek finanszírozásával, az egészségügyi szolgáltatások szervezésével, szabályozásával kapcsolatos kérdésekben készített összehasonlító tanulmányainkkal a rendszerek működésének innovatív, hatékony megoldásaira szeretnénk felhívni a figyelmet. Folyamatosan aktualizált országtanulmányaink egységes szerkezetben mutatják be az EU-tagországok és még számos ország egészségügyét. A régi és új EU-tagországokról szóló összefoglaló jellegű tanulmányokat könyv és ESKI füzetek formájában is megjelentettük.

Nemzetközi szakirodalmi szemle - HealthOnLine (HOL)

Nemzetközi kutatásaink, elemzéseink alapja az egészségügyi rendszerek működéséről, aktuális kérdéseiről, reformjairól szóló hírek, cikkek, tanulmányok, kutatások rendszeres szemlézése. Forrásaink között megtalálhatók: szakmai folyóiratok; minisztériumok, kutatóintézetek, nemzetközi szervezetek weboldalai, publikációi. Tallózásunk eredményeit az ESKI honlap évi több száz cikkel bővülő **HealthOnLine rovata** tartalmazza: <http://www.eski.hu/hol/cikkekh.cgi>. A rovat anyagaiból az egészségügyi döntéshozók számára havonta HOL hírlevelet állítunk össze.

Európai Unió

Az EU hatályos egészségügyi joganyagáról és az Európai Bíróságon tárgyalt egészségüghöz kötődő jogesetokról honlapunk Európai Unió rovatában nyújtunk tájékoztatást.

Egészségügyi közgazdasági elemzések

A nemzetközi kvalitatív kutatások mellett 2008 óta az Iroda kvantitatív közgazdasági elemzéseket is végez az egészségügy területén. Tevékenységünk célja az egészségügy

rendszer érintő események, makro-, mezo- és mikroszintű adatok egységes, rendszerezett bemutatása, elemzése. Metodológiánk az adatbázis-fenntartástól a helyzetfeltáráson át a döntés-előkészítési célú hatásvizsgálatokig széles skálát ölel fel, a cél minden esetben az egészségügyi rendszerekről rendelkezésre álló hiteles, megfelelő módszertannal készült, magyarázó jellegű, nyilvános információk létrehozása és beillesztése a döntéshozatali folyamatokba. Állandó tevékenységeink közé tartozik az Egészségbiztosítási Alap bevételeit és kiadásait tartalmazó adatbázisok fenntartása és folyamatos fejlesztése: http://www.eski.hu/new3/adatok/adatok_tablazonok.php

Magyarország egészségügye

Hungarian Health System Scan című angol nyelvű hírlevél

A magyar egészségügyről szóló nemzetközi tájékoztatást szolgálja a 2007-ben indított, évente 1-2 számmal megjelenő Hungarian Health System Scan című angol nyelvű hírlevelünk: <http://www.eski.hu/new3/politika/healthscan-hu.php>. A hírlevél a magyar egészségügy, egészségpolitika aktualitásairól, változásairól, a reformokról és azok eredményeiről nyújt tájékoztatást. A hírlevelet az EU-tagországok egészségügyi minisztériumai, a külföldi szakmai intézetek, szervezetek és a hazánkba akkreditált külföldi nagykövetek számára juttatjuk el. A hírlevélben közölt információkat hivatkozták már OECD, WHO tanulmányok, tartalmát a CABI (CAB International of Nosworthy Way, UK) teljes szövegű adatbázisa is feldolgozza.

Ország leírások, tájékoztatások

A hírlevél mellett magyar és angol nyelvű leprellókat, prezentációkat, cikkeket készítünk a magyar egészségügyről, annak szegmenseiről, tájékoztatást nyújtunk a hozzánk forduló külföldi érdeklődőknek, kutatóknak, újságíróknak, nemzetközi szervezeteknek.

Jogszabályokról, közérthetően

A magyar egészségügy szabályozásának változásait honlapunk 2009-ben indított Jogszabálykövetés rovatában mutatjuk be:

http://www.eski.hu/new3/jogszabaly/jogszabaly_index.php

Egészségpolitikai adatbázis

A magyar egészségügyről, egészségpolitikáról szóló tájékoztatásunkat a magyar egészségpolitikai dokumentumok adatbázisa és a napilapok, hetilapok egészségügyet érintő hírei alapján készülő eseménykövetés teszi teljessé.

Kreativitás a kutatások formai megjelenésében

Nyomtatott és interneten megjelenő kiadványaink és honlapunk magukon viselik a szakértelemmel végzett arculati tervezés jegyeit. Grafikai munkáink az egészségügy hazai és nemzetközi színterein is megtalálhatók (nemzetközi konferencia logója, honlapok arculata stb.).

Technológia-értékelő Iroda

Dr. Jóna Gabriella

A Technológia-értékelő Iroda (továbbiakban: TEI) 2004-es alapításának célja az volt, hogy az európai uniós Transzparencia Direktíva elvárásainak megfelelően Magyarországon is működjön egy olyan független szervezet, amely részt vesz az egészségügyi technológiák támogatásba való befogadásának döntés-előkészítő, elsősorban az egészség-gazdaságtani elemzések értékelését érintő folyamatában.

Technológia-értékelés

Az Iroda kiemelt, jogszabályban nevesített feladata az OEP befogadási és támogatási döntéseit megalapozó technológia-értékelések szervezeti kereteinek biztosítása, illetve a technológia-értékelési feladatok ellátása, azon belül pedig a **gyógyszer, gyógyászati segédeszköz** (továbbiakban GYSE) és **2010 második felétől a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott orvostechnikai eszközök** egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásához kapcsolódó szakértői munka ellátása.

Szakértőink kritikai észrevételt fogalmaznak meg a beadványban szereplő gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, illetve orvostechnikai eszköz hatásosságáról/biztonságosságáról, relatív hatásosságáról, költséghatékonyságáról és befogadásának költségvetésre gyakorolt hatásáról.

2004 közepe és 2010 decembere között 997 gyógyszer- és 349 GYSE-beadványt értékelt az Iroda, az év végén pedig várhatóan megérkeznek az első támogatási kérelmek a gyógyító-megelőző eljárások során alkalmazott orvostechnikai eszközök befogadására vonatkozóan is.

Gyógyszer- és GYSE-beadványok értékelése

Időszak	Gyógyszer	GYSE
2004. II. félév	187	
2005	202	
2006	145	
2007	133	56
2008	145	166
2009	98	65
2010	87	62

A kiemelt alapfeladataink mellett további tevékenységeink az alábbiakban foglalhatóak össze:

► Fejlesztés, kutatás, képzés

A TEI érdekelt az egészség-gazdaságtani elemzések módszertani kérdéseinek vizsgálatában. Az Iroda az egészség-gazdaságtani elemzések kritikai elemzésénél egységes, standard szempontrendszer alkalmazására törekszik, és külső szakértők bevonásával a gyógyszer-befogadási kérelmek esetében már kialakított egy egészség-gazdaságtani elemzések minőségét ellenőrző objektív kérdőívet. A továbbiakban a TEI szeretne hasonló módszertani fejlesztést végezni az orvostechikai és gyógyászati segédeszközök értékelésével kapcsolatban is.

A TEI kutatást végez és tervez az egészség-gazdaságtani elemzések egyes konkrét – egyes hatóanyagcsoportok relatív hatásosságának meghatározása, QALY-számítás, diszkontráta – kérdéseivel kapcsolatban is.

A TEI minden munkatársa a technológiai elemzésben felhasználható szakirányú továbbképző tanulmányokat folytatott, illetve folytat, és rendszeresen részt vesz hazai és nemzetközi tudományos konferenciákon.

► Oktatói tevékenység

Az Iroda munkatársai meghívott előadóként, illetve szakmai gyakorlatokban oktatóként vesznek részt az ELTE, a Semmelweis Egyetem-EMK és a Corvinus Egyetem képzési programjaiban.

► Bizottsági munkák

Az Iroda - 2006 óta tanácskozási joggal, 2009. január 1. óta pedig teljes jogú tagként - részt vesz az European Social Insurance Platform (ESIP) 2 havonta ülésező Medicine Evaluation Committee (MEDEV) bizottságának munkájában.

2010 januárjától az ESKI-TEI partnerként vesz részt az EUnetHTA program (2010-2012) két munkacsoportjában. A 33 HTA szervezet és kutatásokat végző intézmény közreműködésével létrejövő projekt célja, hogy a gyakorlatban bevezessen egy hatékony és fenntartható együttműködést Európában az egészségtechnológiai értékelés (HTA) terén.

Irodánk rendszeresen kap meghívást hazai eseti és állandó bizottságok munkájába is.

A Technológia-értékelő Iroda célja az, hogy az egészség-gazdaságtani elemzések minőségi és kiszámítható, standard szempontok szerinti értékelésével elősegítse az objektív és transzparens döntések kialakítását az egészségügyi technológiák támogatásba való befogadásánál.

ESKI honlap-látogatottsági statisztika

Merth Gabriella

A www.eski.hu oldalt 2009.09.07. - 2010.09.07. között eltelt időszakban 160 992-szer keresték fel a látogatók, és összesen 302 289 oldalt néztek meg ez idő alatt. A látogatások alkalmával előfordult, hogy a látogatók már az első oldalnál elhagyták a webhelyet, anélkül, hogy az oldalon bármiféle tevékenységet végeztek volna. A következőkben azok az adatok kerülnek elemzésre, melyekből kiszűrtük a fenti „azonnal visszaforduló” látogatásokat.

Ennek megfelelően a látogatások száma lecsökken 56 277-re, ami az össz látogatottságnak a 35%-át teszi ki. Mivel ez esetben már a „célzottan érkező felhasználókról” beszélünk, egy látogatás alatt több oldalra is ellátogattak a felhasználók. Ez 5,07 oldalt jelent látogatásonként. Ezzel párhuzamosan az oldalon töltött idő is magasabb, 6 perc átlagosan. A legtöbben 61-180 mp (20,35%) között látogatták az oldalt, és körülbelül ezzel azonos mértékű azoknak az aránya, akik 180-600 mp-ig (19,94%) maradtak.

Az újonnan érkező látogatók - azaz azok, akik a vizsgált időszakban elsőként látogattak el az oldalra, illetve cookie-t törölve ismét felkeresték az oldalt - látogatottságának aránya 49,19%-os.

Összesen 82 országból töltötték le az Intézet valamely oldalát a vizsgált időszakban. Természetesen legtöbben Magyarországról (95,11%) keresték fel a webhelyet, de az Egyesült Királyságból, Németországból, Romániából, Szlovákiából, Belgiumból, Franciaországból, Ausztriából, az Egyesült Államokból és Svájcban, stb. is vannak érdeklődők. (Mindegyik ország látogatottságának aránya 1% alatti.)

A weboldalra az esetek többségében a *google* rendszerén keresztül kerültek a látogatók (42,95%), 22 772-szor (40,47%) jutottak el úgy, hogy közvetlenül beírták a webhely címét, vagy könyvjelzőjükből választották ki. De érkeztek a látogatók az *Egészségügyi Minisztérium* oldaláról, *startlap.hu*-ról, a *Weborvos* és az *ok.hu* oldaláról is.

A különböző keresőkbe beírt **kulcsszavak** közül, melyek az oldalhoz való eljutást eredményezték, a leggyakoribbak: *eski* (12,79%), *eski.hu* (5,45%), *egészségügyi stratégiai kutatóintézet* (2,53%), *eurostat* (2,12%), *www.eski.hu* (1,86%), *oecd health at a glance 2009* (1,70%), *egynapos* (1,40%), *beavatkozással nem járó vizsgálat engedélye* (1,23%), *medinfo* (1,07%).

A legnépszerűbb aloldalakat a következő táblázat mutatja:

Aloldal	Aloldal neve	Oldalmegtekintések aránya (%)
www.eski.hu	Főoldal	20,20
/new3/adatok/adatok.php	Egészségügyi információk, adatok	3,78
/new3/konyvtar/konyvtar.php	Szakkönyvtár	3,00
/new3/lakossagi/lakossagi.php	Lapszemle	2,49
/new3/adatok/adatok_alap.php	Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól	2,23
/new3/JESZ_palyazat/index.php	JESZ pályázat 2010. II.	2,07
/hol/cikkek/cgi	HealthOnLine	1,81
/new3/adatok/adatok_tablazatok.php	Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól	1,76
/new3/politika/eski_tanulmanyok.php	Tanulmányok, ESKI füzetek	1,32
/new3/adatok/beruhazasstat-index.php	Beruházás-statisztika	1,25

Aloldalak vizsgálata

A kattintás száma szerint az **Adatok, statisztikák, kódok** aloldalon a következő alpontok a legnépszerűbbek: Alapvető adatok, Beruházás-statisztika, Nemzetközi adatszolgáltatások, Bérstatisztika.

Ha valaki az **Alapvető adatokra** kattint, akkor a kattintások 60%-ában ezután rákattint arra is, hogy *a fentiek tudomásul veszi és elfogadja*. Ezek után a *Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól* című oldalhoz jut.

A **Beruházás-statisztikára** klikkelők 72%-a kattintott *Az esedékes, 2009. tárgyévi adatszolgáltatás dokumentumai és az adatszolgáltatás programja*-ra.

A **HealthOnLine tartalmak** közül a legnépszerűbb témakörök:

- ▶ Ország információk
- ▶ Egészségügyi statisztika
- ▶ EU Egészségügy
- ▶ Egészségügyi rendszerek működése
- ▶ Népegészségügy
- ▶ Egészségpolitika
- ▶ Finanszírozás
- ▶ Egészségügyi Világszervezet
- ▶ Egészségügyi reformok

Könyvtár esetében pedig:

- ▶ Szakkönyvtár –nyitóoldal
- ▶ A magyar orvosi bibliográfia betűrendes tárgyszó készlete
- ▶ Szakkönyvtár-bemutató

A látogatások 72%-ában a látogatók elsőként a www.eski.hu-t keresték fel

Ezután leggyakrabban a következő oldalak kerültek megtekintésre:

Tartalom	Oldal neve	Kattintások
/new3/konyvtar/konyvtar.php	Szakkönyvtár	11,43%
/new3/adatok/adatok.php	Egészségügyi információk, adatok	10,54%
/new3/JESZ_palyazat/index.php	JESZ pályázat 2010. II.	6,81%
/hol/cikkek/cgi	HealthOnLine	4,53%
/new3/adatok/adatok_alap.php	Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól	4,18%
/new3/lakossagi/lakossagi.php	Lapszemle	3,30%
/new3/bemutat/bemutat.php	Magunkról	3,22%
/new3/adatok/beruhazasstat-index.php	Beruházás-statisztika	3,17%
/new3/bemutat/munkat.php	Munkatársaink	2,79%
/new3/bemutat/intezet.php	Intézet	2,60%
/new3/politika/eski_tanulmanyok.php	Tanulmányok, ESKI füzetek	2,59%

Azok aránya, akik az információgyűjtés után visszatértek a főoldalra és innen hagyták el a weblapot, 16 %.

Ha az intézményben dolgozókat nem vesszük figyelembe, az egy-egy látogatásonként megtekintett oldalszám megegyezik a fent említettel (5 oldal). Az átlagos időt, amit ott töltenek, hajszállal múlja alul az összes látogatónál jellemző *6 percet (00:05:51)*. Az olyan látogatások százalékos aránya, amelyeknél a látogatók előzőleg még soha nem látogatták meg a webhelyet érthető módon magasabb: 56,03%.

Ha az intézményben dolgozókat nem vesszük figyelembe, akkor a legnépszerűbb tartalmak az alábbiakban változnak:

Tartalom	Oldal neve	Oldalmegtekintések aránya (%)
www.eski.hu	Főoldal	18,04
/new3/adatok/adatok.php	Egészségügyi információk, adatok	4,24
/new3/konyvtar/konyvtar.php	Szakkönyvtár	3,22
/new3/lakossagi/lakossagi.php	Lapszemle	2,71
/new3/adatok/adatok_alap.php	Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól	2,54
/new3/JESZ_palyazat/index.php	JESZ pályázat 2010. II.	2,23
/new3/adatok/adatok_tablazarok.php	Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól	2,00
/hol/cikkek/cgi	HealthOnLine	1,53
/new3/politika/eski_tanulmanyok.php	Tanulmányok, ESKI füzetek	1,44
/hol/cikkek/cgi?temakor=25	HealthOnLine – Ország információk	1,34

Melléklet

Borbás Ilona, Lakó Erika, Mihalicza Péter, Szórá Erika, Varga Eszter

A. Hírek, események

Január

2009. január 1-től társadalombiztosítási támogatással, szakorvosi javaslatra rendelhető gyógyszer esetén a szakorvosi javaslatot adó orvos orvosi bélyegzőjének számát, valamint a szakorvosi javaslat keltét is fel kell tüntetni a vényen.

2009. január elsejétől az orvosnak a BNO kódot minden vényen fel kell tüntetnie, függetlenül attól, hogy a beteg a gyógyszer megvásárlása kapcsán részesül-e társadalombiztosítási támogatásban vagy sem.

2009. január elsejei hatállyal megváltozott az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) felépítése, eddigi területi igazgatási szervei helyett a kormány hét regionális egészségbiztosítási pénztárat hozott létre.

2009. január elsejétől a humán reprodukciós eljárásokról az egészségügyi szolgáltatóknak jelentést kell küldeni az Egészségügyi Minőségfejlesztési és Kórháztechnikai Intézet számára.

Január 1-től a kiegészítő tevékenységet folytató egyéni vállalkozó, a kiegészítő tevékenységet folytató társas vállalkozó után a társas vállalkozás, valamint a 39. § (2) bekezdésben meghatározott személy által fizetendő egészségügyi szolgáltatási járulék havi összege 4500 forint (napi összege 150 forint). A módosítás előtt a havi összeg 4350 forint, a napi összeg pedig 145 forint volt.

Január 5-én átadták a Dél-Alföld mentőhelikopter bázisát Szentesen.

A szegedi egészségügyi rendszerben 2007-ben elindított integráció során a Szegedi Tudományegyetem Klinikai központja szervezi egységes rendszerbe a saját, valamint a városi önkormányzat kórházának és szakrendelőjének működését. *Az integrált szegedi egészségügyi szakellátásban több, a betegeket közvetlenül érintő ellátás-szervezési változás történt 2009-ben, pl.: új helyére költözött az Onkoterápiás Osztály, átadták az új traumatológiai osztályokat, az új Neurorehabilitációs Osztályt és a Szívkatéteres Laboratóriumot. Autolog Őssejt-transzplantációs Részleg kezdte meg működését, átadásra került a Laboratóriumi Medicina Intézet. Új helyre költözött a Belgyógyászati Klinika Krónikus Belgyógyászati és Geriátriai Osztálya, korszerű alvásdiagnosztikai és -terápiás centrumot adtak át. Az integráció költségeit részben EU-támogatással finanszírozzák.*

Új szülészeti és gyermekosztályt építettek a balassagyarmati dr. Kenessey Albert Kórházban. A beruházást címzett állami támogatásból finanszírozták.

Január 14-én új, magasabb komfortfokozatú gyermekosztályt adtak át a dunajvárosi Szent Pantaleon Kórházban. A felújítást önkormányzati hitelgaranciával felvett hitelből finanszírozták.

Az Egészségügyi Minisztérium mintegy 90 millió forintot adott át a kistélepülésen lakók komplex népegészségügyi szűrésének elősegítésére kiírt pályázat nyerteseinek. Pályázhattak a szűrésre jogosult emlőszűrő mobil egységek, az ÁNTSZ működési engedéllyel rendelkező mobil szűrőegységet üzemeltető, fenntartó egészségügyi szolgáltatók; valamint azok a 20 000 lakosnál nem nagyobb települések önkormányzatai, továbbá szakmai és civil szervezetek, amelyek vállalták a behívott lakosságnak a területileg illetékes Komplex Mammográfiás Szűrőközpontokhoz, illetve Mammográfiás Szűrőállomáshoz való szervezett eljuttatását.

Január végén megszűnt a Baranya Megyei Kórházhoz tartozó pécsi tudószanatórium, az ágyak a kórház más épületeibe, az Irgalmas Rendhez és harkányi kórházba kerültek. Az ingatlant az önkormányzat értékesíti és a kórház adósságának csökkentésére fordítja.

Az Infrastruktúra-fejlesztés az egészségpólusokban címet viselő pályázaton a Szegedi Tudományegyetem 11,1 milliárd forintos támogatás nyert el az új, csaknem háromszáz ágyas klinikai tömb megépítésére, ahol elsősorban a manuális szakmák művelői kapnak majd helyet.

Február

2009. február 1-től megszűnt a cégautó adó alapján fizetendő 25%-os EHO fizetési kötelezettség.

Az Országgyűlés döntése értelmében 2009. február 15-től a gyógyszergyártóknak újra fizetni kell a gyógyszereket és a gyógyászati segédeszközöket ismertető tevékenységet végzők után az úgynevezett orvoslátogatói díjat (a díj 416 ezer Ft/fő/hó a gyógyszerismertető és 83 ezer Ft/fő/hó a gyógyászati segédeszközöket ismertető után).

Kiemelt ápolási szolgáltatást nyújtó gerontológiai pszichiátriai részleggel bővült a debreceni Kenézy Gyula Kórház felnőtt pszichiátriai osztálya. Önkormányzati forrásból alakították ki a 2-3-4 ágyas fürdőszobás szobákból álló, 20 ágyas, kiemelt ápolási szolgáltatást nyújtó gerontológiai pszichiátriai részleget. Az ellátás közfinanszírozás mellett kiegészítő ellátási díj fizetésével vehető igénybe.

Három új, ifjúsági védőnői, egészségügyi rehabilitációs menedzseri és alkalmazott szociális gerontológiai továbbképzési szak indult februárban a Debreceni Egyetem nyíregyházi Egészségügyi Karán.

Regionális Neuropátia Centrum nyílt a szekszárdi Balassa János Kórházban. A Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza szakmai és anyagi támogatásával, egy magáncég neurometerrel, diagnosztikai csomaggal, valamint a vizsgálatokhoz szükséges neurotesztekkel és a fogyóeszközök pótlásának folyamatosan biztosításával járult hozzá a Centrum létrehozásához és üzemeltetéséhez.

2009. február 16-án az Országgyűlés kihirdette a Magyar Köztársaság és Bosznia-Hercegovina közötti Egyezményt, melynek célja a társadalombiztosítási és a szociális ellátások biztosításának kétoldalú szabályozása.

Átadtak két csúcstechnológiás műtőt a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumának (DEOEC) Idegsebészeti Klinikáján. A beruházást magánbefektető finanszírozta.

Holdingba szervezte át és vonta össze a fenntartásában működő nyíregyházi, fehérgyarmati és nagykállói kórházat február 25-i döntése szerint a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Közgyűlése. A funkciókat szétosztották, megszervezték a közös háttérszolgáltatásokat, beszerzéseket. A rendszerben egyetlen menedzsment intézi a számviteli, a minőségügyi, a belső ellenőrzési feladatokat.

Március

2009. március elsején hatályba lép az egészségügyi miniszter rendelete, mely szabályozza a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre vonatkozó kereskedelmi gyakorlatot, az ezeken a termékeken feltüntetendő figyelmeztető szöveghez kapcsolódó szabályokat, az ismertetésre és az ismertető személyre (orvoslátogató) vonatkozó szabályokat, valamint a gyógyszer és gyógyászati segédeszköz adományozás szabályait.

2009. március 1. A Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma vette át 20 esztendőre Kazincbarcika Város Önkormányzatától a Kazincbarcikai Városi Kórház működtetését.

A fenntartó megyei önkormányzat és a gyulai Pándy Kálmán Kórház 300-300 millió forintot fordít az elavult patológia fejlesztésére Gyulán.

Hétből öt régióban volt eredményes a regionális egészségbiztosítási pénztár (REP) igazgatói posztjára február 27-i határidővel kiírt pályázat. A Közép-magyarországi és a Közép-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár pályázata annak ellenére eredménytelenül zárult, hogy a pályamunkák érvényesek voltak, azonban az ágazat vezetői a pályázókat más területen kívánják foglalkoztatni.

A gyógyító-megelőző ellátásokra elkölthető előirányzatok 13 milliárd forinttal csökkentek az eredeti előirányzathoz képest.

Az Alkotmánybíróság 2009. március 16-án hozott határozatában megállapította az egészségügyért felelős miniszter két rendeletének a betegek egészségügyi, azaz különleges adatainak kezelésére vonatkozó szabályozása alkotmányellenességét. Ellentétes az alkotmánnyal az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról szóló 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendeletben meghatározott, az orvos által a vényen feltüntetendő adatkör egy része (a beteg neve, lakcíme, születési ideje, TAJ száma, valamint betegségének a betegségek nemzetközi osztályozása szerinti (BNO) kódja, közgyógyellátott beteg esetén a közgyógyellátási igazolvány száma), ezt az Alkotmánybíróság a jövőre nézve megsemmisítette. A 14/2007 (III. 14.) EüM. rendelet azon szabályai szintén alkotmányellenesek, melyek kimondják, hogy a gyógyászati segédeszköz rendelésére szolgáló vényen fel kell tüntetni a beteg betegségének BNO kódját. A jogalkotó a problémát az egészségügyi adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény bővítésével orvosolta (egészségügyi adat kezelhető az egészségügyi ellátásokra jogosultak részére vényen rendelt gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és gyógyászati ellátás folyamatos és biztonságos kiszolgáltatása, illetve nyújtása érdekében is).

Megkezdte működését az Országos Pszichiátriai Központ, amely a megszüntetett Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet módszertani munkáját vette át.

2009. március 21-től a 85%-os normatív gyógyszer-támogatási kulcs 80%-ra csökken.

Március 26-án eladta az Európai Újjáépítési és Fejlesztési Bank (EBRD) a HosplInvest Zrt.-ben lévő 30 százalékos tulajdonrészét, amelyért 2007-ben négymillió eurót (mai áron 1,2 milliárd forintot) fizetett.

Április

2009. április elsejei hatállyal módosul az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának szabályozása. A módosítással a kormány eltörli a teljesítményvolumen fogalmát, és az erre vonatkozó szabályozást, helyette az előre meghatározott alapidíjjal finanszírozzák a teljesítmény 70%-át, míg a maradékot lebegő finanszírozással.

2009. április elsejei hatállyal az egészségügyi szolgáltatóknak a jogosultságukat igazolni nem tudó belföldi és külföldi személyek sürgősségi ellátása esetén törekedniük kell arra, hogy az ellátás költségeit behajtsák más forrásból, ha ez eredménytelen, ennek igazolásával együtt pótlólag jelenteniük kell a teljesítést a finanszírozó részére, legkésőbb az ellátást követő hatodik hónap tizedik napjáig, ellenkező esetben nem kapják meg a nyújtott ellátás finanszírozását.

A szolgáltatót a - külön jogszabályok szerint - beutalásra jogosult orvos rendelése alapján elvégzett betegszállítás után kiegészítő betegszállítási díj illeti meg, amelynek mértéke április

1-ig betegkísérő közreműködését igénylő szállítás esetén betegenként 240 forint volt, április 1. után pedig 750 forint lett, betegkísérő közreműködését nem igénylő szállítás esetén pedig betegenként 125 forintról 250 forintra nőtt.

Április 1-től a halottszállításért közigazgatási határon belül az addig érvényes legfeljebb 7000 forint helyett 8400 forint, közigazgatási határon túli esetben az addigi 10 500 forint helyett 12 600 forint szállítási díj illeti meg az intézetet, amennyiben a költséget igazoltan kifizette.

Áprilistól 334 közmunkás kezd el dolgozni a kórházakban. A Szociális és Munkaügyi, valamint az Egészségügyi Minisztérium 2008 végén közösen döntött arról, hogy a fekvőbeteg-ellátás humánerőforrás-ellátottságának javítása érdekében 2009-ben pályázati úton lehetőséget biztosít regisztrált munkanélküliek képzésére és foglalkoztatására a fekvőbeteg-ellátó intézményeknél. A közmunkásokat gyakorló ápolói, ápolási asszisztensi, kórházi kisegítői és adminisztratív dolgozói munkakörökre képezik ki.

Az európai uniós irányelvnek megfelelően április 3-tól hazánkban is kivonták a forgalomból a higanytartalmú hő- és vérnyomásmérőket, hogy a környezet és egészség védelme érdekében csökkenjen a forgalomba bocsátott higany mennyisége.

Április elején csődvédelmet kért a HospInvest.

2009. április 6-án lépett hatályba az egészségügyi miniszter módosító rendelete, amely a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről szóló 4/2000. (II.25.) EüM rendeletet és a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről szóló 66/1999. (XII.25.) EüM rendeletet módosította. A módosítás szerint az önkormányzat ellátási érdekből olyannal is köthet háziorvosi feladatátvállalási szerződést, aki klinikai szakképesítéssel rendelkezik, de háziorvosival nem, megszerezte a praxis működtetési jogát, valamint vállalja, hogy a háziorvosi szakképesítést 5 éven belül egyéni képzési terv alapján megszerzi, és képesítő vizsgát tesz.

2009. április 9-étől az addig használatos vényt felváltja a vonalkódos orvosi rendelvény.

Az országgyűlés egészségügyi bizottsága támogatta Székely Tamás egészségügyi miniszterre történő újbóli kinevezését.

Egy, főként a szív, az agy és a csont elváltozásainak kimutatását megkönnyítő, de a daganatdiagnosztikában is fontos szerepet játszó berendezéssel, egy úgynevezett SPECT-tel gazdagodott a Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház Izotópdiaosztikai és Terápiás részlege.

Összesen 230 millió forint értékű magánberuházás keretében új egészségcentrum létesítését kezdték meg Egerben. Eger első magán egészségcentrumának beruházója a magyar magánszemélyek által alapított Agria Platanus Kft. Az egészségcentrumban 12 féle járóbeteg szakellátás, védőnői szolgálat működik majd, többek között háziorvosi-, gyermekorvosi

rendelőket és védőnőket összpontosítanak itt, fogorvosi rendelő és gyógyszerár is épül.

2009. április 25-étől új, egységes szabályozása van az egyes főbb betegségcsoportok finanszírozási eljárásrendje összeállításának és szakmai egyeztetése lefolytatásának.

Egymilliárd forintos beruházással elkészült Heim Pál Gyermekkorház ötszintes új G épülete. A beruházás költségét nagyjából a Heim Pál Gyermekkorház Fejlesztéséért Alapítvány fedezte, jelentős részben az adózók által felajánlott 1%-ból és magánszemélyek támogatásaiból.

Május

Több mint egymilliárd forint ráfordítással újították föl, és új műszerparkkal látták el a Fővárosi Péterfy Sándor utcai Kórházhoz tartozó baleseti központot a Fiumei úton.

Magyarország is bekerült az Egészségügyi Világszervezet (WHO) globális influenza-ellenőrző hálózatába, amelyet a szervezet a központi és nemzeti laborok közötti gyorsabb adatcsere miatt hozott létre.

A négy szervezetet (Kenézy Kórház Nonprofit Kft., az Egészségügyi Járóbeteg Központ Nonprofit Kft. és két vagyonkezelő gazdasági társaság) tömörítő debreceni Önkormányzati Egészségügyi Holding Zrt. májusban Debrecenben racionalizálta, és átalakította a járóbeteg-rendelést, és a Bethlen utcai rendelőintézetbe telepítette. A racionalizálással az átfedést kívánják megszüntetni a járóbeteg-ellátásban.

Magyarország hivatalosan megkapta az Egészségügyi Világszervezettől az új típusú influenza elleni oltóanyag előállítására alapjául szolgáló vírustörzset.

Június

Júniusban kétéves, csaknem 900 millió forintos össztársadalmi kampányt indított az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) a szűrések népszerűsítésére.

Az Egészségügyi Világszervezet hatos fokozatra emelte az influenza-riasztást.

2009 júniusában a kormány új rendeletet fogadott el az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, azaz a rezidensképzésről, ennek szabályai azonban csak 2010-ben lépnek életbe. A jogszabály tartalmazza a szakképzési rendszerben való részvétel feltételeit, finanszírozási formáit (államilag támogatott vagy költségtérítéses), a központi gyakornoki rendszer és a rezidensképzés bemutatását, az őket megillető fizetést, a gyakornoki helyek létesítésének állami támogatását, a gyakornoki helyek megpályázásának módját, a szakképzési jogviszony kereteit. Emellett tartalmazza azt, hogy a rezidensek kötelesek a képzési költségekhez nyújtott állami támogatás ellentételezéseként a szakképzési idő alatt, valamint az

azt követő négy évig a munkáltatónál a szakképzésének megfelelő egészségügyi tevékenységet végezni. Valamint, hogy a központi gyakornokok kötelesek a szakképzés képzési költségéhez nyújtott állami támogatás ellentételezéseként a szakképzés megszerzése után legalább négy évig a Magyar Köztársaság területén, államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál a szakképzésének megfelelő, egészségügyi tevékenységet folytatni. Ez utóbbi szabályozást a hallgatók röghöz kötésnek minősítették és tiltakoztak ellene. (2010-ben az új kormány rendelete többek között a négy éves megkötéseket hatálytalanította.)

Július

2009. július elsejétől változik a foglalkoztató és a biztosított egyéni vállalkozó által fizetendő társadalombiztosítási járulék mértéke. Az eddigi mérték 29% volt, mely a módosítást követően úgy alakul, hogy a minimálbér kétszeresének megfelelő járulékalapig 26%, a járulékalap minimálbér kétszeresét meghaladó része után pedig 29%. A 3 százalékpontos kedvezmény teljes egészében a munkáltatói egészségbiztosítási járulék 5%-ról 2%-ra csökkenése révén valósul meg.

Az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter az egészségügyi szolgáltatások finanszírozása kapcsán meghatározta a 2009. április havi teljesítményeken alapuló, 2009. július hónapra történő kifizetésektől kezdődően megállapított országos alaplíjakat. Ennek megfelelően az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítményegységének forintértéke 150 000 forint, a járóbeteg szakellátás teljesítményegységének forintértéke 1,60 forint.

Július elsején elindult a háziorvosi minőségbiztosítási rendszer tesztidőszaka. A háziorvosi és házi gyermekorvosi szolgálatok által végzett minőségi tevékenységének ösztönzése érdekében, országosan egységes indikátorrendszer kidolgozására került sor. Az indikátorok elsősorban a háziorvosi szolgálatok szakmai munkáját hivatottak mérni. Az indikátorrendszer célzottan kívánja vizsgálni a háziorvosok „kapuőri” szerepét, az általuk végzett szakmai munkát és az egyéb ellátási szintekkel való kapcsolatot. A vizsgált területek: védőoltások, szűrések, háziorvosi gondozás, definitív ellátás, gyógyszerrendelési szokások. Az indikátorokat az év során teszt formában vezették be, nem voltak hatással a háziorvosi szolgálatok finanszírozására. Az indikátorok mértékéhez szükséges adatok a B300-as tételes betegforgalmi jelentésekből, a járóbeteg-szakellátás és fekvőbeteg ellátás adataiból, valamint a gyógyszeradatokból származnak.

Az Egészségügyi Minisztérium áprilisi tájékoztatója szerint július 1-je után az egészségügyi tárca és az OEP által előre meghatározott célérték alapján a gyógyszereket az elvártnál költségesebben rendelő orvosok 5%-a esetében az OEP kötelező továbbképzésen való részvételt rendel el, melynek képzési anyaga az illetékes hatóságok és szakmai szervezetek együttműködésének eredményeképpen alakul ki.

Drágultak a gyógyászati segédeszközök júliustól, 20-ról 25 százalékra nőtt ugyanis az áfa. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár listáján 1879 termék szerepelt a társadalombiztosítási támogatási körben, ebből 1821-et érintett a változás.

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet 250 millió forintos állami forrás segítségével közel 3000 négyzetméternyi területen alakított ki pszichoterápiás és pszichoszomatikus rehabilitációs gyógyító osztályt.

A Debreceni Egyetemen 2009. július 2-án megnyílt Magyarország legnagyobb Nukleáris Medicina Központja. Az új épületben helyet kapott a SPECT, PET és CT vizsgálatokat végző AnyScan készülék. A beruházást a Mediso Kft. végezte, a központot a PET-CT Orvosi és Diagnosztikai Kft. bevonásával üzemelteti.

Az egészségügyi tárca 2009. július 3-i hatállyal rendeletet bocsátott ki az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések megelőzése érdekében. A rendelet az egészségügyi szolgáltatók és az egészségügyi hatóságok fenti témával kapcsolatos feladatait tartalmazza.

Július 7-én felbontották a HospInvest Zrt-vel az egri Markhot Ferenc Megyei Kórház működtetésére tavaly októberben megkötött szerződést, és a Heves Megyei Önkormányzat saját gazdasági társaságot hozott létre az intézmény üzemeltetésére.

Július 10-én adták át a másfél milliárdos magánberuházással kardiológiai szanatóriummal átalakított nógrádgárdonyi Majláth-kastélyt. A beruházás a korábbi megyei tüdőgyógyintézet területén történt, miután a Nógrád Megyei Önkormányzat a megye új egészségügyi struktúrájának kialakítása során a tüdőgyógyászatot funkcionálisan összevonta a balassagyarmati Kenessey Albert Kórházzal, és az épület értékesítése mellett döntött.

A Dél-dunántúli Regionális Egészségbiztosítási Pénztár Baranya, Somogy és Tolna megyében előre bejelentetten ellenőrizte a háziorvosi parxisokat. Azokat a rendelőket kötelezték a kártyapénz visszafizetésére, ahol a páciens törzskartonját a jogszabályban előírt időszakon, kortól függően két vagy három éven belül nem újítták meg a háziorvosok.

Az Alkotmánybíróság döntése értelmében most már az adófizetőkön kívül a járulékfizetők is számíthatnak arra, hogy az APEH méltányosságból részben vagy egészben elengedi a tartozást, a késedelmi pótlékot vagy a mulasztási bírságot, illetve lehetőséget biztosít a részletfizetésre, illetve fizetési halasztásra.

Július 15-től pontosította jogviszony-nyilvántartó rendszerét az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP); két további visszajelzéssel bővül a rendszer, a zöld és piros mellett megjelenik a kék (külföldön biztosított, átmenetileg érvénytelen) és a barna (egyéb okból érvénytelen) jelzés is. (A Magyarországon rendezett jogviszonnyal rendelkező személyek esetében zöld jelzés érvényes, a rendezetlen jogviszonnyal rendelkezők esetében a piros jelzést használják.)

Augusztus

2009. augusztus elsejétől a biztosítási jogviszony megszűnését követően csak harminc napig jár táppénz (az eddigi 45 nap helyett). A biztosítási jogviszony megszűnése után folyósított táppénz lejártát követően az egészségbiztosítási szerv méltányosságból már csak 30 napra hosszabbíthatja meg a táppénz-fizetést (az eddigi 45 nap helyett). A táppénz összege folyamatos, legalább kétévi biztosítási idő esetében a figyelembe vehető jövedelem naptári napi átlagának hetven százaléka volt, mostantól a hatvan százaléka, az ennél rövidebb biztosítási idő esetében vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás tartama alatt az említett jövedelem hatvan százaléka volt, mostantól pedig ötven százaléka. Továbbá ezentúl a táppénz egy napra járó összege nem haladhatja meg a jogosultság kezdő napján érvényes minimálbér 400 százalékának, a biztosítási jogviszony megszűnését követően a minimálbér 150 százalékának harmincad részét.

Augusztus elsejétől Heves megyében a korábban HosplInvest által működtetett gyöngyösi és a hatvani kórház üzemeltetését is visszavette a tulajdonos önkormányzat.

2009. augusztus 14-én a kormány határozatot hozott az új típusú H1N1 influenzavírus elleni védekezéssel összefüggő kormányzati feladatok összehangolásáról.

A kormány összesen 4 + 2 millió H1N1 oltóanyagot rendelt a gyártótól, amely a lakosság 60 százalékának elegendő. Ebből 2 milliót patikai forgalomba helyeztek, a többit a 3 év alatti gyermekek, 65 év feletti, krónikus betegek, illetve a terhes nők oltására szánták.

2009. augusztus 16-i hatállyal módosul a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatása. A gyógyászati segédeszközök árához és kölcsönzési díjához nyújtott támogatás mértéke csökken, valamint megszűnik a 100%-os támogatás, a legmagasabb mértékű százalékos támogatás 98%-os lesz, de az egy vényre kiállított 98%-os támogatási mértékű gyógyászati segédeszközök után a közfinanszírozás alapjául elfogadott ár és támogatás összegének különbözetéből a beteg által fizetendő összeg nem haladhatja meg az 5000 forintot.

2009. augusztus 20-tól az otthoni szakápolási tevékenységről szóló rendelet kiegészül az otthoni hospice ellátásra vonatkozó szabályozással.

Szeptember

2009. szeptember 1-től a járóbeteg ellátásban a 2006-tól érvényes „5 perces” szabályt minimumidő szabályozás váltja fel. Ennek értelmében nem számolhatók el teljesítményként az adott rendelésen a havi összesített rendelési időt meghaladóan végzett tevékenységek abban az esetben, ha a rendelésen nyújtott - a járóbeteg-szakellátás egyes tevékenységeinek minimális ellátási idejéről szóló a 9/1993 NM rendelet 17. számú melléklete szerint, illetve az ott meghatározottak hiányában legalább 2 perc ellátási idő alapján számított - összesített havi ellátási idő meghaladja a tárgyhavi rendelési időt.

2009. szeptember elsejétől az egészségügyi tárca jogszabály módosításokkal segíti elő a 16 éveseknek szervezett ingyenes orvosi vizsgálat megvalósítását a 2009/10-es tanévtől kezdődően, valamint az új Egészségügyi Könyv bevezetését.

Október

2009. október elsejétől a kormány a vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatának engedélyezése során a vizsgálat szakmai-etikai megfelelése, az alkalmazott módszerek és a résztvevők számára készült tájékoztató értékelése szakkérdésében szakhatóságként az ETT Klinikai Farmakológiai Etikai Bizottságát, valamint annak albizottságát jelöli ki, immunológiai szakkérdésben szakhatóságként az Országos Epidemiológiai Központot jelöli ki.

2009. október elsejétől a kormány a gyógyszer-, illetve gyógyászati-segédeszköz ismertetési tevékenység tekintetében a szolgáltatás felügyeletét ellátó hatóságként az Egészségbiztosítási Felügyeletet jelöli ki.

Megállapodás született a szakellátó intézmények és a Kormány képviselői között egy októberi 4,5 milliárd forintos járóbeteg- és aktív fekvőbeteg szakellátási előirányzat-emelésről, melyet a 2010-es költségvetés terhére további 6 milliárd forint követ.

Kiemelt technológiai színvonalú CT berendezést telepítettek a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központjába.

A kiskunfélegyházi önkormányzat támogatásával rehabilitációs szakkórházzá alakul a városi kórház, amely a rehabilitáció mellett emelt szintű járóbeteg-ellátást is végez. Az önkormányzat a városi kórháznak 340 millió forint önkormányzati támogatást szavazott meg 2009-re.

Az emberen végzett orvostudományi kutatásokról szóló, valamint az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról szóló egészségügyi miniszteri rendeletek 2009. október 21-től kiegészülnek a humángenetikai vizsgálat céljából való mintavétel szabályaival, valamint az utóbbi a feltételezett, nem várt súlyos mellékhatás szabályozásával. Valamint ugyanezen hatállyal szabályozásra kerül az orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata.

23 milliós szív ultrahangvizsgálatára alkalmas, modern géppel gazdagodott a Koronária Alapítvány jóvoltából a Bajai Kórház.

A Közép-Dunántúli Régióban megváltozott az invazív kardiológia beutalási rend. Az ÁNTSZ regionális szervezete a sürgősségi betegbeutalás keretében a településeket kórház közbeiktatása nélkül az időben legközelebbi centrumhoz csatolta. Ezek a központok Székesfehérváron, Győrben, Budapesten és Balatonfüreden működnek.

A háziorvosok kétszáz forintot kapnak a H1N1 vakcina beadásáért.

November

2009. november 1-i hatállyal módosul az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának szabályozása. A módosítással a kormány visszatér az áprilisban eltörölt teljesítményvolumen finanszírozáshoz.

A 2009. november elsejét követő kifizetésektől kezdődően az egészségügyi miniszter és a pénzügyminiszter döntése alapján az egészségügyi szolgáltatások országos alaplíjai a következők szerint alakulnak: az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítményegységének forintértéke 146 000 forint, a járóbeteg-szakellátás teljesítményének forintértéke 1,46 forint.

Új influenza elleni védőoltási kampány indult novemberben az általános iskolákban és az óvodákban a 14 éven aluli gyermekek és a dolgozók beoltására.

Modern EKG-készülék került a Szív Hangja Alapítvány adományaként a salgótarjáni Szent Lázár Megyei Kórház csecsemő- és gyermekosztályára.

Mozgásszervi diagnosztikát végző 3T MR-berendezést telepítettek a Pécsi Diagnosztikai Központba. A társadalombiztosítás nem kötött a vizsgálatokra finanszírozási szerződést. Egyéb finanszírozott kapacitásaik terhére a betegek egy részét ingyen látják el.

Egészségügyi kutatás-fejlesztési klaszterközpont jött létre Balatonfüreden. A centrum neves hazai egyetemekkel is együttműködő orvosi, orvosbiológiai műszerek, terápiás eljárások, funkcionális élelmiszerek és gyógyszer-kombinációk fejlesztésére, gyártására szakosodik.

2009. november 18-ai hatályba lépéssel az egészségügyi miniszter kiadta az egységes egészségügyi ágazati humán erőforrás-monitoring rendszer működésének részletes szabályait.

A korábban a HosplInvest Zrt.-ből kiváló Medisyst Kft. kiszállt az egészségügyi intézmények működtetéséből. A cég visszaadta a mezőtúri, körmendi és tapolcai kórházak üzemeltetési a jogát a helyi önkormányzatoknak.

Az egészségügyi tárca 2009. november 21-i hatályba lépéssel szabályozta az egészségügyi szakértői tevékenységgel kapcsolatos kérdéseket, így a szakértői tevékenység végzésre jogosító engedély feltételeit, valamint a bejelentéshez kötött szakértői tevékenység végzésének feltételeit. A szakértői tevékenységnek két fajtája van, a szakértői tevékenység és a bejelentéshez kötött szakértői tevékenység. A szakértői tevékenység alapvetően orvosi szakterületekre irányul, míg a bejelentéshez kötött szakértői tevékenység az egészségügyi rendszer szervezésére irányul.

2009. november 25-én jelent meg az Egészségügyi Minisztérium új szakmai irányelveit, szakmai protokolljait és módszertani leveleit tartalmazó Egészségügyi Közlöny. A közlöny ápolás (1), belgyógyászat (2), csecsemő- és gyermekgyógyászat (6), fog- és szájbetegségek (1),

foglalkozás-orvostan (1), gyermeksebészet (1), infektológia (3), klinikai genetika (1), megelőző orvostan (2), neurológia (3), ortopédia (22), orvosi laboratóriumi diagnosztika (2), orvosi mikrobiológia (2), pathológia (4), radiológia (1), rehabilitáció (2), reumatológia és fizioterápia (1), sebészet (2), szemészet (3), szülész-nőgyógyászat (2), tüdőgyógyászat (2), védőnői (1) szakterületen tartalmaz szakmai irányelveket és protokollokat, valamint módszertani leveleket.

2009. november 30-án az Országos Tisztifőorvos közzétette az influenza A(H1N1) vírus elleni Fluval P védőoltás beadására szolgáló rendkívüli oltópontok létrehozására és működtetésére vonatkozó rendelkezéseit. (200 oltópont nyitása.) A közleményben helyet kapott az oltóanyagok térítési díjának meghatározása (3000 forint), valamint annak a személyi körnek a meghatározása, amely térítésmentesen jogosult a védőoltásra.

December

Elkészült a Heim Pál Gyermekkorház Gyermek és Serdülő Pszichiátriai Osztályának új épülete.

Hat hetestől ötéves korig adható a tizenhárom komponensű pneumococcus elleni védőoltás, amelynek forgalmazását engedélyezte az európai gyógyszerügyi hatóság. A szülők kérésére valamennyi 1 évnél fiatalabb csecsemő- és kisgyermek részére térítésmentesen **biztosított a vakcina**, és szintén térítésmentesen kaphatják az 1 évnél idősebb, de 2 évnél fiatalabb, egészségügyi okok miatt veszélyeztetett, meghatározott rizikócsoporthoz tartozó kisgyermek is. A 2 és 5 év közötti veszélyeztetett kisgyermek 70%-os támogatás mellett juthatnak hozzá a vakcinához.

December 15-én az Országgyűlés számos egészségügyi tárgyú törvényt módosító jogszabályt fogadott el, a törvény módosító rendelkezései 2010-ben lépnek hatályba. A jogszabály tartalmazza az egészségügyi államigazgatási szerv által kiszabható egészségügyi bírságra vonatkozó szabályozást, a betegjogi képviselőre vonatkozó szabályozást, az egészségügyi ágazati szakmai képzés szabályozását, valamint változnak, kiegészülnek az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó adatok védelméről és kezeléséről szóló szabályok, a gyógyászati segédeszközök befogadására és támogatására vonatkozó szabályok. Emellett csekélyebb mértékben módosult, kiegészült néhány egészségügyet érintő törvény.

B. Népegészségügyi programok, ágazati akciótervek és stratégiák

Méhnyak-szűrés – védőnői mintaprogram

2009-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat az Egészségügyi Minisztérium támogatásával és az Országos Onkológiai Intézettel együttműködve Védőnői Méhnyakszűrő Mintaprogramot indított. Céljuk a méhnyak-szűréshez való hozzáférhetőség fejlesztése volt. A Védőnői Méhnyak-szűrési Mintaprogram 102 kiképzett védőnő segítségével 168 településen zajlott.

Vastagbél-szűrés

2009. I. félévében az ÁNTSZ koordinálásával elindították a székletvér kimutatásán alapuló vastagbél-szűrési mintaprogramot. A programban országszerte 165 háziorvos vett részt.

Modellprogram az ajak- és szájüregi rák szűrésére

Az Egészségügyi Minisztérium, az ÁNTSZ Országos Tisztiorvosi Hivatala és az Országos Egészségfejlesztési Intézet a szájüregi rák korai felismerése és gyógyítása érdekében 2008-ban indult szűrési modellprogramot 2009-ben is folytatta. Változást jelentett a szakdolgozók bevonása a programba, akik 2009 március-áprilisában kezdték el az alkalmasság szűrést és egészségfejlesztési tanácsadást.

SZÉP-Program

A 2007-ben a Miniszterelnöki Hivatal által útjára indított programot az Egészségügyi Minisztérium 2009. március 28. és június 28. között tovább folytatta. Ebben az évben kistépüléseken szerveztek ingyenes lakossági szűrővizsgálatokat és életmód-tanácsadást. 43 települést kerestek fel, ahol több mint 22 ezren vettek részt a programokon. A szűrések között kérdőíves COPD szűrés, CO-szint mérés, anyajegy és melanóma szűrés, szájüregi szűrés, gyermek-ortopédiai vizsgálat, szemészeti vizsgálat, vércukorszint- és vérnyomásmérés, testtömeg index és testzsír-százalék számítás szerepelt.

JESZ-program

Az Egészségügyi Minisztérium 2009-ben pályázatot hirdetett a hirtelen szívhalál bekövetkezése esetén az újraélesztéshez használt félautomata defibrillátorok közterületre történő kihelyezésére és a laikus életmentők kiképzésére. A program célja az volt, hogy felhívják a társadalom figyelmét, hogy a kórházon kívül bekövetkező hirtelen szívhalál esetén az életmentés lehetősége annak a kezében van, aki jelen van és segít.

A program iránt megnyilvánuló jelentős társadalmi érdeklődés okán a Minisztérium decemberben úgy határozott, hogy 2010-ben folytatja a programot.

Alkohol-politika és -stratégia

2009-ben bocsátotta vitára az Egészségügyi Minisztérium az Országos Addiktológiai Centrum Alkohol-politika és –stratégia tervezetét, amely foglalkozik az alkoholfogyasztási szokásokkal, az ezzel járó egészség-terhekkel, társadalmi károkkal, továbbá válaszokat fogalmaz meg az alkohol-probléma kezelésére, az alkoholpolitika követendő céljaira. Egymást kiegészítő eszközökként kezeli az egészséget támogató közpolitikát, a társadalmi környezet alakítását, a közösségek probléma-megoldó és az egyén megküzdési készségeinek erősítését, valamint az egészségügyi ellátórendszer szerepének növelését az alkohol-probléma kezelésében.

Gyógyszeripari és biotechnológiai akcióterv

Nemzeti Fejlesztési és Gazdasági Minisztérium gyógyszeriparra és biotechnológiára vonatkozó kormányzati akcióterve a gyógyszeripar és a biotechnológia helyzetének bemutatásán keresztül jövőképet és ágazati akciókat határoz meg.

(http://server1.nfgm.gov.hu/data/cms2013362/gyogyszer_akcioterv.pdf)

C. ÁSZ jelentések

2009-ben az Állami Számvevőszék az alábbi jelentéseket tette közzé (www.asz.hu):

- ▶ 0855 sz. [Jelentés a közgyógyellátási rendszer működésének ellenőrzéséről](#)
- ▶ 0921 sz. [Jelentés az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről](#)
- ▶ 0924 sz. [Jelentés a sürgősségi betegellátó rendszer kialakítására, fejlesztésére fordított pénzeszközök felhasználásának ellenőrzéséről.](#)

Felelős kiadó: Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
Dr. Surján György mb. főigazgató
1051 Budapest, Arany János utca 6-8.
Tel.: 354-5326
Fax: 266-9710
E-mail: eski@eski.hu
Honlap: www.eski.hu
Kiadványszerkesztő: Szórá Erika