

ESKI Egészségügyi Évkönyv

2010

I. rész – A Magyar Egészségpolitika Évkönyve

Egészségügyi
Stratégiai
Kutatóintézet

ESKI Egészségügyi Évkönyv 2010

I. rész - A Magyar Egészségpolitika Évkönyve

Az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet sorozata

Szerkesztők: Borbás Ilona, Mihalicza Péter



2011. április

ISBN 963 86852 2 0

Kulcsszavak: egészségpolitika, egészségügyi dolgozók, egészségügyi ellátás, egészségügyi forrásallokáció, egészségügyi forrásteremtés, Európai Unió, gazdaságpolitika, Magyarország

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

A dokumentum tartalma a forrás pontos megjelölésével szabadon felhasználható.

Tartalomjegyzék

A főigazgató előszava	6
Director General's Foreword	
A szerkesztők előszava	7
Editors' Foreword	
Vezetői összefoglaló	9
Executive summary	
Executive summary	14
1. Makrogazdaság és államháztartás	18
Macroeconomic and general government finances	
<i>Mihalicza Péter</i>	
2. Egészségügyi finanszírozás	21
Health financing	
<i>Mihalicza Péter</i>	
3. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása	25
Revenues and expenditures of the Health Insurance Fund	
<i>Mihalicza Péter</i>	
4. Egészségügyi ellátás, ellátórendszer	30
Health care delivery system and provision	
<i>Borbás Ilona</i>	
5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések	42
EU-funded developments	
<i>Ajtonyi Zsuzsa</i>	

6. Nemzetközi hírösszefoglaló	48
International news	
<i>Borbás Ilona, Ajtonyi Zsuzsa, Lux Lilla, Szirmai László, Verdes Norbert, Dr. Vilusz Lászlóné</i>	
7. Európai Unió szabályozás	64
EU-regulations	
<i>Varga Eszter</i>	
8. Fókuszban	78
Focus	
A dohányzás törvényi szabályozása az Európai Unió tagországaiban és a dohányzás korlátozására irányuló törvények hatásai	78
The legislation of tobacco use in the EU Member States and the impact of tobacco control regulations	
<i>Borbás Ilona, Ajtonyi Zsuzsa, Lux Lilla, Szirmai László, Iktorálta: Demjén Tibor vezető, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Dohányzás Fókuszpont</i>	
9. Az ESKI tevékenysége	91
Activities of the National Institute for Strategic Health Research	
Publikációk, kiadványok, konferenciák előadásai, poszterei	91
Publications	
Honlap látogatottsági statisztika	93
Website statistics	
<i>Merth Gabriella</i>	
A. melléklet: Az év fontosabb eseményei időrendben	100
Annex A: Main events of the year	
<i>Borbás Ilona, Lakó Erika, Mihalicza Péter, Varga Eszter</i>	
B. melléklet: Infrastruktúra fejlesztések	115
Annex B: Infrastructural developments	
<i>Borbás Ilona, Lakó Erika</i>	
C. melléklet: Ágazati akciótervek, programok és stratégiák - Semmelweis Terv (összefoglaló)	121
Annex C: Sectoral action plans, programmes and strategies - Semmelweis Plan	

D. melléklet: ÁSZ jelentések	127
Annex D: Reports of the State Audit Office of Hungary	
E. melléklet: EU-s támogatással megvalósuló fejlesztések nyertes pályázatai	128
Annex E: Winning EU-funded projects	
<i>Ajtonyi Zsuzsa</i>	
F. melléklet: A dohányzás korlátozására irányuló törvények hatásaival foglalkozó szakirodalom összefoglalása	139
Annex F: Summary of the literature review on the effects of smoking ban legislation	
<i>Borbás Ilona, Ajtonyi Zsuzsa</i>	

A főigazgató előszava

Az Olvasó az ESKI második digitális évkönyvét "tartja a kezében", s ez ma már, a hordozható, kézben elférő digitális eszközök terjedésével nem is föltétlenül képzavar. A tavaly megjelent első kiadvány előszavában egyebek közt arról írtunk, hogy az egészségügy rendszerének egészéről naprakész információt adni nem lehet egyszereplős mutatvány. Az azóta eltelt időben ezen a téren a javulás jelei mutatkoznak. Talán éppen a szigorodó gazdasági föltételek hatására egyre inkább az együttműködés, a közös gondolkodás tud teret nyerni. Intézetünk előtt se nagyon nyílt más lehetőség, mint egy szorosabb háttérintézeti integrációba lépni, amelynek épp e kiadvány megjelenésekor éljük át legnehezebb átalakulási időszakát. Ebből adódik, hogy az ESKI évkönyv - bár új hagyomány megteremtésének szántuk - ezen a néven harmadszor már nem jelenik meg. De a hagyományteremtést folytatjuk.

Ha megengedhető itt a személyes hang, akkor engedje meg az Olvasó, hogy elmondjam: személyesen már elég sok szervezeti változást, átnevezést és átrendeződést éltem meg. A formák gyakran változtak, a lényeg azonban mindig megmaradt. A feladat, amibe belefogtunk, feladat maradt, s munkánkra nagyobb az igény, mint eddig bármikor. Az első évkönyv fogadtatása kedvező volt, és ha - mint reméljük - a másodiké még inkább az lesz, akkor a megkezdett hagyomány nem szakad meg. A harmadik évkönyvet - bár más néven, más szerkezetben - meg fogjuk tudni jelentetni. S éppen mert az összefogás taktikáját választottuk, minden reményünk megvan arra, hogy egyre bővebb tartalommal, egyre magasabb színvonalon tehetjük.

Addig is kívánjuk, hogy az itt talált információ minél szélesebb körben hasznosuljon, minél többen, minél mélyebben vizsgálják, elemezzék az adatainkat, s ezzel egy mind szélesebb - immár a szakma egészét átfogó - közös gondolkodás megteremtéséhez kívánunk hozzájárulni.

Dr Surján György PhD

A szerkesztők előszava

2010-ben Magyarországon elindult a bizonyítékok által támogatott egészségpolitika alapjainak lerakása. Megújult adatbázisok (Integrált Egészségügyi Infrastruktúra Adatbázis, humán erőforrás monitoring rendszer, Katéter-Mónika) kezdtek el formálódni, illetve álltak az egészségügyi rendszer fejlesztésével kapcsolatos döntések szolgálatába. 2011-ben átalakul a döntéstámogató háttérintézmény-rendszer is. Az átszervezés – mint az a főigazgatói előszóban is olvasható – az ESKI-t is érinti. A változástól a kutatási, elemzési funkciók megerősödését várjuk, így az Évkönyv folyamatos megjelentetése továbbra is a céljaink között szerepel. Meggyőződésünk, hogy kiadványunk segítséget nyújthat az egészségpolitikai kutatásokhoz, és így hozzájárulhat a döntéshozatal hatékonyságának javításához.

Évkönyvünk ígéretünkhöz híven ez évben két részben jelenik meg. Az év első felében megjelenő első rész „A Magyar Egészségpolitika Évkönyve” alcímet viseli, és az előző év, jelen esetben 2010 egészségpolitikai eseményeinek követését, a köztük húzódó összefüggések feltárását tartalmazza. A második részt, „A Magyar Egészségügy Számokban” címmel az év vége felé, az éves statisztikák elkészülte után publikáljuk. Az évkönyv kettéválasztásán kívül a szerkezet alapvetően nem változott meg, de kisebb módosításokat azért végeztünk, reményeink szerint ezzel is a felhasználhatóságot javítva. Az egyik ilyen változtatás, hogy az egészségügyi ellátók fejlesztéseivel, átalakulásával kapcsolatos híreket külön mellékletben találják. A másik eltérés, hogy a múlt évben bemutattuk intézményünk tevékenységét, idén pedig múlt évi publikációinkról adunk tájékoztatást.

Kiadványunk forrása az ESKI nemzetközi és hazai egészségpolitikai hírekből, EU-szintű és magyar egészségügyi jogszabályokból álló egészségpolitikai adatbázisa. Mint minden más adatbázisnál, az egészségpolitikai gyűjteménynél is standard válogatási szempontokat határoztunk meg a rögzített hírek, történések, jogi szabályozások témáját és forrását illetően egyaránt. A feldolgozott híreket lehetőség szerint ellenőrizzük, keressük előzményeiket és követjük utóéletüket. A teljesség megragadása azonban csak állandó törekvésünk maradhat, szerkesztői választásaink is kikerülhetetlenül magukon viselik saját preferenciáinkat. Ezért arra biztatjuk a tisztelt Olva-

sőt, hogy a lent megadott elérhetőségeken jelezze számunkra, ha kihagytunk volna valamit, vagy az általunk választott témákat máshogy látja. Az olvasói visszajelzésekben feltárt hiányosságok, hibák okainak strukturált kiértékelésével az összeállítás folyamatán, és így a közölt információon tudunk javítani.

Borbás Ilona (borbas.ilona@eski.hu)

Mihalicza Péter (mihalicza.peter@eski.hu)

Vezetői összefoglaló

A 2010-es év államháztartási folyamatait a gazdasági válság és az expanzív költségvetési politika miatt szükségessé vált konszolidációs, deficitcsökkentési politikák uralták. A Bajnai-kormány bevétel növeléssel és kiadás csökkentéssel vegyesen, míg a május végén hivatalba lépő Orbán-kormány elsősorban a bevételek növelésével próbálta csökkenteni a hiányt. Az államháztartási centralizációs törekvések alól az egészségbiztosítás finanszírozása jelentette a kivételt, mert az élők munkára rakódó terhek mérséklésének szándéka következtében csökkent a munkaadói járulék, és megszűnt a tételes egészségügyi hozzájárulás. Ezt a döntéshozók a nem biztosított – tehát nem fizető – , de egészségügyi ellátásra jogosultak (nyugdíjasok, tanulók, szociális ellátásokban részesülők stb.) után átadott költségvetési kompenzáció növelésével ellensúlyozták, azaz az egészségbiztosítás forrásainak összetétele, az elmúlt évek tendenciáinak megfelelően, tovább tolódott az adójellegű tételek felé.

A nem túl kedvező államháztartási feltételek között az Egészségbiztosítási Alapból 2010-ben kifizetett pénzösszeg gyakorlatilag megőrizte reálértékét, sőt a pénzügyi ellátások terén elért megtakarítások miatt a természetbeni és még inkább a gyógyító-megelőző ellátások kiadásai még növekedtek is. Ebben a növekedésben jelentős szerepet játszott a 2010. év végi 27,5 milliárd forintos konszolidációs juttatás, amelynek elsődleges célja a fekvőbeteg ellátók lejárt határidejű – elsősorban szállítói – tartozásainak csökkentése volt, de már tetten érhető az év végén társadalmi vitára bocsátott Semmelweis Tervben megfogalmazott struktúraátalakítási, ellátásszervezési reformoknak való „megágyazás” is, hiszen a pénz fejében az intézmények szerződésben vállalták, hogy együttműködnek az ellátórendszer átalakításában. A konszolidációs összeg kórházak közötti elosztásának egyik szempontja az elmúlt időszak tapasztalatai alapján torznak tekinthető teljesítményvolumen-korlát (TVK) elosztás kompenzálása volt. A TVK rendszerét az államtitkárság vállaltan puhítani, illetve középtávon felszámolni szeretné, aminek megfelelően a járó- és fekvőbeteg ellátásban 2011 januárjától – 2006 augusztusa után ismét – életbe lép a degressziós finanszírozás, illetve változtak a TVK elosztásának szabályai is. A finanszírozás technikája várhatóan a gondozás esetében is változni fog 2011-ben, mivel februártól

29 gondozóintézetben pilot projekt vette kezdetét egy protokollokon alapuló finanszírozás bevezetésére.

A forrásallokációs rendszer egyes elemeihez már az előző kabinet is hozzányúlt. 2010 januárjától a járó- és fekvőbeteg ellátásban a teljesítések és a finanszírozás között három helyett két hónap telik el, ami ebben az évben plusz egyhavi finanszírozást is jelentett a szolgáltatóknak. Még a kormányváltás előtt rendelték el a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök esetében a rendszeres felülvizsgálatot az olyan termékek esetében, amelyek az Egészségbiztosítási Alapot az elérhető egészségnyereséghez képest aránytalanul terhelik, valamint amelyek költséghatékonysága megkérdőjelezhető. A gyógyszerkiadások növekedésének megállítása érdekében a generikus termékek felírásának támogatása, ha különböző résztechnikákkal is, de kormányokon átívelő prioritást élvez. Az új kormányzat például 2011-től a gyógyszertárak esetében is bevezetett egy ösztönzési rendszert az olcsóbb készítmények kiadása érdekében, illetve az orvosok esetében az eddigi büntetésről, a költségvetési szempontból kedvező döntések esetén, a jutalmazásra tért át. Az objektív, nyilvános szempontrendszerű költséghatékonyságot ösztönző állami gyógyszer-támogatási rendszerek létét egyébként az Európai Bíróság is jogszerűnek, versenyszabályokba nem ütközőnek ítélte. A 2009 júliusában elindított háziorvosi indikátorrendszerhez kapcsolódó pénzügyi ösztönzésre már 2010-ben is rendelkezésre állt költségvetési forrás, de 2011-ben az erre szánt összeg több mint tízszeresére nőtt, valamint áprilistól változik az indikátorok köre és értékelési módszere is.

2011-ben, az előirányzatok alapján, az egészségbiztosítás államháztartási pozícióját nem sikerült javítani, hiszen a kiadások már nominálértéken is csökkentek, ám a Semmelweis Tervben megfogalmazott prioritási területek (népegészségügy, sürgősségi ellátás, alapellátás, járóbeteg-ellátás, rehabilitáció) egy részén (sürgősségi ellátás, járóbeteg-ellátás) növekedést figyelhetünk meg, az alapellátásban pedig – reálértékben enyhén csökkenő ellátási finanszírozás mellett – ismét megjelenik az eszköztámogatás. A képet még jelentősen befolyásolhatja az a 15 milliárd forintos céltartalék, amelyet gyógyító-megelőző ellátásokra fordíthat az egészségügyi kormányzat, amennyiben a gyógyszerkassza időarányos kifizetései az előirányzaton belül teljesülnek. A népegészségügyi területen érdemes lehet a 2011-ben életbe lépő angol példát megvizsgálni, ahol védetté tették a népegészségügyre allokált összegeket, mert gyakran innen pótolták a gyógyításra szánt szűkös forrásokat.

2010-ben az egészségpolitikai döntéselőkészítés, a bizonyítékokra építő egészségpolitika (evidence informed health policy) támogatására az adatok rutinszerű gyűjtése és feldolgozása céljából elindult az egészségügyi humánerőforrás-monitoring rend-

szer (HMR) projektszintű megvalósítása, megújult az Integrált Egészségügyi Infrastruktúra Adatbázis, és jogszabályban előírt jelentési kötelezettség alapján normál üzemmódban kezdte el működését az online kórházi ágynyilvántartás. 2010-ben vált megismerhetővé a szükséglet alapú kapacitástervezés támogatására készült fejlesztés eredménye a “Katéter és Mónika”, azaz a “**kapacitás térkép tervező és monitoring kutató alkalmazás**”. A projekt adatbázisba integrálja az ellátórendszerben és azon kívül keletkező egészségügyi adatokat, támogatja az indikátorok képzését, és térinformatikai eszközökkel is képes megjeleníteni az eredményeket.

A magyar egészségügyi rendszer problémáira a Semmelweis Terv egy új rendszermodell felállításával szándékozik választ adni. A rendszermodell fő elemei között található a betegút-szervezés, az ellátó-intézmények közötti funkcionális integráció előmozdítása. A struktúra átalakítás előkészítését egy év végi törvény szolgálta, amely rögzítette, hogy az egészségügyi szakellátás szervezése és koordinálása a közfinanszírozásban részesülő egészségügyi szolgáltatók együttműködésével történik. Az alapellátásban a koordináció javulását célozza az a jogszabályi változás, amely alapján a házi orvosok a hozzájuk bejelentkezett biztosítottakra vonatkozóan jogosulttá váltak a TAJ szerinti egészségügyi adatok lekérdezésére, valamint a jövőre nézve a csoportpraxisok létrehozásának támogatása.

Az európai egészségügyi rendszerek fejlesztésében mindenütt központi kérdés az ellátás koordinációja, a funkcionális integráció. Franciaországban 2010-ben megalakultak a Regionális Egészségügyi Hatóságok, amelyek egy szervezetben összpontosítanak több, az egészségpolitikai irányításban résztvevő szervezetet, és feladatuk szerint összehangolják a járóbeteg-ellátás, a kórházak, és a szociális ellátás tevékenységét. Ausztria 2010-es egészségügyi strukturális tervében a régiókon átívelő referencia kórházakhoz delegálták a komplex, kiemelkedő minőségű ellátásokat, míg a kis, lakóhely közeli kórházak végzik az alapszintű és a sürgősségi ellátásokat. A 2010-ben hatalomra került konzervatív brit kormány az angol NHS-ben az ellátásszervezés szereplőit változtatná meg. Tervei szerint megszünteti az alapellátási trösztöket, és a szolgáltatók vásárlását házi orvosokból alakuló konzorciumokra bízta.

Hasonlóképp a nemzetközi tendenciákhoz igazodik a magyar kormány az alapellátásban működő csoportpraxisok ösztönzésével. Írországban 2005 óta 300 multidiszciplináris alapellátási csoportot (házi orvosok, logopédusok, fizioterapeuták, ápolók és szociális munkások) hoztak létre, amelyek az ír lakosság 50 százalékát látják el, és a csoportok számát 2013-ra 500-ra tervezik növelni. Az alapellátás és az ambuláns szakellátás nagyobb fokú szervezeti integrációját is több példa tükrözi, köztük Németországban az átlagosan öt orvost (jellemzően házi orvost, belgyógyászt, sebészt)

foglalkoztató egészségügyi ellátóközpontok, az angol NHS-ben terjedő poliklinikák, a Franciaországban 2010-2013 között épülő, több szakmát átfogó egészségházak, vagy a finn egészségügyi központok is, amelyben már a fekvőbeteg ellátás, sőt a szociális ellátás szolgáltatásai is megjelennek.

A magyar parlament 2010 nyarán ideiglenesen fél éves időtávra, majd 2010 végén véglegesen szabályozta a gyógyszertárak szükséglet szerinti alapításának kereteit. Törvényben írta elő a gyógyszertárak működtetésében a gyógyszerészi többségi tulajdont, az off-shore cégek tulajdonszerzésének megszüntetését, valamint a gyógyszerári láncok létrehozásának korlátozását. A gyógyszertárak létesítésénél a terület lakosság száma és a gyógyszertárak közötti minimális távolság feltételek alkalmazását 2010-ben spanyolországi példa alapján az Európai Unió Bírósága is tárgyalta. A Bíróság döntése szerint ezek a korlátozások nem ellentétesek a letelepedési szabadság elvével, nem ütköznek az EU-ban érvényes jogelvekkel.

Az egészségügyi szakemberek helyzete Magyarországon számos problémával terhelt. A hiány, az elvándorlás, az alacsony jövedelmek, a hálapénz jelenléte hosszú évek elhibázott politikájának öröksége. A Semmelweis Terv az egészségügyi dolgozók életpálya-modelljében gondolkodik a problémák megoldására. A modell összehangolt stratégiát tartalmaz majd a jövedelmekre, a képzésre, a munkavégzés feltételeire stb. 2010-ben a kormány a szakmai közvéleményt foglalkoztató rövidtávon kezelhető kérdésekre reagált intézkedéseivel. Egyik első rendeletével a rezidensek tiltakozása eredményeképpen a frissen végzett szakorvosok képzési költségek fejében történő röghöz kötését akadályozta meg. Részben az egészségügyi dolgozók hiánya, részben az egészségügyi ellátás új formái a kompetenciák átrendeződésére is hatással vannak. Magyarországon 2010-ben több jogszabály foglalkozott a szakdolgozók bővített kompetenciáival, mígnem az un. licenszrendeletben rögzítették azokat a tevékenységeket, amelyeket a szakképesítésük alapján a szakdolgozók nem végezhetnének, külön vizsga alapján azonban jogosultak lettek volna azok ellátására. Az új kormány 2011 elejére új megoldást keresett a kompetenciák szabályozására, a licenszrendelet eltörölte, és az új kompetenciák zömét a szakképesítésekbe építette be.

2010-ben más kelet-európai országok is szembesültek az egészségügyi dolgozók életpályája kiigazításának feladatával, és a szakdolgozói kompetenciák bővülésére is van jó példa. Jóllehet csak az orvosok határozott akciói hatására, de Csehország elindult az egészségügyi dolgozók életpálya modelljének fejlesztésében, a jövedelmek nyugat-európaihoz történő felzárkóztatásában. Az amerikai, angol, ír ápolónők után a finn ápolónők is szerezhetnek receptírási jogosultságot.

Egy 2010 februárjában benyújtott törvényjavaslat Magyarországon is tiltaná a do-

hányszást a zárt légterű helyiségekben. A törvényjavaslatról eredetileg már márciusban szavazott volna a parlament, ám végül a 2012. január elsejétől hatályos jogszabályt április utolsó hetében fogadta el a Parlament. Hasonló szabályozást léptettek érvénybe Európa számos országában, elsőként Írországban 2004-ben, legutoljára pedig 2011-ben Spanyolországban. A bevezetést követő tapasztalatok alapján a tiltásnak sem az éttermek, bárok forgalmára, sem az ott foglalkoztatottak létszámára nem volt jelentős hatása, viszont a megbetegedési és halálozási adatok javulását lehetett már rövid távon is megfigyelni. A dohányzás visszaszorítását és káros hatásainak csökkentését a dohánytermékekről szóló irányelven keresztül az Európai Unió is támogatja. Jelenleg az irányelv felülvizsgálata folyik a hatékonyabb fellépés felé történő elmozdulás érdekében.

Executive summary

In the year 2010, public finances had been dominated by policies of consolidation and deficit reduction necessitated by the economic crisis and expansive fiscal policy. The former Bajnai administration tried to reduce deficit by both increasing revenues and decreasing expenditures, while the Orbán administration – taking office in May – focused mainly on rising revenues. The financing of health insurance was an exception in both governments, as due to the intention to ease the fiscal burden on human labour, employer contribution was decreased and itemised health contribution was abolished. Decision-makers counterbalanced this gap in health insurance revenues by increasing budgetary compensation provided to uninsured (thus non-paying) persons who are eligible for health care (pensioners, students, social care recipients, etc.). That is, the composition of health insurance resources, in accordance with past years' trends, moved toward tax-like items.

Expenditures of the Health Insurance Fund preserved their real value even under unfavourable macroeconomic conditions, and the expenditures of in-kind and curative-preventive care even increased due to savings in cash benefits. The HUF 27.5 billion consolidation grant at the end of 2010 played a significant role in this increase, the primary goal of which was to reduce overdue – mainly supplier – debts of inpatient care providers. Also, preparation for the reforms of restructuring and care management – formulated in the Semmelweis Plan, submitted at the end of the year for social consultation – can be recognised, as institutions – in exchange for funds – took upon themselves to cooperate in the reconstruction of the delivery system. One aspect in the distribution of the consolidation fund among hospitals was to compensate for the distribution made on the basis of the performance volume limit (TVK) that was considered distorted by past experience. The Secretariat of State for Health wishes to ease – and on the medium term eliminate – the TVK system, thus degressive financing was reintroduced in January 2011 (ceased in August 2006). There will also be changes in the distribution rules of TVK. In 2011, the technique of financing will change in dispensary care as well, since in February a pilot project was launched in 29 dispensaries for the introduction of protocol-based financing.

The previous government too, had modified some elements of the resource allocation system. From 2010, the timespan between provision and financing was reduced from three to two months in outpatient and inpatient care, which yielded an extra month of financing for providers this year. It was ordered still before the change of government to exercise regular supervision of medicines and medical appliances for products that place a disproportionate burden – as compared to attainable health gain – on the Health Insurance Fund and whose cost-efficiency is found questionable. It is a priority across governments to support generic drug prescription in order to halt the increase of pharmaceutical expenses. For example in 2011 the new administration introduced an incentive system for pharmacies for dispensing cheaper preparations and switched to rewarding, instead of penalising physicians, as was the practice up to now. The existence of public pharmaceutical subsidy systems aiming at cost-efficiency was found to be lawful and in accord with the rules of competition by the European Court of Justice. Budget resources for financial incentives in the GP indicator system launched in 2009 were already available in 2010, but this amount increased tenfold in 2011, and also the range of indicators and its method of evaluation will change from April, 2011.

Based on budget appropriations, the position of the health insurance budget could not be improved in 2011, since expenditures decreased even in nominal value. At the same time, expenditures increased in some of the priority areas of the Semmelweis Plan (public health, emergency care, primary care, outpatient care, rehabilitation), namely emergency care and outpatient care. In primary health care medical equipment acquisition is subsidized again, while the funding of care decreases mildly in real value. The picture may be strongly influenced by the HUF 15 billion provision that the health administration may allocate to curative-preventive care if payments of the pharmaceutical fund do not exceed their time-proportionate value. In the area of public health it may be worthwhile to examine the English example (effective in 2011), where public health funds have become protected owing to the fact that in the past they often served to make up for the scarce resources in curative services.

In 2010, implementation of the routine data collection and data processing for health care human resource monitoring system was launched to support decision making and evidence informed health policy. Also, the Integrated Health Infrastructure Database was renewed and the online register of hospital beds started to operate. In 2010, a development made to support needs-based capacity planning was introduced (“Katéter-Mónika”). It is an application for capacity planning, monitoring and research that integrates health care data arising within and outside the delivery system

into a database. It supports the formulation of indicators and is able to display the results with GIS instruments.

The Semmelweis Plan addresses problems of the Hungarian health care system by setting up a new system model. Its main elements include management of care pathways and the promotion of functional integration among health care institutions. The preparation for restructuring was aided by a law enacted at the end of the year stipulating that the organisation and coordination of specialist services take place through the cooperation of publicly financed health care providers. In primary care there is a change of regulation aimed to improve coordination, whereupon GPs are entitled to query health care provision data of patients registered with them. The establishment of group practice in the future is also given support.

Coordination of care and functional integration is a central issue in the improvement of European health care systems. In 2010, Regional Health Authorities were formed in France concentrating several organisations into one organisation. Their task is to harmonise the activities of outpatient, hospital and social care. In Austria, according to the health structure plan of 2010 the complex, high quality services are delegated to cross-regional reference hospitals, while basic and emergency services are provided in small hospitals close to the place of residence. The conservative British government that took power in 2010 would change the actors of health care commissioning in the English NHS. It plans to abolish primary care trusts and give the responsibility for commissioning services to consortia formed of GPs.

In like manner the Hungarian government adjusts itself to international trends by encouraging group practice in primary care. In Ireland 300 multidisciplinary primary care groups have been created since 2005 covering 50 percent of the population, and the number of groups is planned to increase to 500 by 2013. Greater organisational integration of primary care and ambulatory care can be seen in several examples: health centres in Germany employing five doctors on average (typically GP, internal medicine practitioner, surgeon), polyclinics in the English NHS, multi-specialty health clinics in France built between 2010 and 2013, health centres in Finland where inpatient care or even social care services are available.

Regulation of the framework for needs-based establishment of pharmacies was done in two phases by the Hungarian Parliament: at first, provisionally for a half-year period in the summer of 2010, then permanently at the end of 2010. The regulation included majority ownership by pharmacist in the operation of pharmacies, abolishment of ownership by off-shore companies and restriction of establishing pharmacy chains. The meeting of conditions in establishing pharmacies – population of an area and

the minimum distance between pharmacies – has also been a subject in the European Court of Justice through a case from Spain. By ruling of the Court, such restrictions are not against the principle of the freedom of settlement and do not run counter to legal principles prevailing in EU.

The situation of health professionals in Hungary is burdened with many problems. Scarcity, migration, low wages, the existence of informal payments are the legacy of years of faulty policy. The Semmelweis Plan aims to solve the problems by elaborating a career path model for health workers. The model will include a harmonised strategy for wages, training, work conditions, etc. In 2010, the government responded to those issues that can be handled on the short term and are of interest to the opinion of the professional community. One of its first orders – as a result of residents' protest – relieved newly graduated specialist doctors from the obligation to continue to work at the institute of the resident's training (or at publicly financed service provider in Hungary) in exchange for medical training costs. In 2010, several laws had addressed the expanded competence of health professionals, until the activities that health workers cannot perform without a separate examination were codified in the so called license order. At the beginning of 2011 the government sought for a new solution to the regulation of competences, revoked the license order and incorporated the majority of competences in professional qualifications.

In 2010, other Eastern European countries were also confronted with the task of adjusting health workers' career path and there is also a good example for the expansion of health professional competences. Though it was achieved by the resolute actions of doctors, the Czech Republic started to develop the career path of health workers and to narrow the wage gap with Western Europe. Finnish nurses may become eligible for prescribing medicine like American, English and Irish nurses.

A bill submitted in February 2010 would ban smoking in closed places in Hungary. Originally the Parliament would have voted on the bill already in March, but it was accepted on the last week of April and is effective from 2012. Similar regulation has been put in force in many countries of Europe, first in Ireland in 2004 and last in Spain in 2011. The experience following the ban shows that there was no significant impact on the turnover of restaurants and bars, but there was improvement in morbidity and mortality, even on the short run. Containment of smoking and reduction of its harmful effects is supported also by the European Union through its directive on tobacco products. At present the directive is being reviewed to move in the direction of more efficient action.

1. Makrogazdaság és államháztartás

Mihalicza Péter

A GDP volumene 2010-ben 1,2 százalékkal nőtt, az államháztartás ESA-szerinti hiánya várhatóan a GDP 4,2 százaléka körül alakul, míg az éves infláció 4,9 százalék volt (1.1.táblázat). Ezek közül az államháztartási hiány magasabb a kormány céljánál és az elemzői előrejelzéseknél is, amelyek a GDP 3,8 százalékára tették az éves hiányt. A kormány bejelentése szerint a hiány az önkormányzati rendszer vártnál magasabb deficitje miatt ugrott meg. A másik két érték megfelel az előzetes várakozásoknak.

2010 első félévében az államháztartási folyamatokat a Bajnai-kormány 2009-ben elindított olyan deficitcsökkentő lépései dominálták, mint a 13. havi bér és nyugdíj megszüntetése, a közsféra béreinek befagyasztása, illetve az ÁFA-kulcs 20-ról 25 százalékra emelése.

2010 májusában az országgyűlési választások eredményeképpen a Fidesz-KDNP pártszövetség alakíthatott kormányt. Az új kabinet meghatározó gazdaságpolitikai lépéseit 2010 őszén jelentette be. Az államháztartási deficitcél 2010-es (3,8 százalék) és 2011-es (3 százalék) teljesítése, illetve a kormány belső keresletre koncentráló gazdaságélénkítő elképzeléseinek párhuzamos megvalósítása érdekében a kormány válságadókat vetett ki a kereskedelmi, a távközlési, valamint az energia szektorokban tevékenykedő vállalatokra, összesen évi 160 milliárd forint értékben. Ennek az

1.1. táblázat. Főbb makrogazdasági mutatók

	2010	2011 (előrejelzés)	2012 (előrejelzés)
Reál-GDP növekedés	1,2	2,8	3,2
Államháztartási egyenleg a GDP százalékában (ESA)	-4,2	1,6	-2,5
Fogyasztóiár-index	4,9	4,0	3,5
Bruttó átlagkereset-növekedés	1,4	3,3	5,5
Munkanélküliségi ráta	11,2	11,0	10,5

Források: Eurostat, KSH, MNB Ábrakészlet a legfrissebb gazdasági és pénzügyi folyamatokról (2011. március 28.), Kopint-Tárki Konjunktúrajelentés 2011/1

adótehernek a kivetését eredetileg három évre, azaz 2012-ig tervezték, ám vannak arra utaló jelek, hogy valamilyen formában további két évig még fennmaradnak. A költségvetés bevételi oldalát növeli ezen felül az évi közel 200 milliárdos tételt jelentő "bankadó", amely 2010 és 2014 között marad érvényben, ám mértéke – a jelenlegi tervek szerint – 2013-tól kezdődően megfelelődik.

A távközlési szektorra kivetett adóval kapcsolatban az Európai Bizottság hivatalos tájékoztatást kért, mivel attól tartanak hogy az nem összeegyeztethető az Unió szabályozással. A kiskereskedelemre és az energiaellátásra kivetett különadót még vizsgálja az EU-s szervezet.

2010 októberétől 2011 decemberéig nagyjából havi 30 milliárd forintos bevételre számíthat a kincstár az eddig a kötelező magánnyugdíjpénztáraknak továbbutalt egyéni nyugdíjjárulék költségvetésbe csatornázásától. Az eredeti elképzelés szerint ezt követően visszaállt volna a korábbi helyzet, ám végül a kormány úgy döntött, hogy 2011-től megszünteti a kötelező magánnyugdíjpénztári rendszert, valamint az egyéni nyugdíjjárulékot 9,5-ről tíz százalékra emeli. A magánnyugdíjpénztári tagok, ha maradnak a magánnyugdíjpénztárnál megtarthatják felhalmozott megtakarításaikat, viszont ezzel a döntéssel megszűnik a 2012-től kezdődő befizetések után az állami nyugdíjra való jogosultságuk úgy, hogy a munkáltatói nyugdíj-hozzájárulás továbbra is megfizetésre kerül. Az állami rendszerbe visszatérők magánnyugdíjpénztári vagyona a költségvetésbe kerül. Végül 97 422 ember döntött a magánnyugdíjpénztárban való maradás mellett, amely a (volt) pénztártagok nagyjából három százaléka. Ennek megfelelően az államháztartás előreláthatólag 2 800–3 000 milliárd forinttal gazdagodik az átlépők nyugdíj-megtakarításainak megszerzésével, attól függően, hogy a maradék átlagosan mennyivel vagyonosabbak az átlépőknél. A fenti intézkedéseket az Alkotmánybíróság 2011 folyamán vizsgálni fogja.

A háztartásokat közvetlenül érintő legfontosabb intézkedések a személyi jövedelemadó rendszert érintették. E szerint 2011-től egy egykulcsos (16 százalék) adórendszer lépett életbe, amelynek alapját a bruttó jövedelem 1,27-szeresének (bruttó jövedelem munkaadó által fizetett társadalombiztosítási járulékkal növelt összege) megfelelő "szuperbruttó" jövedelem képezi. Az adóalap a szabályozás szerint 2012-ben a bruttó jövedelem 1,135-szörösére, majd 2013-tól a bruttó jövedelem mértékére csökken. Az új adókulccsal párhuzamosan az adójóváírás szabályai szigorodtak, amely alól kivételt jelent a gyerekek után járó családi adókedvezmény jelentős kibővítése.

A 2011-ben eltelt három hónap során a kabinet újabb szigorító intézkedéseket hozott (költségvetési zárolás 250 milliárd forint értékben), valamint bejelentette a Széll Kálmán Tervet, amely az államadósság középtávú csökkentését tűzte ki első-

1. Makrogazdaság és államháztartás

leges célul. A Terv 2012-re összesen 550 milliárd forint, míg 2013-ra 905 milliárd forint megtakarítást vetít előre a munkanélküli ellátások, a közösségi közlekedés, a nyugdíjrendszer, a felsőoktatás, a gyógyszer-támogatások, a helyi önkormányzati finanszírozás és az adórendszer meghatározott elemeinek reformja által. A gyógyszerkasszában 2012-ben 83 milliárd forintos, 2013-ban pedig 120 milliárd forintos megtakarítást terveznek.

Bár a Széll Kálmán Terv megvalósításának részletei még nem ismertek, a reform-csomag közép és hosszú távú szemlélete csökkentette a 2010-es intézkedések fenntarthatóságával kapcsolatos aggodalmakat.

2. Egészségügyi finanszírozás

Mihalicza Péter

Forrásteremtés

A munkaerő foglalkoztatási terheinek csökkentése érdekében 2010-től a munkáltatói egészségbiztosítási járulék egységesen ötről két százalékra csökkent, valamint megszűnt a tételes egészségügyi hozzájárulás. Az ebből fakadó jelentős bevételcsökkenés ellentételezésre került a költségvetési járulékátadás során, ahol az egy főre jutó havi térítés összege 4 500 forintról 9 300 forintra ugrott. Kisebb jelentőségű tételként a százalékos mértékű egészségügyi hozzájárulás 11-ről 27 százalékra emelkedett, míg az egészségügyi szolgáltatási járulék 4 500-ról 4 950 forintra nőtt.

A Bajnai kormány döntése értelmében 2010-től a foglalkoztatottak legalább a minimálbér kétszerese után kellett, hogy befizessék a társadalombiztosítási járulékot, míg az egyéni és társas vállalkozások a “tevékenységre jellemző kereset” után. Ez utóbbi meghatározása a szakemberek szerint nehézkes, ezért a szabályozást sok bírálat érte. Az új kabinet 2011-től eltörölte a foglalkoztatottak esetében ezt a minimális járulékalapot, míg az egyéni és társas vállalkozások esetében a minimálbérben állapította meg.

Forrásallokáció

A járóbeteg-szakellátás – beleértve a CT-MRI vizsgálatokat is – 2010-es finanszírozási évre (2009. november és 2010. október közötti teljesítések) vonatkozó országos TVK kerete 68,9 milliárd pontszám volt, amely 100,6 milliárd forintnak felelt meg. Az aktív fekvőbeteg-szakellátás 2010-es finanszírozási évre vonatkozó országos TVK kerete 2 millió súlyszám volt, amely 292 milliárd forintnak felelt meg.

2010 januárjától a finanszírozási "csúszás" (azaz a teljesítés és a kifizetés között eltelt idő) három hónapról két hónapra csökkent a fekvő és járóbeteg ellátásban, ami ebben az évben egyhavi finanszírozási többletet jelentett az intézményeknek.

Az év elején a kormányzat a gyógyszereknél jogszabályba foglalta a támogatott termékek folyamatos, nemzetközi referenciaár alapú felülvizsgálatát. A rendelkezés értelmében az OEP évente egyszer hivatalból felülvizsgálja a jelentős támogatás-kiáramlást generáló társadalombiztosítási támogatásba már befogadott készítmények esetében az Európai Unió tagállamaiban és az Európai Gazdasági Térségben ténylegesen forgalomban lévő ugyanazon vagy azonos hatóanyagú gyógyszerek árait, és ennek alapján dönt az adott gyógyszer támogatásáról, támogatási összegének módosításáról, illetve támogatásból történő kizárásáról. A tényleges megvalósulást a 32/2004 ESzCsM rendelet márciusi módosítása tette volna lehetővé, amely a felülvizsgálat részleteit szabályozta volna, ám a módosítási javaslat végül nem került elfogadásra. Májusban a nemzetközi referencia árazás a gyógyászati segédeszközökre is bekerült a magasabb szintű jogszabályba, valamint a jogalkotó mind a gyógyszerek, mind a gyógyászati segédeszközök tekintetében rendszeres felülvizsgálatot rendelt el az Egészségbiztosítási Alapot az elérhető egészségnyereséghez képest aránytalanul terhelő, illetve a megkérdőjelezhető költséghatékonyságú készítményekre. Ez utóbbi eljárás részletszabályai is kihirdetésre kerültek, melyek szerint a költséghatékonyságra vonatkozó felülvizsgálati eljárás megindítása kötelező

a) azon nem generikus készítmények esetében, amelyek költséghatékonysági vizsgálatára nem került sor, és nem tartoznak fix csoportba,

b) azon készítmények esetében, amelyeknél a befogadási kérelemmel egyidejűleg benyújtott, a költséghatékonyságot megalapozó adatok helytállósága tekintetében később kétség merül fel, vagy a befogadáskori feltételek már nem állnak fenn. 2011-től ezek a szabályok megváltoztak. A változtatás után a felülvizsgálatot azon gyógyszerek esetében kell elvégezni, amelyeknél az ezeket alkalmazó terápiákra finanszírozási eljárásrend készült vagy készül. Jelenleg 18 betegségcsoport esetén van finanszírozási eljárásrend érvényben, amelyeket 2010 júliusában hirdettek ki. Az eljárásrendek a finanszírozási algoritmus mellett a fő adminisztratív és szakmai ellenőrzési pontokat is meghatározzák.

A 2009. december 31-ét követően krónikus fekvőbeteg osztályra felvett betegek esetében a finanszírozásban időbeli degresszió lépett életbe. E szerint a krónikus osztályra érvényes 1,2-szeres napidíj-szorzó az ápolás negyedik hónapjától kezdve 1,0-re csökkent. Ezen felül az 1,0-ás szorzójú ápolási tevékenységet nyújtó osztályról jelentett ápolási esetről a felvétel hónapját követő hetedik hónaptól a napidíj 25

százalékkal, a tizenharmadik hónaptól pedig 50 százalékkal csökkent. 2011. január elsejével az ápolási osztályra vonatkozó degresszió megszűnt, míg a krónikus osztályra vonatkozó degresszió a negyedik hónap helyett csak a hetedik hónapban lép életbe.

Júliusban lépett hatályba az a jogszabály, amely az egészségügyi technológiák költséghatékonysági értékelésének kereteit tartalmazza. Ez elsősorban az orvosi eljárásokra és orvostechikai eszközökre vonatkozik, hiszen a gyógyszerekre, illetve gyógyászati segédeszközökre eddig is kötelező volt a befogadási eljárás során költséghatékonysági elemzést végezni.

2009 júliusa óta "él" a háziiorvosi minőségi indikátorrendszer, amelynek pénzügyi ösztönzési fedezetére a 2010-es költségvetési tervezés során két milliárd forintot különítettek el. Az előzetes adatok szerint a tervezett összegből végül 300 millió forint került elköltésre, úgy, hogy a tényleges kifizetések 2010 októberében kezdődtek meg. Az ösztönzési rendszer az elért indikátor-értékre adott pontszámokon alapul, és a szolgáltató akkor jogosult teljesítménydíjazásra, ha a számított indikátorok legalább 25 százalékában pontot ér el. A pontszámot a finanszírozó havonta – 2011 áprilisától negyedévente – állapítja meg lebegő módszerrel, azaz a finanszírozás makró szintű összege nem változik. 2010 során a díjazás alapja az átlagpontszámtól való eltérés volt, ahol az átlagokat háziiorvosi csoportonként képezték (megyénként /Budapesten kerületenként/, város-nem város, illetve felnőtt-gyermek-vegyes típus szerint). Az átlag felett 5-10 százalékkal teljesítő praxisok egyszeres, 10-15 százalék között másfélszeres, míg 15 százalék felett kétszeres díjazást kaptak. Egy februári előterjesztés szerint (NEFMI előterjesztés a háziiorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól) 2011 áprilisától kezdődően változik mind az indikátorok köre, mind az értékelés módszere, valamint megjelennek célzottan a hatékony gyógyszerrendelésre vonatkozó ösztönzők is. Az értékelés ekkortól egyes indikátorok esetében előre meghatározott célértékeken fog alapulni, valamint az átlagképzés során Budapesten már nem alkalmaznak kerületi bontást, és vidéken egy csoportba kerülnek a felnőtt és vegyes praxisok. A tervezett módszertani változások mellett a jutalmazásra elkülönített előirányzat 3,2 milliárd forintra nőtt. Az indikátorrendszerről részletesen 2009-es évkönyvünkben olvashatnak.

2010-ig az orvosok gyógyszerrendelési gyakorlatában az átlagtól jelentősen eltérő orvosokat továbbképzésre kötelezték. 2011-től a büntetést jutalmazás váltja fel, a törvényi változások alapján a gyógyszerkassza hatékony felhasználását szem előtt

2. Egészségügyi finanszírozás

tartó orvosok az E. Alap terhére juttatásban részesülnek. Hasonló ösztönző rendszer került bevezetésre a gyógyszertárak esetében is.

2011. január elsejétől változtak a TVK megállapításának szabályai, valamint a járó- és fekvőbeteg szakellátásban ismét degressziós finanszírozás lépett életbe. Ez utóbbi a TVK rendszer felpuhításának – amely az államtitkárság kimondott célja – egyik első eszköze. Ugyanekkoról növekedtek a sürgősségi ellátóhelyek fix díjai is.

2011. február elsejétől 29 gondozóintézetben három hónapos pilot projekt veszi kezdetét egy új finanszírozási keret alkalmazására. Az új rendszer szakmai és finanszírozási protokollokon alapuló teljesítményelvű finanszírozást vezet be, ahol a tervek szerint a végső elszámolható összeget az ellátás eredményessége is befolyásolni fogja.

3. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása

Mihalicza Péter

2010

Előzetes adatok szerint 2010-ben az Egészségbiztosítási Alap bevételei 1 385,3 milliárd forintra rúgtak, ami 2009-hez képest 9,1 százalékos nominális, és – 4,9 százalékos inflációval számolva – négy százalékos reál növekedést jelent. (3.1.táblázat) A magasabb összbevétel egyrészt abból adódik, hogy a költségvetési térítés emelése meghaladta a munkáltatói járulék és a tételes egészségügyi hozzájárulás csökkenését, másrészt a szakellátás év végi, 27,5 milliárd forintos megsegítése (lásd később) formálisan is megjelent a bevételi oldalon, az eredetileg még a Bajnai-kormány által más célra kialakított, "Egészségügyi finanszírozás-váltással kapcsolatos bevételek" soron.

A kiadások nominálértéken 4,1 százalékkal emelkedtek, míg reálértéken 0,7 százalékkal csökkentek, így 1 477,7 milliárd forintot értek el. (3.2.táblázat) Az Alap hiánya tehát 92,4 milliárd forint lett. A kiadások reálértékének csökkenése mögött a pénzbeli ellátások kiadásainak drasztikus, közel 15 százalékos reál-esése mellett a természetbeni ellátások 2,5 százalékos, ezen belül pedig a gyógyító-megelőző ellátások 4,9 százalékos reál-növekedése áll. A pénzbeli ellátások soron elért megtakarítás oroszlánrészét a táppénz kiadások csökkenése adja, amelyet a kifizetési szabályok változása, illetve a csökkenő foglalkoztatás mellett valószínűsíthetően az ingatlan munkaerőpiaci helyzet következtében javuló munkavállalói morál is befolyásolhatott.

A speciális finanszírozású fekvőbeteg szakellátási kassza, amely egyes nagyértékű terápiák tételes finanszírozását biztosítja, 26,5 milliárd forintról 31,9 milliárd forintra

3. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása

nőtt, amiben a legjelentősebb szerepet az Avastin finanszírozásának az aktív fekvőbeteg kasszából történő áthelyezése játszotta. A krónikus fekvőbeteg ellátás kiadásai a konszolidációs támogatást figyelmen kívül hagyva is emelkedtek: reálértékben az előző évhez képest hat százalékkal. Érdekeség, hogy az 2010-es eredeti előirányzatban a gondozóintézeti gondozás kasszáját 50 százalékkal csökkentették 2009-hez képest, pedig a finanszírozási körülmények változatlanok voltak. A kiadások végül a 2009-es szint környékén teljesültek.

A gyógyító-megelőző ellátások "Célelőirányzatok" jogcíme soron került elszámolásra a havi bruttó 340 000 forintnál kevesebbet keresők esetén a 13. havi bér megszüntetésének ellentételezésére szánt nagyjából 10 milliárd forint, valamint az a 27,5 milliárd forintos "konszolidációs támogatás", amelyről 2010 októberében állapodtak meg a kormány és az intézmények képviselői. Utóbbi összeg felhasználásának céljaként az egészségügyi államtitkárság a lejárt határidejű szállítói tartozások egy részének visszafizetését, valamint az elektív haemodinamikai beavatkozások és nyitott szív műtétek, illetve a traumatológiai és ortopédiai protetikai műtétek várólistáinak csökkentését jelölte meg. A szállítói tartozásokra végül 24,73 milliárd forint, míg a várólisták csökkentésére 1,37-1,37 milliárd forint került elköltésre. A pénz elosztásának alapját az összeg felének tekintetében a teljesítményvolumen-korlát miatt ki nem fizetett teljesítmények (az intézményi TVK maximum tíz százalékáig), 20 százalékaiban az intézmények közötti korábbi torz TVK elosztás alapján számított korrekciós tényező, újabb 20 százalékaiban a kiemelkedő mértékű eladósodás jelentette. A maradék tíz százalékot a már említett várólisták csökkentésére használta az államtitkárság. A többletforrás elnyerésének feltétele volt, hogy az intézmények vállalják az adósságjelentési rendszerben és a struktúraátalakítási területi munkában való részvételt, valamint a súlyosan eladósodott intézményeknek konszolidációs tervet kell készíteniük.

A konszolidációs pluszforrásból nem részesülhetett a Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, a Hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház, a Hajdu-Bihar Megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórháza és a Keszthelyi Városi Kórház, mivel ezen intézmények esetében a Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy jogellenesek voltak a 2007-es struktúraváltáskor megvalósított átalakulások és az ezekből következő TVK megvonások. Éppen ezért a kormány különmegállapodást kötött a négy kórházzal, melynek értelmében visszatérítési kötelezettség nélkül kiutalt részükre összesen három milliárd forintot.

A háziiorvosi és fogászati kassza maradványát 2010 végén a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, illetve hajléktalan ellátást biztosító, valamint háziiorvosi

3. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása

sürgősségi ellátást biztosító alapellátási szolgáltatók között osztották szét, szolgálatonként 200 ezer forint értékben. A fogorvosi alapellátást nyújtók is részesültek az összegből, szolgálatonként 150 ezer forint értékben.

A gyógyító-megelőző ellátásokra fordított kiadások növekedése még jelentősebb, ha figyelembe vesszük, hogy a munkaadói járulék csökkentése, illetve a tételes EHO megszüntetése intézményi szinten minden bizonnyal több megtakarítást eredményezett, mint amennyit az ÁFA kulcs öt százalékos emelése elvitt.

2011

A 2011. évi előirányzat az Egészségbiztosítási Alap bevételi oldalán 1 370,9 milliárd forinttal, kiadási oldalán 1 459,6 milliárd forinttal számol, azaz a hiányt 88,7 milliárd forintra tervezi. A tervek mind a bevételi, mind a kiadási oldalon nagyjából egy százalékos nominális csökkenést jelentenek a 2010. évi előzetes adatokhoz képest. A bevételek között jelentősen, 25 milliárd forinttal nőtt meg a költségvetéstől járulék címen átvett pénzeszköz tétel, annak ellenére, hogy az egy főre jutó 9 300 forintos összeg nem változott.

A kiadási oldalon reál értékben növekedést a pénzbeli ellátásoknál (igaz, nagyon alacsony bázis mellett), a mentésnél, a házi szakápolásnál, a járóbeteg szakellátás+CT, MRI kasszasornál (a gondozóintézetek teljesítmény-alapú finanszírozásának beépítésével együtt) és a speciális finanszírozású fekvőbeteg feladatoknál figyelhetünk meg. A gyógyító-megelőző ellátások többi kasszája ugyan reálértékben csökken, ám a háziorvosi ellátás és a fekvőbeteg ellátás esetében ezt több dolog is árnyalja. A háziorvosoknak juttatott költségvetési összeget növelni fogja 2011. második felétől kezdődően egy új alapellátási eszköz- és ingatlantámogatási rendszer 1,4 milliárd forint értékben, amely a "Célelőirányzatok" között jelenik meg. Hozzá kell tenni azonban azt is, hogy a háziorvosi kassa részét képezi a minőségi indikátorrendszer pénzügyi ösztönzésére elkülönített 3,2 milliárd forint, azaz a "biztos pénz" összege ennyivel csökken, viszont a jól teljesítő praxisok extra összegekhez juthatnak.

A fekvőbeteg ellátási kassa bevételeinek összehasonlíthatósága érdekében több tényezőt is figyelembe kell venni. Egyrészt a tavalyi kiadási összeg a finanszírozási csúszás egy hónappal történő lerövidítése miatt 13 havi finanszírozást tartalmaz, tehát a 12 hónapra jutó összeg nagyjából 35 milliárd forinttal kisebb. A szolgáltatóknak ténylegesen juttatott összeget viszont növeli a 2010. év végi 27,5 milliárd forintos konszolidációs összeg, illetve az eseti keresetkiegészítés, amely ebben a kasszában 6-7

3. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása

3.1. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap bevételei, millió Ft

	2009 (zárszámadás)	2010 (előzetes)	2011 (előirányzat)
Egészségbiztosítási Alap bevételei	1 269 366	1 385 334	1 370 937
Járulékbévételek, hozzájárulások	898 597	677 734	676 782
Központi költségvetési hozzájárulások	319 142	617 271	642 370
Egészségbiztosítási tevékenységgel kapcsolatos egyéb bevételek	49 932	88 142	51 345
Működési és felhalmozási célú bevételek	1 681	2 175	425
Vagyongazdálkodással kapcsolatos bevételek	15	12	15

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

milliárd forint közötti összeget jelenthetett. Összességében tehát a két év nagyjából összehasonlítható, viszont a 2011-es költségvetés "Természetbeni ellátások céltartaléka" címen 15 000 millió forint gyógyító-megelőző ellátásokra elköltethető pénzt tartalmaz. Ennek az összegnek a 40 százaléka az első félév végén elköltethető abban az esetben, ha a gyógyszer-támogatási kiadások – egyébként csökkenő – előirányzatát időarányosan nem lépik túl, illetve a maradék 60 százalékot, ha ez az előirányzat év végén is tartható lesz.

Új kiadási sor is megjelent az Alapban "Gyógyszertárak juttatása" címen, amely a takarékos gyógyszerrendelés gyógyszer-tári ösztönzési fedezetét tartalmazza.

Tíz milliárd forinttal csökken az OEP költségvetése is a kormányhivatalok létrehozása miatti átszervezések és feladatátadások következtében.

3. Az Egészségbiztosítási Alap bevételeinek és kiadásainak alakulása

3.2. táblázat. Az Egészségbiztosítási Alap kiadásai, millió Ft

	2009 (zárszámadás)	2010 (előzetes)	2011 (előirányzat)
Egészségbiztosítási Alap kiadásai	1 418 832	1 477 683	1 459 614
Egészségbiztosítás pénzbeli ellátásai	247 287	221 235	232 518
Természetbeni ellátások	1 123 197	1 208 233	1 188 795
Természetbeni gyógyító-megelőző ellátások	719 031	790 973	770 120
Alapellátás	118 818	119 882	122 553
Gondozóintézeti gondozás	4 595	4 556	2 300
Házi szakápolás	3 818	3 520	4 405
Járóbeteg szakellátás+CT,MRI (laborkasszával)	129 282	133 436	139 441
Fekvőbeteg szakellátás	410 432	440 058	445 164
Egyéb természetbeni gyógyító-megelőző ellátások	52 086	89 522	56 257
Gyógyszertámogatás kiadásai	343 175	357 206	343 544
Gyógyászati segédeszköz támogatás	46 352	44 195	44 772
Egyéb természetbeni ellátások	14 639	15 858	30 358
E.biztosítási költségvetési szervek és központi kezelésű előirányzatok	23 038	21 693	10 964
Egyéb kiadások	25 319	26 522	27 337

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

4. Egészségügyi ellátás, ellátórendszer

Borbás Ilona

Az egészségügy felügyelete

2010 legjelentősebb eseménye az áprilisi parlamenti választás volt, amely a FIDESZ - KDNP győzelmével zárult. A 363 parlamenti képviselői hely döntő többségét (263 képviselői mandátum) a győztes szövetség szerezte meg. Hasonlóképp a FIDESZ - KDNP fölényes győzelmét hozták az októberi önkormányzati választások is: az összes megyében, Budapest 23 kerületéből 19-ben és a 23 megyejogú város közül 22-ben e pártszövetség győzött. Orbán Viktor miniszterelnök vezetésével az új kormány új minisztériumi struktúrába szerveződött. Az addigi 12 minisztérium helyett nyolc integrált minisztérium jött létre. Az egészségügy a Nemzeti Erőforrás Minisztérium felügyelete alatti Egészségügyért Felelős Államtitkárság alá került a Szociális, Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkárság, az Oktatásért Felelős Államtitkárság, a Kultúráért Felelős Államtitkárság és a Sportért Felelős Államtitkárság mellett. A kormányváltás ténye előrevetítette az egészségügyben a változások irányait és prioritásait. A Nemzeti Együttműködés Programja címen a Parlamentnek benyújtott cselekvési terv az egészségügyben elsődleges feladatként jelölte meg a struktúrában meglévő rendezetlen viszonyok felszámolását, a kiszámíthatóság megteremtését. Állást foglalt a kórházak közösségi tulajdonban maradása, az évekre előre tervezhető, a szolgáltatásokat értékükön, eredményorientáltan kezelő finanszírozás, a szolidaritási elvű, nemzeti kockázatközösségen alapuló, egységes biztosítási rendszer fenntartása mellett. Már a kormányprogram megemlítette azokat a kérdéseket, amelyek a szocialista-szabaddemokrata kormányzás döntései alapján a társadalomban vitákat generáltak, és amelyek rendezésére aztán a kormány 2010-ben sort is kerített: ezek közé tartozik az Egészségbiztosítási Felügyelet léte, a kötelező kamarai tagság meg-

szüntetése, a rezidensek szankciókkal történő Magyarországon tartása, a patikaliberalizáció.

Az új kormány egészségügyet érintő új szabályozásai

EBF

Az új kormány első intézkedései közötti kezdeményezésre az Országgyűlés 2010. szeptember 26-ával részleges jogutódlással megszüntette a 2006-ban létrehozott Egészségbiztosítási Felügyeletet. Feladatait a továbbiakban az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár látja el. A felügyeletnél folyamatban lévő panaszeljárások átkerültek az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálathoz, míg a betegfogadási listákról és várólistákról szóló jelentések gyűjtése a döntést követően az Országos Egészségbiztosítási Pénztár hatáskörébe tartozik.

Szakdolgozói kompetenciák

Az egészségügyi törvény 2010. január 1-étől egy új egészségügyi ágazati képzési forma fogalmát vezette be, az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzését, azaz az ún. licenszképzését. Licenszképzéssel, valamint az azt követő licenszvizsgálával (megfelelő gyakorlat esetén képzés nélküli vizsgálával) olyan speciális feladatokhoz volt szerezhető licensz, amelyek kapcsolódnak a szakdolgozó megszerzett képesítéshez, de annak alapján nem végezhető. Ilyen tevékenység például az intravénás injekció beadása, melynek előkészítése szerepel az ápolók szakmai és vizsgakövetelményeiben, a napi munkafolyamatban viszont általános gyakorlat, hogy nem csak az előkészítést, hanem a teljes tevékenységet is az ápoló végzi. Évtizedeken keresztül működött az a rendszer, hogy a szakdolgozó az orvos írásos utasítása alapján olyan tevékenységeket is ellátott, amelyekre nem szólt a képesítése. Bár ezt egy 2007-es szabályozás jogilag megszüntette, a gyakorlatot nem változtatta meg. Orvosi kompetenciába tartozó jellege miatt a törvényalkotó a tevékenység elvégzéséhez külön szabályozást, képzési és vizsgakötelezettséget tartott indokoltnak. Ezért egy 2009. év végi módosítással az egészségügyi törvénybe bekerült a licenszvizsga megfogalmazása. A licenszképzés nem önálló szakképesítés, az alapképzés kiegészítésére szolgál.

A képzés részleteit a 2010. július 8-án hatályba lépett a *15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet* – a szakképzésről szóló törvény alapján alap-, közép-, emeltszintű, valamint

felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel, egészségügyi főiskolai végzettséggel vagy felsőoktatási intézményben, orvos- és egészségtudományi képzési terület alapképzési szakán szerzett szakképzettséggel rendelkezők egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről – tartalmazta.

Az un. licenszrendelet megjelenése előtt, 2010 januárjában jelent meg a *3/2010. (I. 26.) EüM rendelet* – majd egy hónap múlva annak módosítása – az ápolói tevékenység kompetenciáiról, amely a licenszvizsga hatályba lépéséig és azt követően egy átmeneti időszakig rendezte a tevékenységet. A rendelet tartalmazta azokat a kompetenciákat, amelyekben az ápoló egyéni döntése alapján önállóan vagy az adott beteg ellátásában közreműködő orvos utasítására önállóan vagy az orvossal együttműködve végezhet. A rendelet alapján pl. az intravénás gyógyszerbevitel vagy az infúziós terápia az orvos írásos utasítása alapján, orvossal együtt végezhető.

A licensz rendelet melléklete határozta meg azokat a tevékenységeket, amelyekre licensz szerezhető, valamint tartalmazta a képzésben való részvételhez szükséges képesítési és szakmai feltételeket stb. Összesen nyolc területre terjesztette ki a licensz megszerezhetőségét:

- Intravénás gyógyszerelés és infúziós terápia,
- Parenterális táplálás,
- Transzfúziós terápia,
- Tartós fájdalomcsillapítás,
- Artéria punkció és artéria kanülálás,
- Szabad légútbiztosítás, lélegeztetés sürgősségi állapotban,
- Inkontinencia, sztóma ellátása,
- Sebkezelés.

A rendelet szerint a licensz 5 éves jogosultsági időszakra szólt. Megkezdődött az oktatási programok és a vizsgakövetelmények kidolgozása. Amikorra azonban ezek publikálása megtörtént volna, a *NEFMI 17/2010. (XII. 20.) számú rendeletével* 2010. december 25-ével hatálytalanította az ápolói tevékenység kompetenciáiról szóló *3/2010. (I. 26.) EüM rendeletet*, valamint a *15/2010. (IV. 9.) EüM rendeletet* (licenzrendelet) is. Licenszvizsgát a licenszrendelet alapján senki sem szerzett Magyarországon.

2011 első napjaiban látott napvilágot a nemzeti erőforrás miniszter *1/2011. (I. 7.) NEFMI rendelete* az egészségügyért felelős miniszter hatáskörébe tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeinek kiadásáról. A kidolgozott licenszkövetelmények nagyobbik része tartalmilag beépítésre került ennek az új rendeletnek a szövegébe, a szakmai és vizsgakövetelmények sorába. Az újonnan megszerzett szakképesítések tehát majd tartalmazni fogják a licensz alapján meghatározott kompetenciákat.

Rezidensek

2009 júniusában a kormány új rendeletet fogadott el az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, más szóval a rezidensképzésről, amelynek szabályai azonban csak 2010-ben léptek volna életbe. A jogszabály tartalmazta azt, hogy a rezidensek a képzési költségekhez nyújtott állami támogatás ellentételezéseként – visszafizetés terhe mellett – vállalják, hogy a szakképzési idő alatt, valamint az azt követő további négy évig a munkáltatónál a szakképzésüknek megfelelő egészségügyi tevékenységet végeznek, erre jogviszonyt létesítenek, A szabályozás szerint központi gyakornokok (hiányszakmáknak minősített és háziorvostan szakképzésben résztvevők) pedig a szakképzés megszerzése után ugyancsak négy évig a Magyarország területén, államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatóknál a szakképzésüknek megfelelő, egészségügyi tevékenységre kötelezettek. Ez a szabályozás tiltakozást váltott ki a hallgatók részéről, röghöz kötésnek minősítették. 2010 nyarán az új kormány *217/2010. (VII. 22.) rendelete* a négy éves megkötéseket hatálytalanította.

Patikapiac

A Parlament 2010 júliusától 2011. január 1-jéig felfüggesztette a közforgalmú gyógyszerterek létesítését olyan településeken, ahol már működik közforgalmú gyógyszertár, továbbá megtiltotta a gyógyszertári vállalkozások további fúziójának engedélyezését is. (*2010. évi LXXXIX. törvény az egyes egészségügyi és szociális tárgyú törvények módosításáról*). Az intézkedésekkel egyidőben jelezte, hogy a gyógyszertárak létesítésének és működtetésének szabályait meg kívánja változtatni. Erre a 2010 decemberében elfogadott törvényben (*2010. évi CLXXIII. törvény az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról*) került sor. A gyógyszertárak létesítésében a szükségleti elvet tükröző szabályozás lép érvénybe. A jövőben csak olyan településen lesz lehetőség közforgalmú gyógyszertár nyitására:

4. Egészségügyi ellátás, ellátórendszer

- ahol még nem működik közforgalmú gyógyszertár,
- illetve ahol a közforgalmú gyógyszertár által ellátott lakosságszám meghaladja a 4 000, nagyobb települések esetén a 4 500 főt,
- és a meglévő közforgalmú gyógyszertárak bejárata és az új közforgalmú gyógyszer-tár bejárata között ötvenezer lélekszámot meghaladó városokban legalább 250 méter, egyéb településeken legalább 300 méter távolság van.

Új közforgalmú gyógyszertárak csak gyógyszerész többségi tulajdonával létesülhetnek. A törvény a gyógyszertárak működtetésében a gyógyszerészi többségi tulajdon megszerzésére a már működő gyógyszertárak esetében átmeneti időszakot határoz meg. Az 50 százalékot meghaladó gyógyszerész tulajdoni hányadot a gazdasági társaságokban 2017. január 1-jéig kell biztosítani (a gyógyszerész tulajdoni hányadnak 2014. január 1-jéig meg kell haladnia a 25 százalékot). Gyógyszergyár, illetve gyógyszer-nagykereskedő közforgalmú gyógyszertárban 2011. január 1-től tulajdont sem közvetlenül, sem közvetve nem szerezhet. Off-shore cégek 2011. május 31-ét követően nem rendelkezhetnek tulajdonnal a gyógyszertárakban. A törvény korlátozza a gyógyszertári láncok kialakításának gyakorlatát, négynél több gyógyszertár nem kerülhet egy adott vállalkozás vagy vállalkozáscsoport irányítása alá.

Megújuló szakmai kollégiumi rendszer

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága 2010 őszén szakmai előkészítő bizottságot hozott létre az egészségügyi szakmai kollégiumok megújítására. A bizottság év végén adta át javaslatát az Államtitkárságnak. A javaslatban a szakmai kollégiumi rendszer kétszintűvé válik. Az első szintet a szakmai kollégiumi tanácsok alkotják, ezekből 60 jön létre ugyanannyi szakterületet képviselve, egyenként 5-15 fős létszámmal. Itt folyik a szakmai protokollok, módszertani levelek készítése, a szakmai terület vezetői követelményeinek meghatározása stb. A második szint egy 180 fős szakmai kollégium, amely a 60 szakterület 3-3 képviselőjét tartalmazó tagozatokból áll. Ennek a szintnek a feladata a tanácsokban elkészített anyagok véleményezése és a szakterület stratégiai irányainak meghatározása. A tanácsokba szakmai társaságok és egyesületek delegálják a tagokat, a tagozatokba ugyancsak ezen szakmai szervezetek javaslatára az egészségügyért felelős államtitkár jelöli ki a résztvevőket.

Intézetén kívüli szülés

Magyarországon évek óta vita tárgya az otthonaszülés, a vitákat néhány tragikus kiemelt szülést követően a szülésnél közreműködő szakemberek ellen indított perek és az otthonaszülés érdekében szervezett demonstrációk terhelik. Mindeközben az ÁNTSZ honlapján megtalálható adatok szerint (védőnők tudomására jutott otthonaszületek) évente 400 körüli szülés zajlik intézetén kívüli körülmények között. Erre a vitára kísérelt meg pontot tenni 2010 végén az Egészségügyért Felelős Államtitkárság, amikor az érintett szakmai és civil szervezetekkel folytatott konzultációk alapján elkészítette és közigazgatási egyeztetésre bocsátotta az intézetén kívüli szülést szabályozó rendelet tervezetét. (A tervezetet 2011 márciusában fogadták el, és a 2011. május 1. utáni születekre alkalmazható.) A tervezet alternatívát kínál a szülő nőknek a szülés helyszínének megválasztására. A tervezet szerint intézetén kívüli (otthon vagy ún. születésházban) szülést a szövődménymentes terhesség 37. és 41. hete között, koponyavégű magzati fekvés esetén a 18-40 éves nők választhatnak. Kizáró okok közé tartoznak az iker, vagy többes terhesség, korábbi császármetszés, korábbi problémás szülés és a fennálló betegségek.

Intézetén kívüli szülészeti ellátást csak működési engedéllyel és felelősségbiztosítással rendelkező egészségügyi szolgáltató nyújthat meghatározott higiénés körülmények között, biztosítva azt, szükség esetén egy OEP-pel finanszírozási szerződéses kapcsolatban álló háttérkórház 20 percen belül elérhető legyen. Szülést szülész-nőgyógyász szakorvos, vagy diplomás, legalább két éves szülőszobai gyakorlattal, ennek hiányában kétéves szakmai gyakorlattal és igazoltan legalább ötven szülésben való közreműködéssel rendelkező szülésznő vezethet. A szülésnél két egészségügyi dolgozónak kell jelen lennie, valamint 24 órán belül el kell végezni a gyermekorvosi vizsgálatot.

Az intézetén kívüli szülést a társadalombiztosítás nem finanszírozza, a gyermekorvosi, védőnői, háttérkórházi ellátások azonban finanszírozottak.

Év végi törvényváltoztatások, 2011-re áthúzódó intézkedések

Az egészségügy igazgatását is érintve átalakult a közigazgatási hivatalok hálózata. 2010. október 15-én lépett hatályba az integrált kormányhivatalokat létrehozó 1191/2010. (IX. 14.) Korm. határozat a területi államigazgatási szervezetrendszer átalakítását megalapozó intézkedésekről. A területi államigazgatás szervezeti integrációja megvalósításának időpontja: 2011. január 1. Ettől az időponttól a közigazgatási hivatalok jogutódjaiként a kabinet általános hatáskörű területi államigazgatási szerveiként Budapesten és 19 megyében megalakultak a kormányhivatalok, 14 terü-

leti államigazgatási szervet integrálva magukba. Az egészségügyben az intézkedés a Regionális Egészségbiztosítási Pénztárakat, valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Regionális Intézeteit érinti.

A 2010 decemberében elfogadott törvény (*2010. évi CLXXIII. törvény az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról*) lényeges intézkedései között a korábban már említett patikapiaci szabályozás mellett megváltoztatja az egészségügyi szolgáltatói kapacitások átrendezésének szabályait, megszünteti az ellátórendszer egyes kategóriáit (pl. súlyponti kórház), és lerakja a struktúra átalakításának alapjait. Megállapításként törvényben rögzíti, hogy az egészségügyi szakellátás szervezése és koordinálása a háziiorvosi körzeteken alapuló területi egységekben a közfinanszírozásban részesülő egészségügyi szolgáltatók együttműködésével történik. Azokat a szakellátási feladatokat, amelyek háziiorvosi körzetek szerinti területi egységek keretében nem oldhatók meg, a speciális feladatellátásra szakosodott országos szakmai központok látják el. A régiós kapacitásbontás helyett a jövőben a kapacitások meghatározásában kisebb területi egységek, háziiorvosi körzetek szolgálnak alapul. 2013-tól az addigi éves kapacitásfelosztást három évente végzik el, hogy az eltelt idő alatt legyen idő a kapacitások működésének beállítására. A Regionális Egészségügyi Tanácsok szakellátási kapacitások felosztásához kapcsolódó feladatait az ÁNTSz veszi át.

A törvény megszünteti az elszámolási nyilatkozat kötelező jellegét. A járóbeteg szakellátásban és a fekvőbeteg ellátásban a biztosított által igénybe vett ellátásokról és az azért járó egészségbiztosítási finanszírozás összegéről, esetleges térítési díjról a biztosított kérésére kell csak nyilatkozatot kiadni a szolgáltatóknak.

A jogszabály figyelemre méltó módosítást hozott az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényben. A módosítás lehetővé teszi a háziiorvosnak, hogy a hozzá bejelentkezett biztosítottakra vonatkozóan jogosult legyen a TAJ szerinti egészségügyi adatok lekérdezésére az Országos Egészségbiztosítási Pénztáron keresztül. Az adatkezelés célja a beteg-utak irányítása és nyomon követése, a háziiorvos kapuőri funkciójának támogatása, a hatékonyabb és eredményesebb egészségügyi ellátás megszervezése. Adatokat csak a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett szolgáltatásokról kap a háziiorvos, amennyiben a biztosított ez ellen írásban nem tiltakozik.

Ugyanez a törvény a Semmelweis-napot (július 1.) az egészségügyben dolgozóakra munkaszüneti nappá nyilvánította.

December végén nyújtotta be a Nemzeti Erőforrás Minisztérium a Parlamentnek az egészségügyi szakmai kamarákra vonatkozóan a teljes körű kötelező kamarai tagság

visszaállításáról szóló javaslatot, amit 2011 márciusában el is fogadtak. A korábban is kötelező tagságot 2007-től törölték el.

Változások az egészségügyi ellátórendszer szerkezetében, kapacitásaiban¹

Kórházüzemeltetés

2010-re húzódott át a magántulajdonú kórházüzemeltetők egyik képviselőjének kivonulása ebből a tevékenységből. A Medisyst 2009 végén döntött úgy, hogy kiszáll az egészségügyi intézmények működtetéséből. A mezőtúri kórház működtetését az önkormányzat tulajdonában lévő non-profit kft. vette át. A körmendi Batthyány Strattmann László Kórházat szintén önkormányzati alapítású cég működteti tovább. A tapolcai kórháznál az átadással kapcsolatos elszámolási viták májusra oda vezettek, hogy a Medisystnek már nem, a város által alapított kft.-nek még nem volt működési engedélye. A kórházban folyó betegellátás érdekében az egészségügyi miniszter egészségügyi katasztrófavédelmi intézkedéssel kezelte a problémát, ami működési engedély nélkül is lehetővé tette az egészségügyi dolgozók kirendelését a kórházba. A pusztán adminisztratív procedúrát jelentő helyzet május 1-től 18-ig tartott. Ezt követően ez a kórház is önkormányzatú tulajdonú működtetéssel Tapolcai Kórház Egészségügyi Nonprofit Kft.-ként üzemelt tovább.

Integrációk

Három példa említhető a kórházak területi integrációjára.

- 2010. január elsejétől a Pécsi Tudományegyetem klinikái, illetve a Baranya Megyei Kórház egy egységben fogadja a betegeket, a megyei kórház egységei az egyetem kezelésébe kerültek.
- 2010 nyarán a Mátészalkai Területi Kórház csatlakozott a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Egészségügyi Holding Zrt.-hez.
- 2010. október elsejével a kiskunfélegyházi kórházban megszűntek az aktív ágyak, a kórház csak a rehabilitációs és krónikus osztályt, valamint a járóbeteg-ellátást tartja fenn. Az intézmény ellátási területéhez tartozó betegeket ezentúl

¹A példák nem teljeskörűek, elsősorban a sajtóban megjelent hírekre támaszkodtunk.

a kecskeméti megyei kórház fogja ellátni. A kiskunfélegyházi kórház aktív ágyakat adott át Kecskemétnek, a megyei kórház pedig 71 krónikusbeteg-ágyat és 32 rehabilitációs ágyat adott át Kiskunfélegyházának.

Új közfinanszírozott vagy részben közfinanszírozott ellátások

- Eger önkormányzata és a Borsod-Abaúj- Zemplén Megyei Önkormányzat összefogásának eredményeképp belgyógyászat-kardiológiai, ortopéd, idegsebészeti és neurológiai szakrendelés indult a hevesi megyeszékhelyen, melyhez a szakmai segítséget a miskolci megyei kórház biztosítja.
- A DE OEC Reumatológiai Tanszékén izotópos ízületi terápia is segíti a sokízületi gyulladásban szenvedők kezelését. Ezt a módszert eddig csak Budapesten és Kecskeméten alkalmazták, azonban a Tanszék és a PET-CT Kft. együttműködésének köszönhetően Debrecenben is elérhető az eljárás.
- MR-berendezéssel gazdagodott a Pécsi Diagnosztikai Központ, amit azok a betegek, akik soron kívül szeretnének vizsgálatot, térítés ellenében használhatnak. Az orvosilag indokolt esetekben a vizsgálatot a biztosító téríti. A berendezést a diagnosztikai központ saját beruházásként vásárolta meg.
- A budapesti Péterfy Sándor Utcai Kórház- Rendelőintézet és Baleseti Központban az Euromedic Diagnostics üzembe helyezett egy SPECT CT-t. Az új eszközzel egyszerre végezhető el az izotópdiagnosztikai SPECT vizsgálat és a computer tomográfia. Beutalóval OEP finanszírozott ellátás vehető igénybe. Szűrési célból, magánkezdeményezésre a vizsgálat térítésköteles.
- A Szegedi Tudományegyetemen a köz- és magánszféra együttműködésének köszönhetően újabb állomásához érkezett a 380 millió forintból megvalósuló képalkotó diagnosztikai integráció. A 300 millió forintos CT berendezés telepítését és a városi kórház radiológiai részlegének rekonstrukcióját követően az Euromedic Diagnostics Szeged Kft. további 30 millió forintból alakította ki az I. Rendelőintézetben és a Gyermekklinikai radiológiai egységekben is a digitális röntgendiagnosztika feltételeit. A fenti példákhoz hasonlóan közfinanszírozott és térítésköteles ellátás is igénybe vehető.
- Átadták Szolnokon a hatvan férőhelyes Pszichiátriai Betegek Nappali Intézményét, mely a már meglévő, Tófenék úti Addiktológiai Központban kapott he-

lyet. A központot a Magyar Ökumenikus Segélyszervezet működteti (járóbetegszakellátási szerződés alapján). Az önkormányzat biztosítja a tulajdonában álló ingatlan ingyenes használatát, és évi hétmillió forint támogatást nyújt a fenntartási költségekhez.

- Pécssett átadták a belvárosi irgalmasrendi kórház alapvetően saját forrásból felújított szárnyát. A fejlesztés 2008-ban indult, amikor az intézmény még 17 ágygal rendelkezett, 2010-ben, az átadások után a rend már száztizenhét ágygal segíti a Baranya megyei betegellátást. A hospice osztály 23 ágygal, az ápolási osztály 30 ágygal, a krónikus belgyógyászati osztály pedig 64 ágygal rendelkezik. Az ágyak mindegyikét az OEP finanszírozza. Megnyílt a kórház belgyógyászati és képalkotó-diagnosztikai (röntgen, ultrahang) szakrendelése. Az ellátás beutalóköteles, de az egészségpénztár finanszírozza, tehát minden beutalóval érkező számára ingyenes.
- Megnyitotta kapuit a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának építészeti felújított és szakmailag korszerűsített Andrológiai Centruma.
- Speciális, éjjel-nappal nyitva tartó családorvosi rendelő kezdte meg működését Pécsen az Európa Kulturális Főváros (EKF) jegyében.
- Nemzetközi oltóhelyet nyitottak a kaposvári Kaposi Mór Oktató Kórházban. Az infektológiai szakambulancián a Magyarországon elérhető 19 védőoltás mindegyike felvehető.
- Decemberben kezdte meg működését az új egészségügyi szűrőközpont a vörösiszapömlés által sújtott Devecserben. Németországból komplett röntgenszobát kaptak. A szűrőközpontban Kolontár, Devecser, Somlóvásárhely, Somlójénő, Tüskevár, Apácatorna és Kisberzsény lakosságának megelőző szűrővizsgálatát végzik majd előjegyzéses rendszerben. A szűrővizsgálatok között laboratóriumi, általános felnőtt- és gyermekorvosi vizsgálatok, tüdőszűrés, valamint egyéb szakorvosi-tüdőgyógyászati, szemészeti, fül-orr-gégészeti, sebészeti és nőgyógyászati vizsgálatok vehetőek majd igénybe.
- A Komárom-Esztergom megyei kórház új szolgáltatással bővült. A betegek hotel jellegű VIP-apartmant vagy VIP-szobát is választhatnak.

Infrastruktúra fejlesztések

Az egészségügyi infrastruktúra fejlesztések zöme EU-s támogatásokból valósult meg. 2010-ben az egészségügy fejlesztésére 109 milliárd Ft uniós támogatást ítéltek meg. A ROP és a TIOP pályázatok keretében alapellátás fejlesztésére, egészségházak kialakítására, járóbeteg szakellátó központok fejlesztésére, a járóbeteg szakellátás korszerűsítésére, fekvőbeteg-szakellátás infrastruktúrafejlesztésre, sürgősségi ellátás fejlesztésére, a mentés informatikai rendszerének, a mentésirányításnak a fejlesztésére lehetett pályázni. A TÁMOP pályázatok a foglalkoztatás támogatását, képzési programok támogatását, és a kompetenciafejlesztést szolgálták. A támogatásokból 135 helyszínen fejlődik az alapellátás, 7 településen a járóbeteg szakellátás és 40 helyszínen a kórházi infrastruktúra. Részletes ismertetés az 5. fejezetben olvasható.

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) pályázati rendszerében a korábbi években elnyert támogatásokból háziorvosi rendelők, járóbeteg központok, kórházak infrastruktúrája fejlődött. A fejlesztésekről a B. mellékletben a 115. oldalon olvashatók példák. A melléklet a hazai közfinanszírozásból, PPP beruházásokból megvalósult fejlesztésekről és magánellátást nyújtó magánberuházásokról is szolgáltat médiában megjelent híreket.

Az egészségügyi rendszer működéséhez kapcsolódó nyilvántartások

2010-ben elindult az egészségügyi humánerőforrás-monitoring rendszer (HMR) projektszintű megvalósítása. 2009. november 18-án lépett életbe a HMR működésének részletes szabályairól szóló *36/2009. (XI.3.) EüM. rendelet*. A HMR működtetője az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal, ahol erre a feladatra 2010. március 1-jén alakult meg a Migrációs és Monitoring Főosztály. Az EU-s társfinanszírozású HMR projekt keretében az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatosan személyazonosításra alkalmatlan adatokat 2010-től már személyazonosításra alkalmas módon is gyűjtik egy egységes adattárház számára. A projekt lehetőséget teremt pl. az egészségügyi dolgozók rendszerben történő nyomon követésére, az ágazat humán erőforrás helyzetével kapcsolatos adatszolgáltatásra.

2009 végén még csak a tesztüzem volt elérhető, 2010 márciusától azonban már normál üzemmódban működik az OEP által kialakított online kórházi ágynyilvántartás, a SZÁRNY (Szabad Ágyszámnyilvántartó Rendszer). A nyilvántartásba történő

adatszolgáltatást a 291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelet támogatja, amely alapján 2010. január elsejétől az aktív fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók kötelesek az OEP által biztosított program felhasználásával elektronikus úton jelenteni az OEP számára a rendelkezésre álló finanszírozott ágyak státuszát (foglalt, előfoglalt, szabad).

Megújult az Integrált Egészségügyi Infrastruktúra Adatbázis az EMKI-ben. Az adatbázis olyan zárt, az egészségügyi intézmények, mint adatszolgáltatók számára online elérhető kataszter, amely az egészségügyi intézményektől beérkező épületekre, energia beszerzésre, felhasználásra, szoftverekre és számítógépekre, 100 000 Ft értékhatár feletti tárgyi eszköznek minősülő egészségügyi gépekre és műszerekre vonatkozó adatokat tartalmazza.

2010-ben az ESKI pilot programjaként indult, 2011-ben már valós eredményeket is nyújt a szükséglet alapú kapacitástervezés támogatására készült fejlesztés, a "Káthéter és Mónika", azaz a "**kapacitás térkép tervező és monitoring kutató alkalmazás**". A projekt adatbázisba integrálja az ellátórendszerben és azon kívül keletkező egészségügyi adatokat, támogatja az indikátorok képzését, és térinformatikai eszközökkel is képes megjeleníteni az eredményeket.

Szakmai irányelvek, protokollok

2010-ben az egészségügyért felelős miniszter 72 új vagy módosított szakmai irányelvet, szakmai protokollt adott ki többek között bőrgyógyászat, belgyógyászat, diétetika, fog- és szájbetegségek, gyermeksebészet, igazságügyi orvostan, infektológia, kardiológia, klinikai immunológia és allergológia, neurológia, szemészet, szülészet nőgyógyászat, urológia, védőnői ellátás területeken.

5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések

Ajtonyi Zsuzsa

2010-ben a magyar egészségügy fejlesztésére összesen 109,4 milliárd Ft értékű támogatást ítéltek meg uniós forrásokból. A támogatási összeg döntő hányadát, 89 százalékát (98 milliárd Ft-ot) a Társadalmi Infrastruktúra Operatív Programon (TIOP) belül ítelték oda. A Regionális Operatív Program (ROP) keretein belül 9,4 milliárd Ft értékű támogatást ítéltek meg, amely az egészségügyre fordított uniós támogatások 9 százalékát teszi ki. A Társadalmi Megújulás Operatív Program (TÁMOP) keretén belül 2 milliárd Ft-ot biztosítanak az egészségügyi intézményeknek, ami a támogatások 2 százalékát jelenti.

Ezen kívül 2010-ben a TÁMOP program keretén belül további 2,6 milliárd Ft-ot fordítanak egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramokra.

Az egyes operatív programokon belül 2010-ben a következő fejlesztési célokra ítéltek meg támogatást:

A Társadalmi Infrastruktúra Operatív Program keretein belül:

- Aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg szolgáltatások fejlesztésére (TIOP 2.1.3-10/1)
- Sürgősségi ellátás fejlesztésére (SO1 és SO2), és ezeken belül gyermek sürgősségi ellátás támogatására (TIOP 2.2.2-08/2)
- Struktúraváltoztatást támogató infrastruktúrafejlesztésre a fekvőbeteg-szakellátásban (TIOP 2.2.4-09/1)
- A mentésirányítási rendszer fejlesztésére (TIOP 2.3.4-09/2)
- Az egészségpólusokban történő infrastruktúra-fejlesztésre (TIOP 2.2.7-07/2F/2)

5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések

A Regionális Operatív Program keretein belül:

- Az alapellátás fejlesztésére, korszerűsítésére, helyi egészségházak kialakítására (DAOP 4.1.1/A-09, ÉAOP 4.1.2/A-09, KDOP 5.2.1/A-09, ÉMOP 4.1.1/A-09, NYDOP 5.2.1/A-09)
- Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központok fejlesztésére (DDOP 3.1.3/A-2f)
- Kistérségi járóbeteg szakellátó központok fejlesztésére, a járóbeteg szakellátás korszerűsítésére, kistérségi önálló járóbeteg szakrendelők fejlesztésére (DAOP 4.1.1/B-09, ÉAOP 4.1.2/B-09, KDOP 5.2.1/B-09),
- Alap- és járóbeteg-ellátás fejlesztésére a komplex programmal kezelendő, leg-hátrányosabb helyzetű kistérségekben (DAOP 4.1.1/C-09, ÉMOP 4.1.1/C-09, ÉAOP 4.1.2/D-09)
- A Közép-Magyarországi régió egészségügyi informatikájának fejlesztésére (KMOP 4.3.3/B-09-2F)

A Társadalmi Megújulás Operatív Program keretén belül:

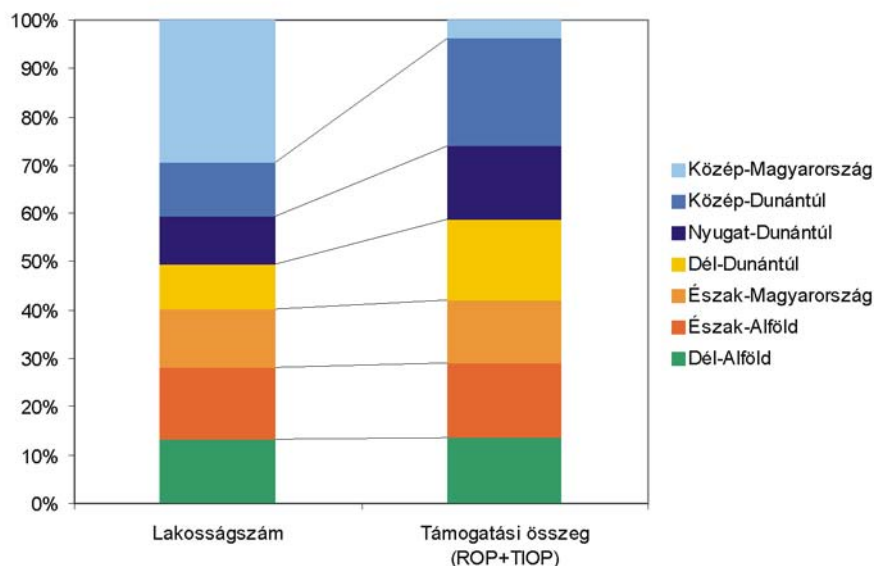
- Foglalkoztatás támogatására az egészségügyi intézményekben (TÁMOP 6.2.4/A-08/1/konv, TÁMOP 6.2.4/A-09/1, TÁMOP 6.2.4/A-09/1/KMR),
- Képzési programokra az egészségügyben foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzésére, kompetenciafejlesztésre (TÁMOP 6.2.2/A-09/1, TÁMOP 6.2.2/A-KMR-09/1, TÁMOP 6.2.2/A-KMR-09/2, TÁMOP 6.2.2/B-09/1)
- Képzési díj támogatására az intézmények számára a konvergencia régiókban (TÁMOP 6.2.2/A-09/2 "A" komponens)
- Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramokra (TÁMOP 6.1.2/A-09/1, TÁMOP 6.1.2/A-09/1-KMR, TÁMOP 6.1.2/LHH-09/1)

A ROP és a TIOP keretén belül elsősorban infrastruktúra-fejlesztés, míg a TÁMOP keretén belül humán erőforrás-fejlesztés és egészségnevelés címen lehetett uniós forrásokra pályázni. A ROP és a TIOP keretén belül megítélt támogatási összegek regionális megoszlását az 5.1. ábra foglalja össze.

Az 1 000 főre jutó, elsősorban infrastrukturális célra fordítandó támogatások mértéke Közép-Dunántúlon volt a legmagasabb, a legalacsonyabb pedig a közép-magyarországi régióban.

5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések

5.1. ábra. A ROP és TIOP programokból megítélt támogatási összegek régiónkénti megoszlása és a régiók lakosság száma



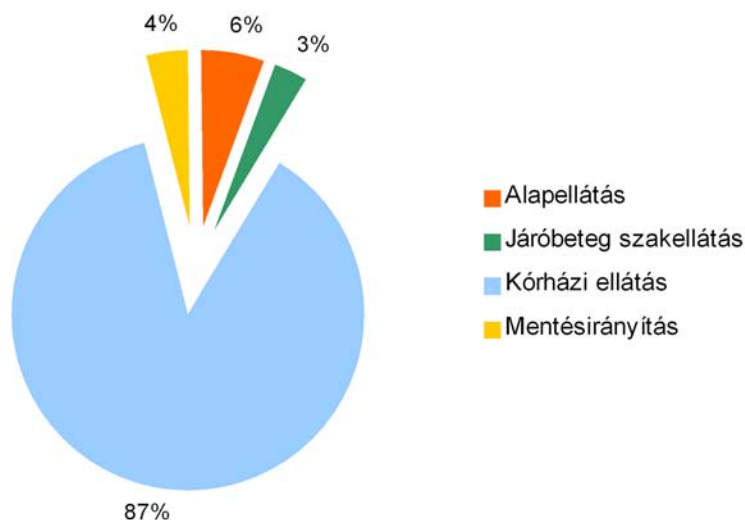
5.1. táblázat. Az 1 000 főre jutó (ROP és TIOP keretein belül megítélt) támogatás mértéke régiónként

Régió	Lakosságszám*	Támogatási összeg (ROP+TIOP)	1000 főre jutó támogatás mértéke
Közép-Magyarország	2 951 436	4 073 635 000	1 380 221
Közép-Dunántúl	1 098 654	23 854 675 318	21 712 637
Nyugat-Dunántúl	996 390	16 292 979 138	16 352 010
Dél-Dunántúl	947 986	18 079 433 873	19 071 414
Észak-Magyarország	1 209 142	13 934 851 827	11 524 578
Észak-Alföld	1 492 502	16 537 151 712	11 080 154
Dél-Alföld	1 318 214	14 733 179 476	11 176 622
Összesen	10 014 324	107 505 906 344	

*2010. január 1-i adatok. Forrás: KSH

5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések

5.2. ábra. A ROP és TIOP programokból megítélt támogatási összegek ellátási szintek szerinti megoszlása



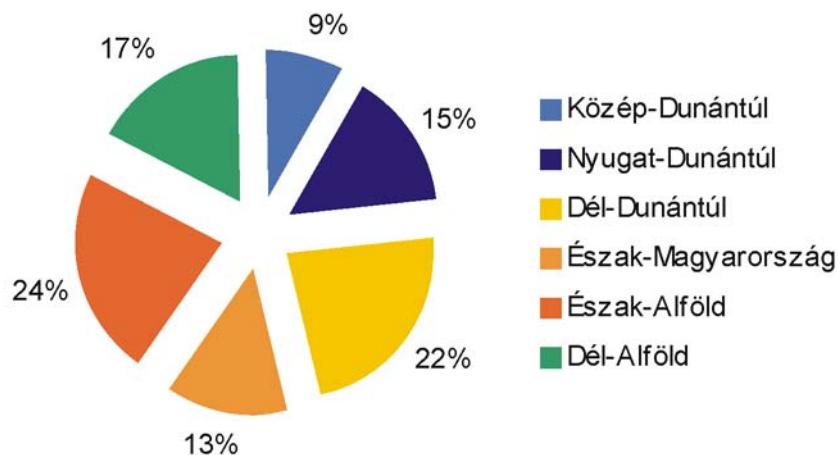
Az 5.2. ábra a ROP és TIOP programokból megítélt támogatási összegek ellátási szintek szerinti megoszlását mutatja. Az elsősorban infrastrukturális célokat szolgáló támogatások döntő hányadát, 87 százalékát ítélték meg a fekvőbeteg-ellátás fejlesztésére 2010-ben. Mindez 93,8 milliárd Ft összértékű támogatást jelent a kórházak számára. Az alapellátás fejlesztésére a támogatások 6 százalékát fordítják, 6,2 milliárd Ft összegben. A mentésirányítás 4 százalékban részesül a támogatásokból, ami 4 milliárd Ft értékű támogatást jelent. A járóbeteg szakellátás a támogatások 3 százalékát kapta, azaz 3,4 milliárd Ft-ot.

Az alapellátás fejlesztésére megítélt támogatások regionális megoszlását az 5.3. ábra mutatja be.

2010-ben ROP keretében az alapellátásra fordított támogatások összértéke 6,22 milliárd Ft volt. Ennek legnagyobb hányadát, 24%-át Észak-Alföld kapta (1,43 milliárd Ft-ot). A közép-magyarországi régióban alapellátás fejlesztésére 2010-ben nem ítélték meg támogatást.

5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések

5.3. ábra. Az alapellátásra fordított támogatások régiónkénti megoszlása



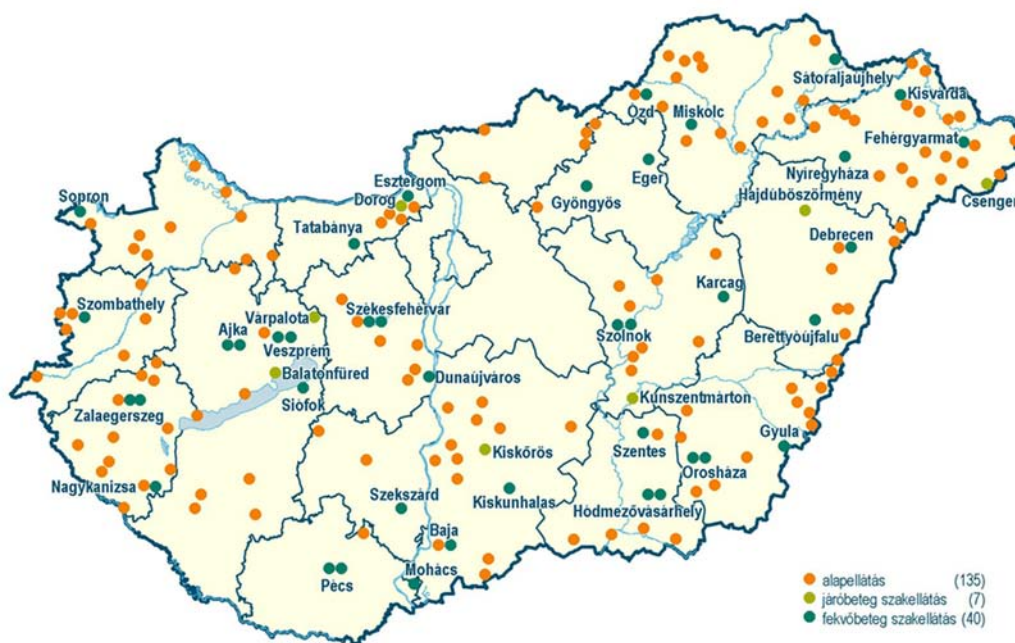
5.2. táblázat. Az alapellátás számára a ROP keretein belül megítélt 1 000 főre jutó támogatás mértéke régiónként

Régió	Lakosságszám*	Támogatás mértéke	1000 főre jutó támogatás mértéke
Közép-Magyarország	2 951 436	0	0
Közép-Dunántúl	1 098 654	534 311 105	486 332
Nyugat-Dunántúl	996 390	936 534 243	939 927
Dél-Dunántúl	947 986	1 397 176 341	1 473 836
Észak-Magyarország	1 209 142	833 699 209	689 497
Észak-Alföld	1 492 502	1 435 213 299	961 616
Dél-Alföld	1 318 214	1 085 925 489	823 785
Összesen	10 014 324	6 222 859 686	

*2010. január 1-i adatok. Forrás: KSH

5. EU támogatással megvalósuló fejlesztések

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



A térképet készítette: Juhász Judit

Az ábra alapjául szolgáló adatok részletesen az E. mellékletben találhatóak meg.

6. Nemzetközi hírösszefoglaló

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

2010 nemzetközi egészségpolitikai történéseiben még mindig az amerikai egészségügyi reform vezeti a hírlistát. A törvény elfogadásával pont került a reform mikéntjéről szóló vitákra. A kötelező egészségbiztosítás törvényerőre emelkedése, a szolidaritás megjelenése azonban az állampolgári szabadság tiszteletére épülő Államokban nem járt osztatlan sikerrel. A republikánusok pozícióinak erősödésével, a törvény életbelépésével egyidőben ellentámadások sora indult a reform visszavonására.

Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi reformja

Az amerikai képviselőház 2010. március 21-én fogadta el az egészségügyi rendszer teljes átalakítását célzó törvényt (Patient Protection and Affordable Care Act). A szavazást a demokraták a társadalmi igazságosság olyan szintű történelmi lépéseként üdvözölték, amely a Medicare (idősek egészségügyi ellátása) és a társadalombiztosítás (nyugdíjrendszer, gyermekek és rokkantak egészségügyi ellátása) létrehozásához hasonlítható. Barack Obama amerikai elnök 2010. március 23-án írta alá a törvényt. A reformtörvény az amerikai lakosság 95 százaléka számára teszi lehetővé az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, miközben – a törvényalkotó reményei szerint – hosszú távon jelentősen csökkenti az egészségügyi kiadásokat. A Kongresszusi Költségvetési Hivatal szerint az egészségügyi reform 938 milliárd dollárba kerülne tíz éves időtartamra elosztva, de összességében 143 milliárd dollárral csökkentené a szövetségi költségvetési hiányt ugyanezen időtáv alatt.

A törvény azáltal, hogy kötelezővé teszi minden amerikai állampolgár és tartózkodási engedéllyel rendelkező lakos számára az egészségbiztosítás kötését, többlépcsős folyamatként 32 millió, jelenleg biztosítás nélküli lakosnak nyújtana fedezetet. A biztosítás hiánya pénzbüntetést von maga után. Csak az anyagilag nehéz helyzetben lévőkre (szegénységi jövedelem küszöb 100 százaléka alatti lakosok), a biztosítást val-

lások okokból ellenzőkre, az amerikai indiánokra, a 90 napnál rövidebb ideig fedezet nélkülűkre és az illegális bevándorlókra nem vonatkozik a biztosítási kötelezettség.

A törvény meghatározza az alapvető szolgáltatáscsomagot, és limitálja az erre vonatkozó költségmegosztást (co-paymentet). Az alap szolgáltatáscsomag kiterjed a prevencióra, az ambuláns ellátásra, a laborszolgáltatásokra, a sürgősségi és kórházi ellátásra, az anya és újszülött ellátásra, a gyermekellátásra, a mentális ellátásra, a rehabilitációra és a gyógyszerekre (ez a csomag egyenlő azzal a csomaggal, amit egy tipikus munkáltatói fedezetnek tartalmaznia kell). A törvény megtiltja a csoportos és egyéni biztosítások esetében a szolgáltatások igénybevételének költségeire vonatkozó élettartamra vagy egy évre vonatkozó limitet. A munkaadók kötelesek fedezetet nyújtani alkalmazottaik biztosításához. A munkáltatók által nyújtott biztosítási fedezeteknél a munkáltató a biztosítási díj változó arányát fedezi, így a biztosítottra is változó hányad jut.

A szövetségi szegénységi szint 100-400 százaléka közötti jövedelemmel rendelkező személyek és családok költség-hozzájárulási támogatásban részesülnek a biztosítási díjak fizetéséhez. A legnagyobb arányú támogatás a szövetségi szegénységi szint 100-150 százaléka között jár, a támogatás a biztosítási díj 94 százaléka. A törvény alapján könnyebbé válik a megfelelő biztosítás kiválasztása. Minden államban létrejön egy egészségbiztosítási piac, amelyen keresztül a lakosok és a 100 alkalmazott alatt foglalkoztató kisvállalkozások, majd 2017-től a 100 alkalmazott fölött foglalkoztató kisvállalkozások is biztosítást vásárolhatnak (American Health Benefit Exchanges és Small Business Health Options Program Exchanges). A piacot kormányhivatal vagy non-profit szervezet adminisztrálja. Az államok regionális piacokat is létrehozhatnak, vagy egy államban több Exchange is működhet, amennyiben különálló földrajzi térségeket szolgálnak. Az Exchange-en csak amerikai állampolgárok és tartózkodási engedéllyel rendelkező személyek vásárolhatnak.

A törvény szorgalmazza a non-profit biztosítótársaságok létrehozását, ezeket a Consumer Operated and Oriented Plan (CO-OP) program fogja támogatni. A résztvevő szervezet nem lehet egy már fennálló egészségbiztosító, nem részesülhet finanszírozásban az állami vagy helyi kormányzattól – tevékenysége alapján véve egészségbiztosítási csomagok kibocsátásából áll az engedélyt kiadó államban. A szervezet irányítása a tagok többségi szavazata szerint történik, működése erőteljes fogyasztói fókusz alapján történik, és a profitot a biztosítási díjak csökkentésére vagy a tagságnak nyújtott egészségügyi ellátás minőségének javítására kell fordítani. A CO-OP szervezeteket a szövetségi egészségügyi minisztérium 2013. júliusára hozza létre hat milliárd dolláros finanszírozással.

Az Egyesült Államokban 2010 novemberében időközi (kongresszusi és kormányzói) választásokat tartottak, melyet a republikánusok nyertek. A republikánusok a kampány során azt ígérték, hogy visszavonják a márciusban aláírt egészségügyi reformtörvényt. Bár kevés a lehetőségük arra, hogy hatálytalanítsák a törvényt, rábíthatják a kongresszust, hogy vizsgálják felül a népszerűtlenebb rendelkezéseket, köztük az új adókat (megnövelt Medicare kórházi biztosítási adó az évi 200 000 dollár feletti jövedelmekre egyéneknél, 250 000 dollár feletti jövedelmekre házastársaknál, magas költségű biztosításokat értékesítő biztosítókra kivetett adó) és az egészségbiztosítás kötelezővé tételét valamennyi amerikai állampolgár számára. A választások utáni sajtókonferencián Obama az egészségügyi törvény védelme mellett állt ki. Nem zárkózik el azonban az olyan törvénymódosításra vonatkozó republikánus ötletektől, amelyek az egészségügyi rendszer gyorsabb és hatásosabb reformjához vezetnének.

A republikánusok a képviselőház mellett az államok kormányzati szintjein is megerősítették hatalmukat. Az USA 50 államából jelenleg 29 államban a republikánusok kormányoznak. Bár a reformtörvény szövetségi jogszabály, jelentős mozgásteret ad az államoknak, őket bízza meg a legfontosabb rendelkezéseinek igazgatásával (pl. az államok feladata a biztosítási piacok működtetése). A republikánusok ahhoz kellő hatalommal rendelkeznek, hogy befolyásolják az egészségügyi törvény megvalósításának formáit.

Választások – új egészségügyi programok

2010 a kormányváltások éve volt. Európa több országában tartottak választásokat. Az új kormányok új irányokat jelöltek ki az egészségügy fejlesztésében. Köztük van az Egyesült Királyság, ahol a konzervatív egészségügyi miniszter a 2000 óta létező alapellátási trösztök felszámolására készül, és a házi orvosokat konzorciumba szervezve az egészségügyi szolgáltatások vásárlóivá akarja tenni őket. Új kormánya van Csehországnak, Szlovákiának. Lengyelországban Lech Kaczyński halálát követően köztársasági elnököt választottak. A hatalomra került köztársasági elnök a kormánykoalíció nagyobbik részét képező Civil Platform jelöltje. Ezzel újra napirendre kerültek azok az egészségügyi reformtörvények, amelyek bevezetését 2008-ban a köztársasági elnöki vétó akadályozta meg. Bár Finnországban 2011 áprilisában voltak választások, a finn miniszterelnök lemondása miatt 2010-ben Finnországban is új kormány alakult. Az egészségügyi rendszer átalakításában már csak félsikerekre tellett a hivatali idejéből.

Az új brit kormány egészségügyi programja

A 2010. májusi parlamenti választásokat követően az Egyesült Királyságban a konzervatívok és a liberális demokraták alkottak koalíciós kormányt David Cameron miniszterelnök vezetésével. Az új kormány egészségügyi minisztere a tory Andrew Lansley lett. A kormány programja (The Coalition: our programme for government) tartalmazza a brit egészségügyi szolgálat (National Health Services, NHS) és a szociális ellátás programját, valamint a népegészségügyi programot. A kormány szerint az NHS az ország nemzeti értékeinek fontos kifejezője, ingyenes, mindenki számára szükséglet (és nem fizetőképesség) szerint elérhető szolgálat. A kormány növelni az NHS-ben a demokratikus részvételt és a felelősséget. Az országos egészségügyi szolgálat fontosabb programjai:

- Annak garantálása, hogy az egészségügyi kiadások reál-értéken növekednek minden évben,
- Az NHS adminisztrációs költségeinek harmadával való csökkentése, a források átirányítása az orvosok és ápolók támogatására,
- Az NHS működésének javítása pl. az egynapos műtétek számának növelésével, a műtétek előtti késedelmek csökkentésével, a közösségi ellátáshoz való hozzáférés elősegítésével,
- Az ellátás minőségét felügyelő Care Quality Commission szerepének erősítése,
- A betegek számára lehetőség biztosítása a kórházak és az orvosok ellátás minősége szerinti osztályozására,
- Az egészségügyi ellátók teljesítményét leíró részletes adatok online közzététele,
- Egy új fogászati szerződés bevezetése, amely javítja az NHS fogászati ellátáshoz való hozzáférést, különös figyelemmel az iskolás gyermekek szájápolására,
- A betegek bármilyen, az NHS standardoknak megfelelő egészségügyi ellátó közül választhatnak. Ez lehet független (magán), önkéntes és közösségi szektorban tevékenykedő ellátó.

A kormányprogramra alapozva az egészségügyi minisztérium július 12-én fehérvet tett közzé, amely az angliai NHS jövőképét és hosszú távú céljait vázolja (Equity and excellence: liberating the NHS). A dokumentum az egészségügyi szolgálat eddigi

legnagyobb átszervezését vetíti előre, amelyben nagy szerepet játszik a decentralizáció, a túlzott bürokratikus és politikai ellenőrzés csökkentése. Lansley miniszter javaslatai többek közt a következőket tartalmazzák:

- A 150 alapellátó tröszt és a 10 stratégiai egészségügyi hatóság fokozatos megszüntetése,
- A háziiorvosi csoportok feladata lesz az NHS szolgáltatások rendelése/ vásárlása 500 GP konzorcium létrehozásával (eddig ezt a PCT-k végezték),
- A betegek lakóhelytől függetlenül bármelyik GP praxisnál jelentkezhetnek és szabadon választhatják meg, melyik kórházban lássák el őket és melyik szakorvos vezetésével,
- Az összes NHS tröszt önálló alapítványi trösztté kell, hogy alakuljon,
- Egy független testület (NHS Commissioning Board) létrehozása, amely felügyeli a háziorvosok által végzett szolgáltatásvásárlást,
- Az NHS menedzsment költségeinek több mint 45 százalékos csökkentése az elkövetkezendő négy év alatt,
- Az állami egészségügyi költségvetés megvédése,
- Az orvosok kötelezése teljesítmény adatok vezetésére,
- Kórházi halálózásról szóló adatszolgáltatás.

Andrew Lansley megszüntetett két, várakozási időkre vonatkozó célkitűzést (48 órán belül háziiorvoshoz jutás, és a kórházi beutaláshoz képest maximum 18 héten belül a kezelés megkezdése). A várakozási idők maximumának célkitűzései a korábbi munkáspárti kormány egészségpolitikájának fontos részét képezték, jelentős összegeket investáltak a teljesítésük elérésére. Lansley a várakozási idők betartatásánál fontosabbnak tarja az ellátás eredményességét, a kimeneteket jelző indikátorokat. Azzal, hogy eltörölné a kórházak magánbetegek ellátásából adódó jövedelmének felső határát, az NHS magánbetegek számára történő erőteljesebb nyitását is tervezi. Mindezt az NHS 20 milliárd fontos (6 000 milliárd Ft) költségvetési hiánya is indokolja. Az ellenzők szerint e két intézkedéssel a fizető betegek a rászorultaknál előbb juthatnak ellátáshoz.

Egészségügyi reformok Csehországban, Szlovákiában és Lengyelországban

Csehországban a 2010 májusi képviselőházi választások eredménye nyomán a Polgári Demokratikus Párt (ODS), a jobbközép TOP 09 és Közügyek pártja koalícióban kormányoz. Az előző kormányzat 2008-ban széleskörű egészségügyi reformtervezetet tett közzé. A reformokból azonban csak a felhasználói díjak bevezetése történt meg. Az egészségügyi ellátásra, egészségbiztosításra, az egészségbiztosítók átalakítására, az egyetemi kórházakra és a képzés módosítására kidolgozott reformtörvények a szakmai társadalom elhúzódó vitája következtében már az átdolgozás igényével kerültek az új kormány elé. A legnagyobb ellenállást a privatizációs törekvések, az egészségbiztosítók és az egyetemi kórházak részvénytársasággá alakításának terve váltotta ki, ezért az ezzel kapcsolatos törvénytervezeteket le is vették a napirendről. Bár 2000 után az éppen hatalmon lévő politikai erőktől függően gyakran változtak az elképzelések arról, hogy a kórházak részvénytársasági vagy nonprofit formában működjenek, évről évre növekedett a részvénytársaságokká alakított önkormányzati kórházak száma úgy, hogy tulajdonosuk továbbra is az önkormányzat maradt. Az egyetemi kórházak és az egészségbiztosítók gazdasági társaságokká alakítása az új kormány terveiben sem szerepel. Az új egészségügyi miniszter 2011 januárjában mutatta be egészségügyi reformjavaslatát. Az újonnan előkészített törvények a betegek jogainak definiálásával, az egészségbiztosításból térített szolgáltatások körének pontosításával, az egészségbiztosítók felügyeletének szigorításával, az ellátórendszer racionalizálásával foglalkoznak. Az állami és a magán egészségügyi szolgáltatók számára pedig egységes feltételeket szabnak az egészségügyi ellátás gyakorlásához.

2010 júniusában parlamenti választásokat tartottak **Szlovákiában** is. A négy jobbközép pártból (Szlovák Demokratikus és Keresztény Unió, Szabadság és Szolidaritás, Kereszténydemokrata Mozgalom és a Híd) álló koalíciós kormány egészségügyre vonatkozó programjában alapvető célkitűzésként szerepel az egészségügyi ellátás minőségének javítása, a diagnosztizálás és gyógyítás támogatása, megszilárdítása. Standardizálással kívánják biztosítani az indokolatlan ellátások kiszűrését, és ezzel megtakarítások elérését. A 2011. február 2-án jóváhagyott törvényi változások eltörlik a kötelező szakorvosi beutaló rendszerét (ez már 2005-ben is megtörtént, de 2008-tól a rendelések ismét beutaló-kötelessé váltak), védőlimitet vezetnek be az idősök és a rokkantak gyógyszerkiadásában és – a cseh visszalépéssel szemben – előírják a szlovák állami kórházak részvénytársaságokká alakítását, amelyet 2011 végéig

(legkésőbb 2012. június 30-ig) kell elvégezni. A részvénytársaságok alapítója és 100 százalékos részvényese az állam lesz.

A **lengyel** kormány 2010 októberében az egészségügy helyzetének javítására új egészségügyi reformtörvény-csomagot terjesztett a parlament elé, amelyeknek még folyik a véleményezése. A változások többek között a kórházak átalakítására, a várólisták rövidítésére, a betegek gyógyszerkiadásainak csökkentésére irányulnak. Fejlesztéseket terveznek az e-health területén, beleértve az orvoshoz történő on-line bejelentkezést, a várólistán szereplők helyzetének monitorozását, valamint az elektronikus receptek és beutalók létrehozását. A tervben ismét szerepel a jelenleg önálló közintézményként működő kórházak részvénytársaságokká alakítása. Az átalakítás önkéntes, és az átalakult kórházak adósságaik egy részének a kiegyenlítésére állami támogatást kapnak. Erre a célra 1,4 milliárd zlotyt (9,5 milliárd Ft) tartalékolnak (jelenleg a kórházak összes adósságállománya 10 milliárd zloty – 68 milliárd Ft – körüli). A szabályozás szerint új kórházak csak részvénytársasági formában jöhetnek létre. A kórházak átalakításával kapcsolatban most is eltérőek a vélemények. A kórházak pénzügyi gazdálkodásáért felelős vajdasági önkormányzatok vezetői túl rövidnek tartják a határidőket és alacsonynak a támogatás összegét. Egyes kórházak adóssága meghaladja az önkormányzat éves költségvetését. A Lengyel Orvosi Kamara is fenntartásokat fogalmazott meg azzal kapcsolatban, hogy a törvénytervezet az egészségügyi ellátás rendszerét piaci szabályoknak veti alá, és ezzel veszélyezteti a szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Finnország új egészségügyi törvénye

2010 utolsó napjaiban a finn parlament új egészségügyi törvényt fogadott el. A törvény legfontosabb változása a betegek szélesebb választási jogosultságának megteremtése az elektív szolgáltatás nyújtó kórházak tekintetében, valamint annak joga, hogy az alapellátást nyújtó szolgáltatót a lakóhely közigazgatási határain kívülről is megválaszthassák.

Az egészségügyi ellátás helyszínének szabad megválasztása fokozatosan kerül bevezetésre. Első fázisa az Egészségügyi Törvény életbe lépésekor, a második fázis 2014. január 1-jén veszi kezdetét. Az első fázis során, a beteg azok közül az alapellátást nyújtó egészségügyi központok közül választhat, melyek a lakóhelyén vagy az ehhez tartozó területen találhatóak. A szakellátás helyszíne ennél tágabb területről választható, de ehhez a betegnek célszerű a beutalásokat végző orvos tanácsát kérnie. A beteg állandó lakóhelyén kívül egy másik településen is igénybe vehet egészség-

ügyi szolgáltatásokat, amennyiben már hosszabb ideje tartózkodik ezen a területen. Az állandó lakóhelyen működő egészségügyi központ fenntarthatja magának a beteg teljes ellátásáért való felelősség jogát, amely szerint a másutt igénybevett szolgáltatásokat az ő ellátási terve alapján kapja a beteg. A második fázis során, a szabad választás lehetősége kiterjed az összes alapellátást nyújtó egészségügyi központra és a szakellátás helyszíneire is.

Finnországban lassan tíz éve folyik a vita arról, hogy meg kell szüntetni az alapellátás és a szakellátás elkülönülését, és az egészségügyi ellátást a maga egészében, sőt növekvő meggyőződéssel a szociális ellátással együtt kell kezelni. Ez a megközelítés az ellátórendszer szerkezetébe (és a mögötte lévő közigazgatási területek kompetenciáiba) történő beavatkozással is jár, amelynek részleteiről szóló megegyezésre mindeddig nem tudtak eljutni. 2011-ben parlamenti választások várhatók Finnországban. A változások az egészségügyi és szociális szolgáltatások szervezésében is előrehaladást hozhatnak.

Magán működtetők a közfinanszírozott egészségügyi ellátásban

Az üzleti szektor megjelenésének megítélése a közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatások működtetésében nem csak Kelet-Európa országai egészségpolitikájának központi kérdése.

Skóciában megtiltották, hogy a háziorvosi szolgáltatásokat olyan magánvállalatok működtessék, amelyek nem vesznek közvetlenül részt az egészségügyi ellátásban. A skót parlament módosította az 1978-as (skóciai) NHS törvényt és a betegellátásban közvetlenül nem közreműködő tulajdonosi körhöz tartozó gazdasági társaságok számára lehetetlenné tette, hogy szolgáltatási szerződéseket kössenek az alapellátásban. Háziorvosi ellátásra olyan vállalkozások szerződhetnek, amelyek tulajdonosai nem csupán működtetik a praxisokat, hanem betegellátást is végeznek. A skóciai helyzet szöges ellentétben áll az angliával, ahol az orvosok kampányt folytatnak a háziorvosi praxis és kórházi ellátás „lopakodó elüzletesítése” ellen. Az angol törvényhozásban a skóciaival korábban megegyező záradék teszi lehetővé magáncégek számára pl. háziorvosi cégek működtetését.

Változások az egészségügy irányításában, támogatásában

Franciaországban megalakultak az egészségügyi és szociális ellátás regionális irányító szervezetei, a Regionális Egészségügyi Hatóságok. Anglia új népegészségügyi stratégiája a Public Health England szolgálat létrehozását irányozza elő, az újonnan létrejött NHS Global pedig az angol NHS tapasztalatainak külföldi értékesítését támogatja. Az NHS-ben a NICE jogkörének korlátozásáról született döntés.

Franciaországban a 2009. július 21-én hozott kórháztörvény rendelkezett az egészségügyi reform alapját képező Regionális Egészségügyi Hatóságok (Agences Régionales de Santé – ARS) felállításáról. 2010. április 1-jén 26 regionális egészségügyi hatóságot hoztak létre azzal a céllal, hogy új területi struktúra kialakításával egyenlő hozzáférést biztosítsanak az egészségügyi szolgáltatásokhoz az egész lakosság számára. Az ARS-ek regionálisan egy szervezetben összpontosítanak több, az egészségpolitikai irányításban részt vevő térségi és megyei szervezetet: az egészségügy és a szociális ügyek regionális és megyei irányítását, a regionális kórházügyi hatóságokat, a regionális népegészségügyi csoportosulásokat, az egészségpénztárak regionális egyesületeit, a kórházügyi hatóságok és az egészségbiztosítás tevékenységét összekötő, regionális feladatokat teljesítő szervezeteket és az egészségbiztosítás kórházfinanszírozásban is részt vevő regionális szervezeteit. Céljuk a járóbeteg-ellátás, a kórházak, a szociális ellátás intézményei és szervezetei tevékenységének összehangolása.

2010 novemberében jelent meg **Anglia** új népegészségügyi stratégiája „Healthy Lives, Healthy People” címen. A dokumentum átalakítja az ország népegészségügyi intézményrendszerét, és az egészségügyi minisztériumon belül 2012 áprilisában az egészségügyi kihívásaira reagáló új egészségügyi szolgálatot hoz létre, Public Health England néven. A Public Health England integrálja a népegészségüggyel, egészségfejlesztéssel foglalkozó szakembereket, a helyi önkormányzatok szintjén garantálja, hogy a népegészségügy szempontjait minden döntésnél figyelembe vegyék. A népegészségügyi programokra négy milliárd fontot (1 200 milliárd forint) különítenek el. Az egészségfejlesztést helyi szinten valósítják majd meg, ahol az önkormányzatok az egészségügyi minisztérium védett forrásaiból gazdálkodhatnak. (Korábban gyakran hozzájárultak a népegészségügyi költségvetéshez az NHS hiányok fedezésére, ezért ezentúl ezeket a pénzeket védetté teszik, és csak a betegségek megelőzésére használhatják.) Az emberek lakóhelyükhöz közel, személyre szabott szolgáltatásban ré-

szesülnek. A helyhatóságok vezetésével megvalósuló tervezet révén jelentős javulást várnak a lakosság egészségében.

A **brit** egészségügyi minisztérium 2010 nyarán hozta létre a NHS Global nevű szervezetet. Az új szervezet műszaki és kereskedelmi támogatást nyújt az NHS számára az NHS tapasztalatainak és szolgáltatásainak exportja elősegítésében. A szervezet központi kapcsolati pontként szerepel az NHS és az NHS-el üzleti kapcsolatba kerülő országok között.

Csorbul a gyógyszerek befogadásáról és finanszírozásáról döntő National Institute for Health and Clinical Excellence (**NICE**) kormányzati szerv jogköre. Továbbra is készít az orvosoknak szóló kezelési irányelveket, a magas költségekre hivatkozva azonban nem tilthat be gyógyszereket. A minisztérium azt szeretné, hogy az orvoshoz kerüljön vissza a beteg gyógyszerelésének eldöntése. A gyógyszerek finanszírozásában a helyi szolgáltatás-rendelő testület határozná, a költségeket pedig egy új „értékalapú árazási” rendszer szerint állapítanák meg. Minden új gyógyszer esetében az NHS a gyártóval állapodik meg az árakról. (Eddig a Pharmaceutical Price Regulation Scheme nevű árszabályozási mechanizmuson keresztül állapodott meg az árakról az egészségügyi minisztérium és a brit gyógyszergyártók szövetsége). Az árazásban nem csak azt veszik figyelembe, hogy klinikailag mennyire hatásos a gyógyszer, hanem azt is, hogy milyen más kezelések állnak rendelkezésre, és mennyire volt „innovatív” a gyártó a termék készítésében. Az egészségügyi miniszter szerint olyan rendszerre van szükség, amely a hiányterületeken ösztönzi az innovatív gyógyszerek fejlesztését.

Németország és Ausztria egészségügyének fejlesztése

Nem szóltak róluk hangzatos hírek, nem is tartalmazznak egész rendszert felforgató változásokat, de apró lépéseikkel az egészségügyi ellátás fenntarthatóságát, az igényeknek megfelelő ellátórendszer fejlesztését szolgálják a német és osztrák reformok.

A 2010-ben dolgozták ki a 2011 januárjától életbe lépő **német** reformokat, amelyeket a Bundestag 2010. november 12-én, a Bundesrat 2010 decemberében fogadott el. A reform legfontosabb elemei:

- A fizetendő egészségbiztosítási járulék mértéke 15,5 százalék lesz (2010-ben 14,9 százalék volt), a munkavállalók 8,2 százalékot, a munkaadók 7,3 százalékot fizetnek. Az 1,95 százalékos ápolásbiztosítási járulék már 2010-ben

növekedett, amikor 0,25 százalékos pótdíjat vezettek be a 23 és 70 éves kor közötti gyermektelen munkavállalók számára,

- Azok a pénztárak, amelyek működéséhez nem elegendő a 15,5 százalékos járulék, kiegészítő járulékot szedhetnek be átalánydíj formájában. Eddig a beszedhető kiegészítő járulék a járulékköteles jövedelem maximum egy százaléka lehetett, az új rendszerben a biztosított maximális terhe járulékköteles jövedelmének két százaléka lehet. Amennyiben az adott pénztár által beszedni kívánt kiegészítő járulék az elvárható maximális két százalékot meghaladja, adókból történő szociális kompenzáció veszi kezdetét, (A kompenzációt a munkaadó, illetve nyugdíjbiztosító a járuléklevonás rendszerén keresztül nyújtja.)
- A kötelező biztosításból a magán betegbiztosításba való váltás esetén a várakozási idő három évről egy évre csökkent,
- A kórházi szolgáltatások tarifái az alapbér növekedésének felével emelkedhetnek,
- A betegpénztárak esetében az adminisztrációs költségek a 2011 és 2012-es időszakban nem haladhatják meg a 2010-es év költségeit,
- A gyógyszerpiac rendezéséről szóló rendelkezés megszünteti a sokat vitatott bonus-malus szabályozást. (A 2007-től érvényes szabályozás alapja a költségtudatos gyógyszerfelírás elősegítése volt. Büntetést jelentett azon orvosok számára, akik bizonyos betegségek esetén a meghatározott napi terápiás költségeket túllépték, bonust adott olyan esetekben, ha különösen kedvező alternatív készítmény vagy kisebb adag felírása történt.) Megszűnik a kötelező második szakvélemény (2009-től az orvosoknak a magas terápiás költségigényű gyógyszeres kezelések megkezdése előtt egy második orvosi szakvéleményt kellett bekérniük) szükségessége.

Ausztriában a szövetségi Egészségügyi Bizottság 2010. november 26-án véglegesítette az osztrák egészségügyi keretterv harmadik változatát Osztrák Egészségügyi Strukturális Terv 2010 (Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2010, ÖSG 2010) néven, ami már egy 2020-ig érvényes változatot takar. Az egészségügyi tervezésben központi helyet kapott a kórházi terület. A tervek tartalmazzák a kórházak által nyújtandó szolgáltatások kínálatára, a kapacitására, illetve a nagy értékű orvostechikai berendezésekre vonatkozó tartományi szintű keretterveket, újdonságként pedig az

ambuláns és rehabilitációs területekre aktualizált kapacitásnormatívákat (infrastruktúra, eszközök és szakemberek). Az ÖSG 2010-ben a régiókon átívelő referencia kórházakhoz delegálták a komplex, kiemelkedő minőségű ellátásokat. A kis, lakóhely közeli kórházak végzik az alapszintű ellátásokat és a sürgősségi ellátást, valamint a betegek szakellátóhoz utalását. 2010-től az egynapos vagy egyhetes ellátást nyújtó klinikák (azon ambuláns betegeket gyógyító kórházi részlegek, akik 24 óra alatt nem láthatóak el) meglévő kapacitásait több szakmai részlegnek együttesen kell felhasználnia.

Az osztrák országgyűlés 2010. július 9-én fogadta el a 2010 augusztusától hatályos állami ambuláns egészségügyi ellátást erősítő törvényt. A törvényben az egyik legfontosabb változtatás szerint 2010 szeptemberétől az önálló praxist fenntartó orvosok az eddigi közkereseti társaságok mellett kft.-ként működő csoportpraxisokat is létrehozhatnak. A csoportpraxisok minimum kettő, maximum hat orvostól (azonos vagy különböző szakirány) és orvosonként maximum öt szakdolgozóból állhatnak. A megkötések nem vonatkoznak a radiológiára, laborra, patológiára és fizikális medicinára. A pénztárral való szerződés feltétele a hosszabb és rugalmasabb rendelési idő – 2 orvos esetén heti 30 óra, 3 orvos esetén heti 40 óra –, valamint az eltérő szakirányok esetén a pénztárak esetátalányainak (az esetátalány tartalma pl. cukorbetegség, veseelégtelenség, magas vérnyomás esetén új diagnózis felállítása, és az ahhoz a diagnózishoz tartozó szolgáltatások ellentételezése) elfogadása. (Ausztriában az ambuláns ellátás orvosai vegyes finanszírozásban részesülnek, az alapszolgáltatások fix díja mellett szolgáltatásonkénti díjat kapnak. Az eltérő szakirányú orvosok tömörülésével létrejövő csoportpraxisok esetén az egyedi szolgáltatások ellentételezése esetátalánnyal történik.) Az önálló praxist fenntartó orvosok számára kötelező jelleggel bevezettek egy káresetenként minimum 2 millió eurós (548 millió forint) felelősségbiztosítást. Éves szinten a minimum összeg háromszorosáig, azaz maximálisan 6 millió euróig (1,65 milliárd forint) terjed a felelősség, csoportpraxisok és ambuláns orvosi rendelők esetében a maximális összeg a minimum díj ötszörösében, azaz 10 millió euróban (2,75 milliárd forint) került meghatározásra. Ezen kívül az alapítás feltétele az elektronikus dokumentációs rendszer bevezetése.

A német kötelező egészségbiztosítási piac további koncentrációja

A **német** Kötelező Betegpénztárak Csúcsszövetségének adatközlése szerint 2008 és 2010 között a kötelező betegpénztárak száma 221-ről 156-ra csökkent, és ez a tendencia tovább folytatódik. 2010 a mega-fúziók éve volt Németországban. Az év elején két nagy betegpénztár a Barmer és a Gmünder Ersatzkasse (GEK Barmer GEK néven) egyesültek, az így létrejött társaságnak ezzel 8,6 millió biztosított tagja lett. Az AOK Westfalen-Lippe és az AOK Schleswig-Holstein AOK Nordwest „die Gesundheitskasse” néven újult meg, tagjainak száma így 2,8 millió biztosított. 2010 áprilisában az AOK Niedersachsenbe olvadt be az IKK Niedersachsen, a pénztár AOK Niedersachsen néven működik tovább, taglétszáma 2,4 millió. Az IKK-Nordrhein és a Signal Iduna IKK Vereinigte IKK (Egyesült IKK) néven fuzionáltak (az új pénztár 1,6 millió taggal rendelkezik). 2010-ben számos fúzió zajlott le a vállalati biztosítók körében is. A pénztárak közötti pénztártagi mozgásokhoz a kiegészítő járulék rendszere is hozzájárult. A Deutsche Allgemeine Krankenkasse-től 2010 első félévében 241 ezer tag távozott a 8 euró/hó kiegészítő járulék miatt. Új tagokat azok a pénztárak nyertek, akik nem szedtek kiegészítő járulékot, így a piacvezető Barmer GEK 69 000 biztosítottal növelhette taglétszámát, a Techniker Krankenkasse 238 000 taggal bővült.

Az elemzők egy része kritikával szemléli a német kötelező betegpénztárak korábban gazdaságossági célkitűzésekkel összefüggésbe hozott fúziós hullámait. Egyes pénztárak taglétszáma akkorára duzzadhat, hogy egy esetleges pénztárcsőd esetén az államnak kellene kivédenie a rendszer összeomlását. Mindenesetre a Szövetségi Egészségügyi Minisztérium előzetes adatai szerint 2010-ben a kötelező betegpénztárak 445 millió euró (122,4 milliárd forint) hiányt könyveltek el. 2010-ben a bevételek 2 százalékkal, a kiadások 3,1 százalékkal növekedtek. Az ambuláns kezelések költségei 2,6 százalékkal, a kórházi kezelések költségei 4,7 százalékkal, a gyógyszerkiadások 1,3 százalékkal emelkedtek.

Krónikus betegek integrált ellátása

A lakosság egészségügyi szükségletei között a krónikus betegek ellátása foglalja el a vezető helyet. A krónikus betegségek Európában a megbetegedések és halálozások vezető okai közé tartoznak. Közös jellemzőjük a tartós, komplex, különböző szak-

emberek között koordinált egészségügyi ellátásra, szociális ellátásra való igény. Az eredetileg az USA-ban bevezetett, később több európai országban is alkalmazott betegség menedzsment programok a betegség teljes klinikai időszak alatt koordinálják az ellátást.

Németországban a betegség menedzsment programokat 2002-től folyamatosan vezették be a diabétesz 1 és 2 típusainak, az asztmának/COPD-nek, a koronáriás szívbetegségnek, a krónikus szívelégtelenségnek, valamint a mellráknak az ellátásában. 2010-ben már 6,4 millió fő vett részt a programokban.

2008-ban a **holland** egészségügyi minisztérium is kidolgozott egy, a krónikus betegek integrált ellátására vonatkozó szakpolitikát. A reformok lehetővé tették az alapellátás és a szakellátás integrálását. Az integrált ellátás nem szervezeti szabályozáson alapul, az ellátás az adott helytől függően különbözőképpen történhet. Azonban az integrált ellátást nyújtó csoportoknak meg kell felelniük az egészségügyi standardokban lefektetett követelményeknek. A standardokat betegképviseltek, ellátók és egészségbiztosítók fogalmazzák meg, és olyan építőelemekből állnak, mint a korai felismerés, megelőzés, nevelés és öngondoskodás, diagnózis, kezelés és felügyelet. A kezdeményezést követően egyre több integrált ellátó csoport létesült az országban – 2009-re a holland háziorvosok 90 százaléka vett részt multidiszciplináris együttműködési hálózatokban. Az integrált ellátást 2010-től integrált szolgáltatói finanszírozási rendszerrel kombinálták. Az integrált finanszírozási rendszer, az ún. „lánc ellátási DBC” (chain care DBC, maga a DBC DRG típusú finanszírozás, amelyet 2005-ben vezettek be a szakellátásban és kórházi ellátásban) alapú költségszámításon nyugszik. Olyan speciális betegségek esetén alkalmazzák, mint a diabetes, a krónikus obstruktív tüdőbetegség, a szívelégtelenség és a kardiovaszkuláris kockázat menedzsment. A „chain care DBC” egy beteg ellátásának teljes epizódjára, ill. annak költségeire vonatkozik, függetlenül az ellátó típusától (alapellátás, kórházi ellátás, otthoni ellátás vagy rehabilitáció). Ezzel történik a háziorvosok és a szakorvosok ösztönzése arra, hogy együttműködjenek a betegek ellátásában.

Humán erőforrás

Kelet-Európából nézve, és nem utolsósorban a hasonló problémák okán, a cseh orvosok munkakörülményeik javítására és fizetéseik emelésére indított akcióját tartottuk kiemelésre érdemesnek. Jelentőségét fokozza, hogy követeléseik az egészségügyi kormányzat részéről megértést és elfogadást nyertek. Felhívjuk a figyelmet még a

francia ápolónők életpálya lehetőségeinek módosítására és az ápolói kompetenciák bővülésének egy finn példájára.

A **cseh** egészségügyet 2010 őszétől a csehországi orvosok szakszervezeti klubja (LOK) által, meghirdetett „Köszönjük, távozunk” tiltakozó akció dominálta. Az orvosok a hazai átlagbér háromszorosában szabták meg bérigényüket. 2010 végéig nem született megegyezés, ezért 2011. január elsejével a 20 000 kórházi orvostól 3 800 mondta fel munkaszerződését. A társadalmi feszültséget kiváltó akcióra az egészségügyi miniszter és az orvosi szakszervezet 2011. február 17-én született megegyezést tett pontot. 2011 áprilisától a fiatal kórházi orvosok havi alapbérét 5 000 (55 ezer Ft), míg az idősebbeket mintegy 8 000 koronával (88 ezer Ft) emelik. Az orvosok átlagfizetése havi 60 ezer koronára (660 ezer Ft) emelkedik, ami 12-14 ezerrel több a mai orvosi átlagfizetéseknél. 2012-13-ban további 10-15 százalékos béremelések lesznek, és 2013-ban érhetik el a célzott összeget, ami egyéntől függően az átlagbér másfél-háromszorosát jelenti.

2010. február 2-án, Roselyne Bachelot-Narquin **francia** egészségügyi miniszter megállapodást írt alá a Kórházi Közszolgálat szakszervezeteivel arról, hogy a francia ápolónők választhatnak aktuális helyzetük (B kategória) vagy egy magasabb közalkalmazotti státuszt jelentő besorolás (A kategória) között. Ez utóbbinak feltétele az aktív munkaviszony távolabbi időpontig való kitolódásának vállalása. 2010-ben egy pályakezdő ápolónő átlag havi bére 1 500 euró (391 215 forint) volt. A B kategória bértáblázata kevesebb fokozatba sorolva alacsonyabb (1514-től 2 551 euróig – 394 866-tól 665 326 forintig terjedő) béreket tartalmaz, de lehetővé teszi a korábbi nyugdíj igénybevétele, melynek korhatára 2010-ben 55 év, ám progresszíven 57 évre fog emelkedni. Az A kategória több fokozatú bértáblázata 1 550 eurótól 2 640 euróig – 404 255-től 688 538 forintig – terjedő béreket jelez. Az utóbbi kategóriát választók csak 60 éves korban, 2012 után pedig 62 éves korban mehetnek nyugdíjba. A státusszal kapcsolatos rendelkezés 2015-ig bezárólag már minden hároméves képzésben részesülő paramedikális dolgozóra és az adminisztratív területen dolgozó vezetőkre is vonatkozni fog.

2010 júliusában lépett hatályba az a törvény, amely lehetővé teszi, hogy az ápolónők is felírhassanak bizonyos gyógyszereket **Finnországban**. Az ápolónők általi gyógyszerfelírás feltételei a következők:

- Foglalkoztatási jogviszony egy önkormányzati egészségügyi központtal,
- 3 év munkatapasztalat, valamint a gyógyszerfelírásra vonatkozó posztgraduális képzésben való részvétel,

6. Nemzetközi hírösszefoglaló

- A felelős orvostól kapott felhatalmazás.

Az intézkedés célja az ápolónők ismereteinek elmélyítése a betegellátásban, valamint az alapellátásban nyújtott szolgáltatások nagyobb rugalmassága. (A finn példa nem egyedüli. 2006 tavaszától az Egyesült Királyságban képesített ápolók és gyógyszerészek is írhatnak fel engedélyezett gyógyszereket. 2007 tavaszától szakirányú képzésen részt vett, regisztrált, legalább három éves tapasztalattal rendelkező ír nővérek és szülésznők is írhatnak fel bizonyos gyógyszereket. Az USA-ban a nurse practitioner, clinical nurse specialist, family nurse practitioner szintén írhat fel recepteket.)

7. Európai Unió szabályozás

Varga Eszter

Az Európai Unió 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 egészségügyi 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. Jelenleg a második akcióprogram fut az Unióban az egészségügy terén 2008 és 2013 között, mely az “Együtt az egészségért” elnevezést kapta. Több, mint 300 projektet és egyéb cselekvési programot finanszíroz ezen a programon keresztül a Közösség.

Szociális biztonsági rendszerek koordinációja

2010. május elsején az eddigi, a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendeletet felváltotta a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EGK rendelet.

A közösségi szintű megújulást szükségessé tette, hogy az ezredfordulón a legtöbb tagállam korszerűsítette szociális rendszerét, melynek következtében egyes ellátások szabályai jelentősen módosultak, mely elavulttá tette az addigi uniós jogforrást. A Bizottság ezt, valamint a bővülő Európai Unióból fakadó migrációs kihívásokat, az átalakuló munkaerőpiac és foglalkoztatási szerkezet és a növekvő határmenti munkavállalás okozta problémákat felismerve már 1998-ban hozzálátott egy új koordinációs rendelet kidolgozásához, melynek eredményeként 2004-ben elfogadásra került a 883/2004/EK rendelet a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról. A ren-

delet hatályba lépését biztosító végrehajtási rendelet ¹ 2009 szeptemberében került elfogadásra, 2010. május elsejei hatályba lépési időponttal.

Az új rendelet alapvető változásokat tartalmaz a személyi hatályt illetően, ugyanis az új jogszabály fókuszában már nem a munkaerő szabad áramlása áll, hanem az uniós állampolgárok szabad mozgáshoz való joga. Ennek megfelelően személyi hatálya kiterjed az Európai Unió minden olyan állampolgárára, aki valamely szociális biztonsági rendszer hatálya alá tartozik, és élni kíván a szabad mozgás alapjogával. Tárgyi hatályát tekintve az új koordinációs rendelet kiterjed az anyasági ellátások mellett az apasági ellátásokra is, valamint tartalmazza az előnyügdíjak harmonizációját².

A H1N1 pandémia kapcsán levont tanulságokról

Az Európai Bizottság és a tagállamok 2010 során többször kiértékeltek a 2009-es H1N1 járványból fakadó tanulságokat³. A 2009-es világjárvány felhívta a figyelmet arra, hogy a pandémiás influenza széles körű következményekkel jár a megbetegedés, a halálozás és a társadalmi reakciók tekintetében, valamint arra, hogy a tagállamok közötti együttműködést javítani kell a járványok elleni védekezés irányításában. A Bizottság elkötelezi magát a tekintetben, hogy a felkészültség és a reakció jobbá tételén fog dolgozni az alábbi területeken:

- Oltóanyagok és vírusölő gyógyszerek közös beszerzése:
 - A pandémia elleni uniós szintű vakcinálási stratégiákról szóló jelentésből, valamint a belga elnökségnek az A(H1N1) pandémiával kapcsolatos konferenciát követően levont következtetéseiből kiderült, hogy azáltal, hogy a tagállamok egyedileg, nem pedig közösségi együttműködés keretein belül

¹Az Európai Parlament és a Tanács 987/2009/EK rendelete (2009. szeptember 16.) a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet végrehajtására vonatkozó eljárás megállapításáról, Hivatalos Lap L 284 , 30/10/2009 o. 0001 - 0042

²Változó koordinációs szabályok a társadalombiztosításban, különös tekintettel a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EK rendelet általános szabályaira és a nyugellátásokra, Dr. Menyhárt Szabolcs, Adóvilág – 2008. augusztus.

³Assessment Report on EU-wide Pandemic Vaccine Strategies
http://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/docs/assessment_vaccine_en.pdf
Assessment Report on EU-Wide Response to Pandemic (H1N1) 2009
http://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/docs/assessment_response_en.pdf
Conference on lessons learned from the A(H1N1) pandemic, Brüsszel, 2010. július 1-2.
<http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@mixednews/documents/ie2faq/19061824.pdf>

A Bizottság szolgálati munkadokumentuma a H1N1 pandémia kapcsán levont tanulságokról, valamint az Európai Unió egészségügyi biztonságáról

szerezték be az oltóanyagokat és vírusölő gyógyszereket, sérült az azokhoz való hozzáférés méltányossága.

- A Tanács ezért 2010 szeptemberében felkérte a Bizottságot az oltóanyagok és vírusölő gyógyszerek közös beszerzésére szolgáló olyan mechanizmus kialakítására, mely lehetővé teszi a tagállamok számára, hogy önkéntes alapon közösen szerezzék be ezeket a termékeket, valamint, hogy közös álláspontot alakítsanak ki a gyógyszeriparral való tárgyalások során.
 - A Bizottság válaszul az alábbi célkitűzéseket fogalmazta meg;
 - támogatni kell a résztvevő tagállamokat abban, hogy javítsák vásárlóerejüket,
 - az oltóanyagok és vírusölő gyógyszerek beszerzése méltányosan kell, hogy történjen, valamint
 - erősíteni kell a tagállamok közötti szolidaritást.
 - Az Egészségügyi Biztonsági Bizottság pedig megkezdte a közös közbeszerzési mechanizmus technikai részleteinek kidolgozását.
- Az EU pandémiára vonatkozó felkészültségi és reagálási terve:
- A Tanács többször felkérte a Bizottságot, hogy tegye naprakésszé az influenzapandémiára vonatkozó felkészültségi és reagálási tervvel kapcsolatos 2005 évi európai uniós iránymutatást, az Európai Parlament pedig felszólította a Bizottságot, hogy vállaljon vezető szerepet a pandémiára való felkészülés megtervezésével kapcsolatos valamennyi tevékenység koordinálásában.
 - Az irányelv felülvizsgálatának központi gondolata, hogy ezáltal fokozni lehet az egészségügyi ágazat folyamatos és rugalmas működését egész Európában. Cél továbbá, hogy a társadalom és a gazdaság egyéb területein javítsák a felkészültséget és a reagálási képességet az egészségügyi ágazat jobb kiszolgálása érdekében.

Dohányzás

A dohányzást visszaszorító politikai célkitűzések tekintetében a dohánytermékekről szóló irányelv az Európai Unió kulcseszköze. 2010-ben a RAND Europe⁴ jelentést

⁴<http://www.rand.org/randeurope.html>

készített a dohánytermékekről szóló 2001/37/EK irányelv felülvizsgálatainak várható hatásairól⁵.

Az európai dohányzásellenes politika az intézkedések széles körét lefedi, a dohánytermékekre vonatkozó jogi szabályozás mellett ide tartoznak a határon átnyúló reklámkorlátozások, a dohánytermékekre kivetett fogyasztási adók harmonizációja, valamint az összes tagállamot érintő széleskörű dohányzásellenes politika kialakítására vonatkozó javaslatok. Ezen törekvések egyik legfontosabb eszköze a dohánytermékekről szóló irányelv, mely meghatározza a legmagasabb kátrány, nikotin, szénmonoxid (TNCO) értéket a cigarettákban, specifikálja a címkézési előírásokat, megtiltja az olyan félrevezető feliratok használatát, mint „mild”, „light”, és tiltja a dohánytermékek reklámozását az Európai Unió teljes területén (kivéve Svédországban). A direktíva alkalmazását már két esetben értékelték, a 2010-es tanulmány célja a jövőbeni módosítások lehetőségeinek vizsgálata.

A tanulmány szerint az Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság jelenleg öt területen fontolgatja a direktíva felülvizsgálatát:

- A direktíva szabályozási területeinek hatályosítása a jövőbeni dohánytermékek és a hozzájuk tartozó termékek implementálásával,
- A címkézési, osztályozási előírások kiterjesztése a gyártókra,
- Jelentéstételi és regisztrációs előírások, valamint piacsabályozási díjak bevezetése,
- A dohánytermékek összetételének definiálása,
- Az árusítással kapcsolatos rendelkezések módosítása.

Mind az öt területen számos megoldási lehetőséget fontolgat az Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság, melyek alapvetően az alábbi öt döntés körül csoportosulnak:

- Nincs változtatás,
- Nem kötelező intézkedésekkel módosít,
- Az irányelv minimális változtatása, az új tudományos eredményeknek és a nemzetközi fejleményeknek megfelelően,

⁵Assessing the Impact of Revising the Tobacco Products Directive
http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/tobacco_ia_rand_en.pdf

- A direktíva módosítása az új tudományos eredményeknek és a nemzetközi fejleményeknek megfelelően, a veszélyeztetett csoportok védelmének megerősítése,
- A direktíva átdolgozása a szabályozás szigorításának szem előtt tartásával, valamint a szennyező fizet elv teljeskörű implementációja.

A RAND Europe jelentése ezen területeket vizsgálta annak érdekében, hogy értékelje, hogy az egyes megoldási elképzelések milyen következményeket rejtenek magukban.

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, valamint az ezt 2010. május elsején felváltó 883/2004/EGK rendeletek), valamint az állam saját ellátási kötelezettsége külföldön történő helytállásának problémáját kívánta kezelni. Az új megoldással szemben a betegeknek azon jogát erősíti meg, 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 indul: 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. 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 beteget maximum olyan mértékű visszatérítésben kell részesíteni, mint amilyenben akkor részesült volna, ha a biztosításának helye szerinti tagállamban vette volna igénybe az ellátást, 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 működésképeségének 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. 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. 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) tárgyalta. A Tanács az irányelvről 2009. december elsején szavazott először, ekkor nem sikerült döntésre jutnia, de 2010. június 8-án a második szavazás alkalmával elfogadta a tagállamok közös álláspontját. Az irányelv-tervezet ezzel a harmadik lépcsőfokra lépett, és az Európai Parlament elé került második olvasatra. 2010. október 11-én a javaslatért felelős bizottság, a Környezeti, Népegészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Bizottság elkészítette a Tanács szövegváltozatának módosítási javaslatát, melynek során döntően a Parlament első olvasatbeli megoldásaihoz tért vissza. *Ezt a változatot 2011 januárjában tárgyalta és fogadta el az Európai Parlament, majd februárban végleges formában a Tanács.*

Szervadományozás és szervátültetés

Az Európai Bizottság a szervdonáció növekedése, valamint a szervadományozás és átültetés minőségének és biztonságának javítása érdekében arra törekszik, hogy megerősítse a tagállamok közötti együttműködést. Ennek érdekében létrehozott egy akciótervet, mely a 2009-2015 közötti időszakra tartalmaz rendelkezéseket. Az akcióterv tíz prioritást tartalmaz, melyeket az alábbi három feladat köré csoportosíthatunk:

- a szervek elérhetőségének növelése,

- a szervátültetési rendszer hatékonyságának és hozzáférhetőségének megerősítése,
- a minőség és a biztonság javítása.

Az akcióprogram keretein belül 2010. július 7-én az Európai Parlament és Tanács elfogadta az átültetésekre szánt emberi szervekre vonatkozó minőségi és biztonsági előírásokról szóló 2010/45/EU irányelvet. A direktíva az emberi testbe történő beültetésre szánt emberi szervekre vonatkozó minőségi és biztonsági előírások szabályait határozza meg az emberi egészség magas szintű védelmének biztosítása érdekében. Hatálya az átültetésre szánt szervek adományozására, vizsgálatára, adatainak meghatározására, kivételére, prezervációjára, szállítására és beültetésére vonatkozik.

Az Európai Unió Bírósága döntései – 2010⁶

2010. január 12.

C341/08. sz. ügyben hozott ítélet

Dr. Domnica Petersen kontra Westfalen-Lippe körzet fogorvos szakmai bizottság (Berufungsausschuss für Zahnärzte für den Bezirk Westfalen-Lippe)

Az Európai Unió Bírósága megállapítja, hogy a foglalkoztatás és munkavégzés során alkalmazott egyenlő bánásmód általános kereteinek létrehozásáról szóló (2000. november 27-i 2000/78/EK Tanácsi irányelv: HL L 303., 16. o.) irányelv életkoron alapuló hátrányos megkülönböztetést tiltó rendelkezéseivel összhangban, a fogorvosoknál megengedett a 68 éves korhatár a társadalombiztosítóval való szerződés tekintetében, ha e korhatár korlátozás megfelelő és koherens módon teljesíti mind az egészségvédelem, mind a foglalkoztatáspolitikai célkitűzéseit.

Domnica Petersen a társadalombiztosítással szerződésben álló fogorvosként dolgozott, miután 2007. áprilisában betöltötte 68. életévét, a Westfalen-Lippe körzet fogorvos szakmai bizottsága (Berufungsausschuss für Zahnärzte für den Bezirk Westfalen-Lippe) úgy határozott, hogy a szerződéses fogorvosi tevékenység végzésére vonatkozó engedélye 2007. június végén lejár, mivel a német társadalombiztosítási törvénykönyv úgy rendelkezik, hogy a német kötelező egészségbiztosítási rendszer keretében a társadalombiztosítóval szerződött fogorvos tevékenysége azon negyed-

⁶Forrás: www.curia.europa.eu

év végéig folytatható, amikor az adott szerződött fogorvos betölti a 68. életévét. Amennyiben nem szerződéses tevékenységről van szó, a korlátozás nem érvényesül.

Az Európai Unió Bírósága a nemzeti bíróság által feltett előzetes kérdésre úgy válaszolt, hogy egyrésztől egy adott tagállam jogszerűen dönthet úgy, hogy a betegek egészségének védelme érdekében szükséges meghatározni egy felső korhatárt az ellátó személyek számára. Azonban, ha ezt a feltételt csak a társadalombiztosítással szerződésben álló fogorvosok számára írják elő, ellentétes az irányelvvel, hiszen inkohérens. Nem ellentétes azonban az irányelvvel, ha az előírás háttérben az egészségvédelem mellett annak célja áll, hogy a szerződéses fogorvosi kar különböző generációi közötti foglalkoztatási lehetőségek felosztásra kerüljenek, amennyiben az érintett munkaerőpiac helyzetére figyelemmel ezen intézkedés megfelelő és szükséges a kitűzött cél eléréséhez.

2010. április 13.

C-73/08. ügyben hozott ítélet

Nicolas Bressol és társai, valamint Céline Chaverot és társai kontra Belgiumi Francia Közösség Kormánya (Gouvernement de la Communauté française)

A Belgiumi Francia Közösség több éve tapasztalja, hogy feltűnően megnövekedett a felsőoktatási intézményeibe, kiváltképp a kilenc orvosi és paramedicinális képzésre érkező külföldi, döntően francia diákok száma. Ezért úgy döntöttek, hogy rendeletben korlátozzák a felsőoktatási intézményekbe felvehető külföldi diákok számát, mégpedig az előző évben beiratkozottak 30 százalékára, és a bekerülő diákokat sorsolással választják ki. A rendelet megsemmisítését kérték a belga Alkotmánybíróságtól, amely az Európai Unió Bíróságához fordult a kérdéssel.

Az Európai Unió Bírósága szerint főszabály szerint ellentétes az uniós joggal, hogy a külföldi illetőségű diákokat bizonyos felsőfokú közegészségügyi képzésekre való jelentkezéskor korlátozzák, hiszen ez az állampolgárságon alapuló közvetlen megkülönböztetésnek minősül, amely tilos. Azonban a korlátozás összeegyeztethető a közösségi szabályozással abban az esetben, ha igazolható a közegészség védelmére irányuló céllal. A Bíróság szerint a belga felsőoktatási rendszer finanszírozási módszerére tekintettel, az eltérő bánásmódot nem indokolhatja a rendszer finanszírozásának túlzott megterhelésétől való félelem. De az ítélezési gyakorlatból következik, hogy az állampolgárságon alapuló eltérő bánásmód igazolható a minőségi, kiegyensúlyozott és mindenki számára hozzáférhető orvosi ellátás fenntartására irányuló céllal,

amennyiben az hozzájárul a magas szintű közegészség-védelem biztosításához. Ennek tükrében vizsgálni kell, hogy a szóban forgó szabályozás alkalmas-e a legitim cél megvalósításához, nem haladja-e meg a kívánt mértéket, mely vizsgálatot a Bíróság a nemzeti bíróságok hatáskörébe utalja.

2010. április 22.

C-62/09. sz. ügyben hozott ítélet

Brit Gyógyszeripari Szövetség (Association of the British Pharmaceutical Industry) kontra Gyógyszereket és Egészségügyi Termékeket Szabályozó Ügynökség (Medicines and Healthcare Product Regulatory Agency)

A gyógyszerekre fordított közkiadások csökkentése érdekében az angol és walesi hatóságok pénzügyi ösztönző rendszert vezettek be. Ennek célja, hogy az orvosok a betegeknek az azonos terápiás osztályba tartozó gyógyszerek közül az olcsóbbat írják fel (mely rendelkezés adott esetben, az eltérő hatóanyagok következtében, hátrányos következményekkel járhat a betegekre nézve). Anglia és Wales Legfelsőbb Bírósága (High Court of Justice) azzal a kérdéssel fordult az Európai Unió Bíróságához, hogy ellentétes-e az Angliában és Walesben alkalmazott módszer az emberi felhasználásra szánt gyógyszerekről szóló közösségi irányelvvel.

Az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló 2001/83/EK irányelv⁷ tiltja, hogy a gyógyszerek reklámozása körében orvosok vagy gyógyszerészek számára pénzügyi vagy természetbeni előnyt nyújtsanak, ígérjenek, vagy ajánljanak fel. A Bíróság szerint azonban ez a tilalom a gyógyszeripari reklámtevékenységre vonatkozik, nem a közegészségüggyel megbízott nemzeti hatóságokra. A Bíróság ítéletében rámutat arra, hogy a közkiadások csökkentése érdekében alkalmazott pénzügyi ösztönző rendszer nem minősíthető a gyógyszerek kereskedelmi reklámozására irányuló rendszernek.

Következésképp a nemzeti közegészségügyi hatóságok számára megengedett, hogy a gyógyszerek terápiás értékének és az áruk költségvetésre gyakorolt hatásának függvényében határozzák meg, hogy egy adott hatóanyagot tartalmazó gyógyszer a költségvetés szempontjából előnyben részesíthető-e az ugyanazon terápiás osztályba tartozó, de más hatóanyagot tartalmazó egyéb gyógyszerrel szemben. Így a vizsgált pénzügyi ösztönző rendszer összeegyeztethető az irányelvvel, továbbá (lévén, hogy

⁷HL L 311., 67. o.

nyilvánosságra hozza a rendszer háttérében álló terápiás értékelést) nem befolyásolja a gyógyszer felíró orvosok objektivitását.

Az Európai Unió Bírósága tehát megállapítja, hogy a hatóságok nyújthatnak pénzügyi előnyöket az orvosoknak, annak érdekében, hogy ösztönözzék az olcsóbb gyógyszerek felírását, azzal a feltétellel, hogy kötelesek meggyőződni arról, hogy az ösztönző rendszer objektív, hátrányos megkülönböztetésektől mentes feltételrendszeren alapul, valamint nyilvánossá kell tenniük a rendszerre vonatkozó terápiás értékeléseket.

2010. június 1.

C-570/07. és C-571/07. egyesített ügyekben hozott ítélet

José Manuel Blanco Pérez és María de Pilar Chao Gómez kontra Egészségügyi Minisztérium (Consejería de Salud y Servicios Sanitarios), Asztúriai Hercegség

Spanyolországban az új gyógyszertárak létesítését előzetes közigazgatási engedély kiadásához köti a törvény, a végrehajtás az autonóm közösségek kezében van, ezért ők határozzák meg a gyógyszertárak engedélyezésére vonatkozó kritériumokat.

Az Asztúriai Autonóm Közösségben olyan rendelet van érvényben, mely korlátozza az egyes körzetekben a gyógyszertárak számát a lakosságszám függvényében. (2 800 lakosonként egy gyógyszertár létesíthető, és csak e küszöbérték meghaladása esetén lehet a 2 000 főt meghaladó lakos szám után még egy gyógyszertárat létesíteni. Valamint a rendelet azt is tiltja, hogy egy meglévő gyógyszertártól 250 méteres távolságon belül létesítsenek egy újat. Végezetül a rendelet azt is meghatározza, hogy a versengő gyógyszerészek között pontozásos módszerrel kell dönteni, ahol a pályázók szakmai és egyetemi tapasztalatát pontozzák.

Pérez és Gómez mindketten diplomás gyógyszerészek, akik Asztúriában gyógyszertárat kívánnak nyitni, anélkül, hogy vonatkozna rájuk az Asztúriai területi szervezés rendszere, aminek érdekében keresetet indítottak az Asztúriai Legfelsőbb Bíróság (Tribunal Superior de Justicia de Asturias) előtt. A spanyol bíróság az Európai Unió Bíróságához fordult, annak érdekében, hogy döntsön arról, hogy az asztúriai szabályok nem állnak-e ellentétben a Közösség letelepedési szabadsággal kapcsolatos elvével.

A Bíróság ítéletében kiemeli, hogy az új gyógyszertárak létesítése tekintetében meghatározott demográfiai és földrajzi korlátok a letelepedés korlátozását képezik,

ugyanakkor a korlátozások összeegyeztethetők az uniós joggal, ha olyan módon alkalmazhatók, ami nem akadályozza a sajátos demográfiai jellemzőkkel rendelkező körzetekben a megfelelő gyógyszerügyi szolgáltatást biztosító kellő számú gyógyszerár létrehozását. A népsűrűséghez és a minimális távolsághoz kapcsolódó korlátozások igazolhatóak akkor, ha megfelelnek az alábbi négy feltételnek:

- nem tartalmaznak hátrányos megkülönböztetést (pl. állampolgárság),
- nyomós közérdekkel igazolhatóak (pl. a lakosság megbízható és színvonalas gyógyszerellátásának biztosítása),
- alkalmasak az általuk megvalósítani kívánt cél elérésére (ne csoportosuljanak a gyógyszerészek-gyógyszertárak a gazdaságilag vonzó területekre),
- nem haladják meg a cél eléréséhez szükséges mértéket.

Összességében a népsűrűséghez és a gyógyszertárak közötti minimális távolsághoz (jelen esetben 2 800 fő és 250 méter) kapcsolódó feltételek nem ellentétesek a letelepedési szabadság elvével, amennyiben nem akadályozzák a különös demográfiai sajátosságokkal rendelkező földrajzi körzetekben kellő számú és megfelelő gyógyszerügyi szolgáltatás biztosítására alkalmas gyógyszertár létesítését.

Az új gyógyszerár-tulajdonosok kiválasztásának szempontjai nem tartalmazhatnak hátrányos megkülönböztetést (jelen esetben, hogy előnyt jelent a korábbi asztúriai foglalkoztatottság).

2010. június 15.

C-211/08. ügyben hozott ítélet

Bizottság kontra Spanyolország

A Bizottság keresetet indított egy, a spanyol biztosítási rendszer alá tartozó biztosított panasza alapján, aki nehezményezte, hogy a spanyol biztosítási rendszer nem térítette meg számára azt a költséget, amelyet franciaországi tartózkodása alatt, váratlan kórházi ellátása során a francia szabályok szerint a beteg önrészének tulajdonítanak, arra hivatkozva, hogy a spanyol biztosítottak számára csak azok az ellátások teljesen ingyenesek, amelyeket spanyol ellátók nyújtanak. A Bizottság úgy véli, hogy a spanyol szabályozás sérti a szolgáltatásnyújtás szabadságát azzal, hogy megtagadja a tartózkodás helye szerinti tagállamban a betegre háruló önrész megtérítését. A Bizottság úgy véli, hogy a spanyol szabályozás korlátozó hatást gyakorol a

kórházi ellátásokhoz kapcsolódó ellátásokra, valamint azon idegenforgalmi és oktatási szolgáltatások nyújtására, amelyek a más országban való ideiglenes tartózkodást motiválhatják.

Az Európai Unió Bírósága úgy véli, hogy a szolgáltatásnyújtás szabadsága magába foglalja annak szabadságát, hogy valamely tagállamban biztosítással rendelkező személy egy másik tagállamba utazzon diákként, turistaként ideiglenes tartózkodás céljából, és a másik tagállamban letelepedett szolgáltató ellátást nyújtson számára, amennyiben egészségi állapota ezt szükségessé teszi. Azonban a Bíróság véleménye szerint a spanyol szabályozást nem lehet úgy tekinteni, mint amely korlátozza a kórházi ellátásokhoz kapcsolódó szolgáltatások, turisztikai vagy oktatási szolgáltatások szabad áramlását. A kérdést a közösségi jog a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról szóló rendelettel szabályozza, és azt tartalmazza, hogy a tagállamoknak azt a költséget kell fedezniük, amelyet a másik tagállam szociális biztonsági rendszerére saját biztosítottja tekintetében is fedezett, tehát a betegre háruló önrészt nem. Ennek megfelelően a spanyol szabályozás nem ütközik a közösségi joggal. Másrészről a váratlan kórházi ellátás akkor következik be, ha sürgős szükség, súlyos baleset vagy betegség azt indokolja, ha a biztosítás helye szerinti tagállamba való visszatérés vagy visszaszállítás orvosilag lehetetlen, vagy nagy kockázatot rejt, tehát a spanyol szabályozás semmiféle hatást nem gyakorol az ellátás nyújtására, irreleváns, hogy korlátozná azt. Bármilyen beavatkozás, amely egyéb kötelezettségeket ró a tagállamokra, veszélyezteteti a szociális biztonsági rendszerek koordinációját, következésképp az Európai Unió Bírósága elutasítja a Bizottság keresetét.

2010. július 1.

C-393/08.

Emanuela Sbarigia kontra Római Helyi Egészségügyi Vállalat, az Országos Egészségügyi Szolgálat regionális egysége (Azienda USL RM/A, Comune di Roma), Gyógyszertár Tulajdonosok Szövetsége (Assiprofar – Associazione Sindacale Proprietari Farmacia,) Római Gyógyszerész Kamara (Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma)

E. Sbarigia egy Róma „Tridente” nevű történelmi központjában lévő gyógyszertár tulajdonosa, a városnegyed teljes egészében gyalogosövezet, és a város idegenforgalmi központja. Elhelyezkedése, valamint vásárlóinak júliusban és augusztusban jelentősen megemelkedő száma miatt az alapügy felperese 2006. május 31-én kérelmet

terjesztett elő az iránt, hogy esetében tekintsenek el a 2006. évi nyári munkaszüneti időszak betartásától. 2006. október 18-án egy második kérelmet terjesztett elő, amelyben eredeti kérelmét kiterjesztve, kérte az éves szabadságolások okán történő zárva tartási kötelezettség alóli felmentést, valamint az egész év vonatkozásában a heti nyitvatartási idő meghosszabbítását és az ünnepnapok alatti zárva tartási kötelezettség alóli felmentést is. Ezzel kapcsolatban E. Sbarigia arra hivatkozott, hogy 2006. szeptember 8-án egy másik, a Termini pályaudvar közelében található gyógyszer-tár vonatkozásában, amely ugyanolyan különleges vásárlói körrel rendelkezik, mint az ő gyógyszer-tára, megadtak egy ugyanilyen engedélyt. Az illetékes bíróság mindkét keresetet elutasította.

Lazio regionális közigazgatási bírósága szerint a gyógyszer-tári szolgáltatásnak a fogyasztók egészsége védelmében nyújtott közszolgáltatásnak való minősítése sem elégséges ahhoz, hogy meg lehessen indokolni a gyógyszer-tárak nyitvatartási rendjét előíró kötelező rendelkezéseket. A nyitvatartási idők és időszakok valamennyi gyógyszer-tarra vonatkozó liberalizációja – amelyet a verseny- és piacfelügyeleti hatóság 2007. február 1-i jelentése is szorgalmaz – lehetővé tenné a kínálat általános jelleget, a fogyasztók érdekeit szolgáló kiszélesítését (amelynek során az elhelyezkedésre vonatkozó tervek biztosítanák a gyógyszer-tárak kiegyensúlyozott területi eloszlását). Az olasz bíróság számára a törvény rendelkezései aránytalannak és indokolatlannak tűnnek. A gyógyszer-tári szolgáltatáshoz kapcsolódó közérdek és igények védelmét ugyanis kétségtelenül hatékonyabban lehetne biztosítani a gyógyszer-tárak nyitvatartási rendjére vonatkozó olyan liberalizációs intézkedésekkel, amelyek a verseny előmozdítását szolgálják. A kérdést előterjesztő bíróságnak tehát kétsége van az alapügy tárgyát képező korlátozásoknak egyrészt a közösségi jognak a vállalkozások szabad versenyére vonatkozó alapelveivel való összeegyeztethetőségével kapcsolatban, másrészt pedig az Európai Unió fellépését illetően az egészségügy javítása és védelme terén. Pontosabban úgy véli, hogy a jelenleg hatályos, a gyógyszer-tári szolgáltatás megszervezésére vonatkozó jogszabályi háttér – e célkitűzéssel épp ellentétesen – Lazio tartományban akadályozza a közegészség védelméhez való hatékony hozzájárulást. E körülmények között Lazio regionális közigazgatási bírósága az eljárás felfüggesztéséről határozott, és előzetes döntéshozatal céljából a következő két kérdést terjesztette a Bíróság elé:

- Összeegyeztethetők-e a verseny szabadságának és a szolgáltatásnyújtás szabadságának közösségi elveivel az olasz tartományi törvény azon rendelkezései, amelyek megtiltják a gyógyszerészek számára, hogy lemondjanak az éves szabadságukról, korlátozzák a gyógyszer-tárak nyitva tartását és a Róma városához

tartozó gyógyszertárak tekintetében az e korlátozásoktól való eltérés engedélyezését attól a feltételtől teszik függővé, hogy a diszkrecionális jogkörével élő közigazgatási szerv úgy ítéli meg, hogy teljesül a különleges önkormányzati övezetre vonatkozó feltétel?

- Összeegyeztethetők-e a Szerződéssel a gyógyszertári közszolgáltatások ellátását illetően a közegészség védelme érdekében bevezetett olyan korlátozások, amelyeket az olasz tartományi törvény a gyógyszertárak napi, heti és éves nyitvatartási rendjére vonatkozóan elrendel?

A Bíróság ítélete szerint egyik kérdés sem tartozik a közösségi jog hatálya alá, mindkettő az alapeljárást érintő nemzeti szabályozás alapján ítélandó meg, így az előzetes döntéshozatal iránti kérelmet elfogadhatatlannak minősítette, mindkét kérdés tekintetében.

2010. október 5.

C-512/08. számú ügyben hozott ítélet

Bizottság kontra Franciaország

Az Európai Bizottság keresetet nyújtott be Franciaországgal szemben, mert úgy ítélte meg, hogy a más tagállamban tervezett egészségügyi ellátás költségeinek megtérítésére vonatkozó francia szabályozás ellentétes a közösségi joggal. A Bizottság úgy vélte, hogy a francia társadalombiztosítási törvénykönyv azon rendelkezései ellentétesek a közösségi joggal, melyek a más tagállamban, kórházi kereteken kívül igénybe venni tervezett ellátások költségének megtérítését a francia illetékes intézmény előzetes engedélyéhez kötik, ha ezek az ellátások jelentős orvosi eszközök használatát teszik szükségessé.

A Bíróság a Bizottság Franciaországgal szemben benyújtott keresetét elutasítja, miután úgy véli, hogy a közegészségügyi politika szervezése és a társadalombiztosítási rendszer pénzügyi egyensúlya szempontjából egyaránt felmerülő kockázatokra tekintettel, az előzetes engedélyezés ilyen típusú ellátásokra vonatkozó követelménye az uniós jog jelenlegi állapotában igazolt korlátozásnak tűnik. Ugyanakkor a Bíróság emlékeztet arra, hogy az előzetes engedélyezésen alapuló rendszernek objektív, hátrányos megkülönböztetésektől mentes és előzetes ismert szempontokon kell alapulnia, hogy kellően behatárolja a nemzeti hatóságok mérlegelési jogkörének gyakorlását, annak érdekében, hogy a döntésük ne legyen önkényes.

8. Fókuszban

A dohányzás törvényi szabályozása az Európai Unió tagországaiban és a dohányzás korlátozására irányuló törvények hatásai

*Borbás Ilona, Ajtonyi Zsuzsa, Lux Lilla, Szirmai László,
lektorálta: Demjén Tibor vezető, Országos Egészségfejlesztési Intézet,
Dohányzás Fókuszpont*

A dohányzás az elkerülhető halálozások egyik legfőbb okozója. A dohányzáshoz kapcsolódó halálesetek standardizált mutatója az európai országok többségében az elmúlt évtizedekben csökkenő tendenciájú, a csökkenés mértéke azonban országonként jelentősen különbözik. A mutató a dohányzáshoz kapcsolható, szakirodalomban meghatározott haláleseteket adja össze egy nyers mutatószámba (egyes daganatok, ischaemiás szívbetegségek, agyér-betegségek, krónikus obstruktív tüdőbetegségek), és nem veszi figyelembe az egyes betegségcsoportokon belül a dohányzásnak tulajdonított halálozási arányt, ám az egyes országok helyzetét és tendenciáit mégis tükrözi. A WHO Health for All adatbázisából kinyerhető adatokból megállapítható, hogy vannak országok, ahol a 100 ezer főre jutó, dohányzás miatt bekövetkező standardizált halálozás 1980 és 2007-2009 között kevesebb, mint felére esett vissza. Ilyen pl. az 1980-ban Nyugat-Európában a legrosszabb halálozási mutatóval rendelkező Írország (527 v. ö. 225), Egyesült Királyság (480 v. ö. 204), Portugália (427 v. ö. 168), Hollandia (342 v. ö. 161), vagy Franciaország (239 v. ö. 117). Az EU mai tagországaival összehasonlítva Magyarország három évtizeddel ezelőtt és 2009-ben is a legmagasabb halálozási aránnyal rendelkező országok között található (566 v. ö. 428). 1980-ban Magyarországon 566 volt a 100 ezer főre jutó dohányzás okozta halálozások száma, ami a legmagasabb érték az adatot jelentő 14 ország közül. Megjegyezzük azonban,

hogy pl. a balti országokra ekkor még nem álltak rendelkezésre adatok. 1991-ben, amikor több kelet-európai országra is hozzáférhetővé váltak a statisztikák, a magyar halálozás az adatot jelentő 21 ország közül az 5. legrosszabb (Magyarország: 536, legmagasabb Észtország: 700). Hazánkban a dohányzás okozta halálozások terén lassú és kismértékű csökkenés mutatkozik. 2008-ban a magyar adatoknál (432) csak néhány kelet-európai országban volt rosszabb a mutató értéke (Litvánia, Lettország, Románia). Mutatónk értéke az EU átlagának több mint duplája (a 100 ezer főre jutó dohányzás okozta halálozások száma 2009-ben Magyarországon 428, az EU átlag pedig 210).

Egy 2009 végén készített európai felmérés szerint (European Commission, 2010) a 15 év fölötti európai polgárok csaknem harmada (29 százaléka) dohányzik (cigarettezik, pipázik vagy szivarozik). Dél-Európában dohányoznak a legtöbben, különösen Görögországban, ahol a dohányosok aránya 40 százalék fölötti, és hasonló volt az arány Ciprus törökök lakta részén is. Ezt követi Bulgária (39 százalék) és Magyarország (38 százalék). A legalacsonyabb a dohányosok aránya Svédországban (16 százalék) és Finnországban (21 százalék). Az egy évvel korábbi felmérés szerint (European Commission, 2009) az EU-ban a 15 év fölötti lakosság 26 százaléka dohányzott napi rendszerességgel (öt százalék alkalmanként). A napi dohányosok aránya Görögországban volt a legmagasabb (35 százalék), ezt követte Bulgária és Magyarország (31 százalék).

A dohányfüst-mentes politikák Európában az 1980-as évektől kezdtek elterjedni, a tiltások pedig 2000 után szigorodni. Gyakorlatilag minden EU tagországban tilos a dohányzás az egészségügyi, oktatási intézményekben, egyéb közintézményekben, zárt légtérű munkahelyeken, vendéglátóipari egységekben, tömegközlekedési eszközön, kivéve a dohányzásra kijelölt helyeket. Az országok egy része megengedi pl. az éttermekben elkülönített, zárt légtérű dohányzó helyek létesítését. Magyarországon és Szlovákiában a pub-okban nincs dohányzási tilalom, és a magyar és bolgár éttermekben sem ragaszkodtak mindeddig a szeparált, zárt légtér kritériumához a dohányzóhely kialakításánál. Az aktív és passzív dohányzás visszaszorítására irányuló politikák hatásai bizonyítottak. Az ír dohányzással összefüggő halálozás jelentős javulásához hozzájárult, hogy 2004-ben, az EU országai közül elsőként Írországból vezették be a zárt légtérű helyekre vonatkozó teljes dohányzási tilalmat. A szabályozás a dohányzóhelyek épületen belüli kijelölését is tiltja. Azóta hasonlóan szigorú tiltást foglaltak jogszabályba Máltán (bár ott említést kell tenni a tiltás betartásának problémáiról) és Svédországban 2005-ben, az Egyesült Királyságban 2006-2007-ben, Finnországban és Szlovéniában 2007-ben, Görögországban és Cipruson 2010-ben,

Spanyolországban 2011-ben. Németország tartományaiban különböző szabályozás van érvényben. Általánosan elmondható, hogy a tartományok zömében dohányzási tilalom van a zárt légtérű helyeken. A tilalom alól azonban a legtöbb helyen lehetőségek kivételek (kijelölt, zárt helyiségek kialakítása révén vagy tradicionális sátras rendezvényeken stb.). A dohányzás legszigorúbb tiltása 2010-től Bajorországra jellemző, ahol dohányzásra szolgáló helyeket sem alakíthatnak ki. Az EU-n kívül teljes a dohányzási tilalom pl. Izlandon, Norvégiában vagy Svájcban.

Finnország az első európai ország, amely 2010-től törvényben és az ahhoz kapcsolódó szociális és egészségügyi minisztériumi rendeletben szabályozza a forgalomba kerülő cigaretták tűzvédelmi előírásait. A szabályozás azt írja elő, hogy olyan cigaretta hozható forgalomba, amely összetételénél fogva szívás nélkül elalszik. További szigorítást jelent pl. az, hogy Finnországban 2012-től a kiskereskedelmi egységekben dohánytermékeket csak katalógus vagy árlista alapján adhatnak el, mert a polcokra nem helyezhetik ki azokat.

A WHO 2003. májusi közgyűlésén fogadták el a tagországok a Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményt (FCTC), amelyet Magyarország is aláírt, és 2004-ben a Parlament által megerősített. A Keretegyezmény célját az alábbiakban határozták meg:

„A Keretegyezménynek és jegyzőkönyveinek a célkitűzése az, hogy megvédjék a jelenlegi és a következő nemzedékeket a dohánytermék-fogyasztás és a dohányfüst-expozíció pusztító egészségi, szociális, környezeti és gazdasági következményeitől azáltal, hogy keretet adnak a Részes Felek által országos, regionális és nemzetközi szinten megvalósítandó dohányzásellenes intézkedésekhez, a dohányfogyasztás és a dohányfüst-expozíció előfordulási gyakoriságának folyamatos és számottevő csökkentése érdekében.” Megfogalmazza többek között a dohánytermékek iránti kereslet és kínálat csökkentésével (pl. ár- és adóintézkedések, dohánytermékek összetételének, adatainak szabályozása, címkézés, reklámozás, promóció, dohányfüst-expozíció elleni védelem, tiltott kereskedelem, csempészet, hamisítás felszámolása), valamint a környezet és az emberek egészségének védelmével kapcsolatos elvárásokat.

A Keretegyezmény alapján a tagállamok az eltelt időszakban több irányelvet is elfogadtak:

- A Keretegyezmény dohányfüst-expozíció elleni védelemről szóló 8. cikkének végrehajtásáról szóló irányelvet a Részes Felek második konferenciája (COP 2) fogadta el 2007-ben,
- A dohányzás visszaszorításával kapcsolatos népegészségügyi politikáknak a do-

hányipar kereskedelmi és egyéb anyagi érdekeltségeivel szembeni védelméről szóló 5.3 cikkének végrehajtásáról szóló irányelvet a Részes Felek harmadik konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban,

- A Keretegyezmény 11. cikkének (Dohánytermékek csomagolása, címkézése) végrehajtásáról szóló irányelvet a Részes Felek harmadik konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban,
- A Keretegyezmény 13. cikkének (Dohánytermékek reklámozása, promóciója és a szponzorálás) végrehajtásáról szóló irányelvet a Részes Felek 3. konferenciája (COP 3) fogadta el 2008-ban,
- A Keretegyezmény 9-10. cikkei (dohánytermékek összetétele, dohánytermékekkel kapcsolatos adatok nyilvánosságra hozatala) végrehajtásához kapcsolódó irányelvet a Részes Felek negyedik konferenciája (COP 4) fogadta el 2010-ben,
- A Keretegyezmény 12. cikk (Oktatás, képzés, lakossági tudatosság) végrehajtását segítő irányelvet a Részes Felek negyedik konferenciája (COP 4) fogadta el 2010-ben,
- A Keretegyezmény 14. cikk (Függőség, leszoktatás) végrehajtását segítő irányelvet a Részes Felek negyedik konferenciája (COP 4) fogadta el 2010-ben.

A dohányzás-ellenőrzés része más közösségi politikáknak is (pl. mezőgazdaság, adózás és fejlesztés). Az EU célja, hogy globális szinten vezető szerepet töltsön be a dohányzás visszaszorításában.

Az Európai Tanács 2009. november 30-án jelentette meg dohányfüst-mentes környezetről szóló ajánlását (2009/C 296/02).

Az ajánlás a tagországoknak a következő területeken javasol intézkedéseket:

- Zárt légterű munkahelyeken és zárt légterű nyilvános helyeken, a tömegközlekedésben és egyéb nyilvános helyeken hatékony védelmet kell biztosítani a dohányfüst-expozíció ellen a WHO Dohányzás- Ellenőrzési Keretegyezményének az adott tagállamban történő hatálybalépését követő 5 éven belül, de legkésőbb a Tanács ajánlásainak elfogadását követő 3 éven belül,
- Stratégiák és intézkedések a gyermekek és serdülőkorúak passzív dohányzása elleni védelem érdekében,

- Hatékony intézkedések a dohányzásról való leszokás támogatása és a dohányzás okozta függőség megfelelő kezelése érdekében,
- A dohánytermékek csomagolásán kombinált figyelmeztetések bevezetése, színes képekkel és illusztrációkkal, amelyek a dohányzás egészségkárosító hatásaira figyelmeztetnek. A dohánytermékek csomagolásán a leszokást támogató szolgáltatásokra vonatkozó információk feltüntetése,
- Több ágazatra kiterjedő, átfogó dohányzás-ellenes stratégiák kialakítása és végrehajtása, elsősorban a nyilvános helyekre vonatkozóan,
- Megfelelő eszközök biztosítása a dohányfüst-ellenes politikák végrehajtására,
- Az ajánlás elfogadásától számított 6 hónapon belül tájékoztassák a Bizottságot a nemzeti kapcsolattartó pontok működéséről, amelyek elősegítik az információk és gyakorlatok cseréjét a tagállamok között.
- Szoros együttműködés a tagállamok és a Bizottság között az ajánlás végrehajtásához szükséges közös definíciók és teljesítmény-mutatók kialakítása érdekében,
- A mutatók segítségével a politikai intézkedések hatékonyságának figyelemmel kísérése,
- A Bizottság tájékoztatása az Ajánlás alapján hozott jogalkotási és egyéb intézkedésekről és az eredményekről.

Az F. mellékletben a 139. oldalon található táblázat a nemzetközi szervezetek (WHO 2009-ben publikált dohányzásról szóló jelentése, a WHO International Agency for Research on Cancer 2009-es értékelése a dohányfüst-mentes politikákról, a Rand Europe kutatóintézet által az Európai Unió Bizottsága felkérésére 2009-ben publikált tanulmány a dohányzás visszaszorítására irányuló intézkedések hatásairól), szisztematikus szakirodalmi áttekintések (Hopkins et al., 2010; Callinan JE et al., 2010; Meyers, David G. et al., 2009) valamint Anglia, Skócia, Franciaország, Hollandia, Írország, Németország, Olaszország és Spanyolország (a szisztematikus áttekintésekben nem feldolgozott, frissebb, vagy más területen végzett) dohányzási tilalmak hatásával foglalkozó kutatásainak eredményeit foglalja össze.

A dohányzás törvényi tiltása bizonyítottan csökkenti a passzív dohányzásnak való kitettséget, ennek következtében a korábban dohányzó helyeken dolgozók légzőszervi és szenzoros problémáinak, valamint a szívinfarktus előfordulásának gyakoriságát.

Bár a szakirodalom további kutatásokat lát szükségesnek a témában, vannak már eredmények arra vonatkozóan, hogy a dohányzási tilalmak kedvező hatással vannak a dohányzásról való leszokásra, az elszívott cigaretta mennyiségének csökkenésére. Csökkentik a dohányzásnak felróható egészségügyi kiadásokat, miközben nincs lényeges negatív hatásuk a vendéglátóipar üzleti eredményeire. A makrogazdaságot tekintve a bevételkiesések (jövedéki adó stb.) a dohányzás okozta kiadások (pl. egészségügyi költségek) csökkenésével, az egészségesebb társadalom előnyeivel, a fogyasztás más területre történő áthelyeződésével kompenzálódnak. Az eredmények az intézkedések bevezetését követően rövid (pl. légzőrendszeri, szenzoros problémák csökkenése, szívinfarktus előfordulásának csökkenése) és közép-, illetve hosszútávon (tüdőrák csökkenése) is megmutatkoznak.

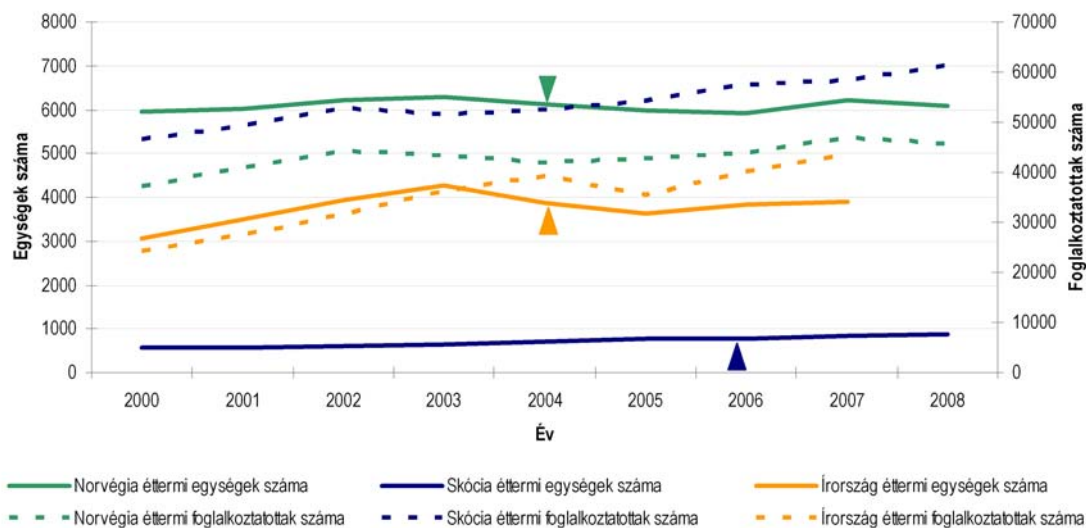
A dohányzás vendéglátóhelyeken történő szigorú tiltásának bevezetésére a vendéglátóipar képviselői több országban komor gazdasági hatásokat előrevetítve reagáltak. A szakirodalom (Scollo, M & Lal, A., 2008) alapján megállapítható, hogy a hivatalos értékesítési és foglalkoztatási jelentéseken alapuló tanulmányok döntő többségének következtetése szerint a dohányfüst-mentes politikák nem fejtenek ki negatív gazdasági hatást. Csak az éttermek tulajdonosainak szubjektív véleményén alapuló (sokszor a dohányipar finanszírozásával készített) tanulmányok mutattak negatív hatásokat. Az éttermek, bárok gazdasági eredményeire, piaci jelenlétére a dohányzáson kívül számos tényező hat. Az egyéb hatások kiszűrése nélkül, pusztán az idősorok alakulása alapján azt mondhatjuk, hogy a tiltás sehol sem gyakorolt komoly hatást a vendéglátó-iparra. (8.1. 8.2. 8.3. 8.4. ábrák)

A grafikonok alapján elmondhatjuk, hogy Norvégiában nincs visszaesés az éttermek és bárok foglalkoztatottainak számában, az éttermek, bárok forgalmában. (Csak az éttermek száma csökkent, de ez már a 2004-es törvényt megelőzően is így volt.)

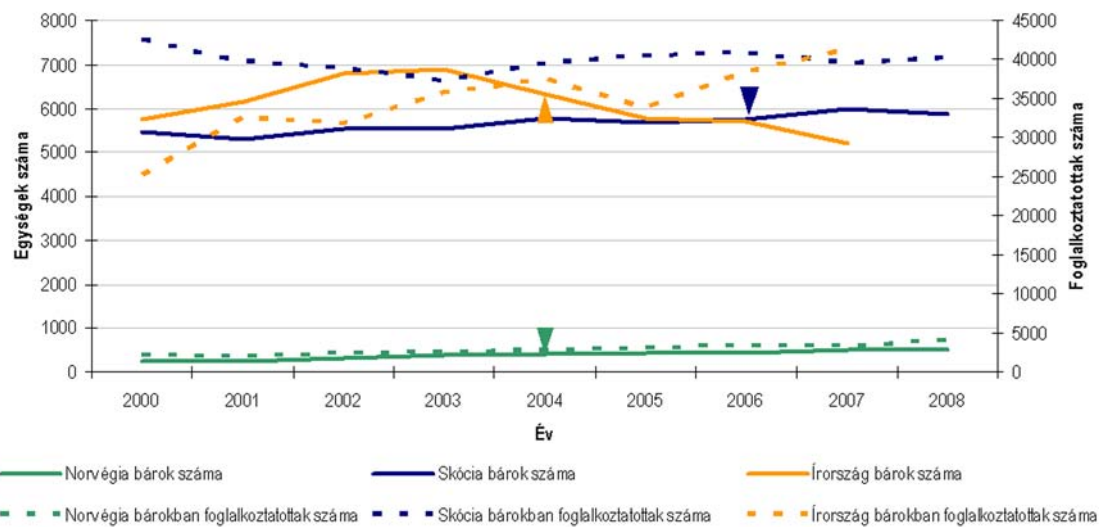
Skóciában a 2006-os dohányzást tiltó törvény után nem csökkent az éttermek és a bárok száma, a bárokban foglalkoztatottak száma minimálisan (3 százalék) visszaesett, de 2008-ban már ismét nőtt. A törvény utáni évben minimális a visszaesés az éttermek, bárok forgalmában (1 százalék alatti, illetve 4 százalék), ami 2008-ban az éttermek esetében már növekedésbe ment át, és meghaladta a törvény évében jellemző szintet.

Írországban a 2004-es dohányzást tiltó törvény utáni évben csökkent az éttermek és bárok száma és foglalkoztatottainak száma is, nőtt viszont a forgalmuk. Az éttermek és bárok számának csökkenése már 2004-ben is jellemző volt, akkor azonban az alkalmazottak száma még nem csökkent, az éttermek forgalma pedig minimálisan csökkent. A törvény utáni második évben, 2006-ban már az éttermek száma, fog-

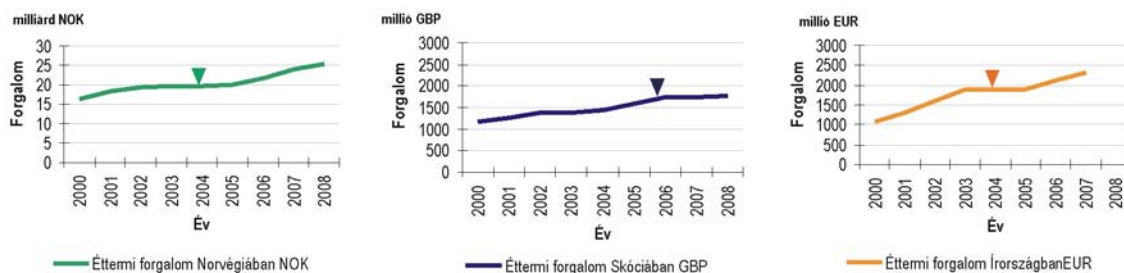
8.1. ábra. Éttermi egységek és foglalkoztatottak számának változása Norvégiában, Skóciában és Írországban 2000-2008



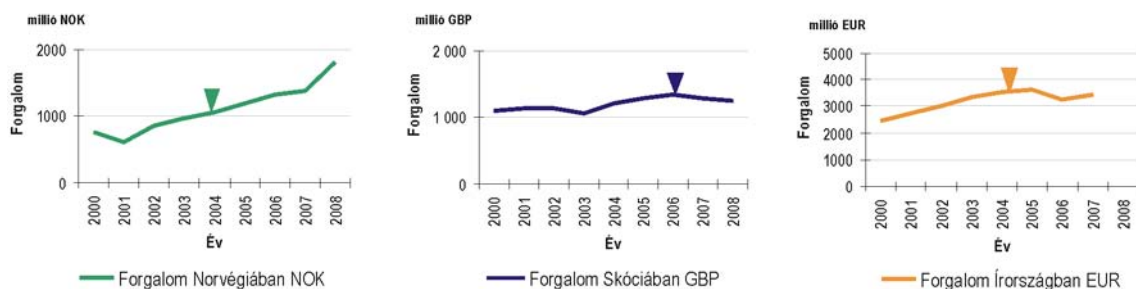
8.2. ábra. Bárok számának és foglalkoztatottak számának változása Norvégiában, Skóciában és Írországban 2000-2008



8.3. ábra. Éttermi forgalom változása Norvégiában, Skóciában és Írországbán 2000-2008



8.4. ábra. Forgalom változása bárokban Norvégiában, Skóciában és Írországbán 2000-2008



A grafikonokon ▼ jellel jeleztük, hogy az adott országban mikor vezették be a vendéglátó egységekben a dohányzás tilalmát.

A statisztika forrása: Statistics Norway: <http://www.ssb.no>,
 Government Economic Strategy Key Sector Statistics, Scotland: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/981/0112851.xls>,
 Central Statistics Office, Ireland: <http://www.cso.ie>

lalkoztatottainak száma is újra emelkedett, és tovább nőtt a forgalmuk is. A bárók esetében a foglalkoztatottak számában 2006-ban figyelhetünk meg újra emelkedést, a forgalom 10 százalékos csökkenésével párhuzamosan. Utóbbi 2007-ben kezdett el ismét emelkedni.

A teljes tanulmány az ESKI honlapján, [A dohányzás törvényi szabályozása az Európai Unió tagországaiban és a dohányzás korlátozására irányuló törvények hatásai](#) címen olvasható.

Források

1. Bannon, Finian; Anne Devlin, Gerry McElwee, Anna Gavin: Greater gains from smoke-free legislation for non-smoking bar staff in Belfast. *European Journal of Public Health*, Vol. 19, No. 6, 638–643.
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/6/638.full.pdf+html>
2. Callinan JE, Clarke A, Doherty K, Kelleher C: Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption (Review) 2010 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD005992/pdf_fs.html
3. Central Statistics Office, Ireland: <http://www.cso.ie>
4. Cesaroni, Giulia et al.: Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events. *Circulation* 2008;117;1183-1188; originally published online Feb 11, 2008;
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03247.x/abstract>
5. EPHA - Tobacco and Smoking: <http://www.eph.org/r/38>
6. EU Public Health – Tobacco
http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_en.htm
7. Európai Unió Tanácsa ajánlása a dohányfüstmentes környezetről (2009. november 30.) <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:296:0004:01:HU:HTML>

8. European Commission, Special Eurobarometer Tobacco, 2010.
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_332_sum_en.pdf
9. European Commission, Survey on Tobacco – Analytical Report, 2009.
http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_253_en.pdf
10. Evaluating the effectiveness of Smoke-free Policies. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization, 2009.
11. Fernandez, Esteve et al.: Impact of the Spanish Smoking Law on Exposure to Second-Hand Smoke and Respiratory Health in Hospitality Workers: A Cohort Study PLoS ONE, January 2009 Volume 4 Issue 1.
<http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0004244>
12. Government Economic Strategy Key Sector Statistics, Scotland:
<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/981/0112851.xls>
13. Hackshaw, Lucy; Andy McEwen, Robert West, Linda Bauld: Quit attempts in response to smoke-free legislation in England. Tob Control 2010;19:160-164
<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/2/160.abstract>
14. Hopkins et al.: Smokefree Policies to Reduce Tobacco Use – A Systematic Review. 2010 február. (Am J Prev Med 2010;38(2S):S275–S289) Published by Elsevier Inc. on behalf of American Journal of Preventive Medicine)
http://www.thecommunityguide.org/tobacco/worksite/Worksite2010Smokefree_Hopkins.pdf
15. Hyland, Andrew et al. 2008: Does smoke-free Ireland have more smoking inside the home and less in pubs than the United Kingdom? Findings from the international tobacco control policy evaluation project. European Journal of Public Health, Vol. 18, No. 1, 63–65
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/18/1/63.full>
16. Hyland, Andrew et al. 2009: The impact of smokefree legislation in Scotland: results from the Scottish ITC Scotland/UK longitudinal surveys. European Journal of Public Health, Vol. 19, No. 2, 198–205
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/2/198.full>

17. Kvasnicka, Michael: Public Smoking Bans, Youth Access Laws, and Cigarette Sales at Vending Machines. RWI Materialien 173. szám. 2010.
http://en.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/ruhr-economic-papers/REP_10_173.pdf
18. Kvasnicka, Michael; Harald Tauchmann: Eine Befragung von Gastronomiebetrieben zur Einführung von Rauchverboten im Gastgewerbe. Deskriptive Ergebnisse. RWI Materialien, 58. szám, 2010.
http://en.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/ruhr-economic-papers/REP_10_173.pdf
19. Kvasnicka, Michael; Harald Tauchmann: Much Ado About Nothing? –Smoking Bans and Germany’s Hospitality Industry. RWI 172. szám, 2010.
http://en.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/ruhr-economic-papers/REP_10_172.pdf
20. McKee, Sherry A. et al.: Longitudinal evaluation of smoke-free Scotland on pub and home drinking behavior: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project. *Nicotine Tob Res.* 2009 June; 11(6): 619–626. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2688599/>
21. Meyers, David G., MD, MPH, John S. Neuberger, DRPH, MPH, MBA, Jianghua He, PHD: Cardiovascular Effect of Bans on Smoking in Public Places A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol* 2009;54:1249–55) © 2009 by the American College of Cardiology Foundation. <http://content.onlinejacc.org/cgi/reprint/54/14/1249.pdf>
22. MSAH oversees tobacco control in Finland
http://www.stm.fi/en/welfare/substance_abuse/tobacco
23. Mullally, Bernie J.; Birgit A. Greiner, Shane Allwright, Gillian Paul, Ivan J. Perry: The effect of the Irish smoke-free workplace legislation on smoking among bar workers. *European Journal of Public Health*, Vol. 19, No. 2, 206–211. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/2/206.full>
24. Nagelhout, Gera E.; Marc C. Willemsen, Hein de Vries: The population impact of smoke-free workplace and hospitality industry legislation on smoking behaviour. *Addiction*, 23 DEC 2010.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03247.x/abstract>

25. Országos Egészségfejlesztési Intézet: Dohányzás fókuszpont,
<http://www.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/>
26. Qualmfreies Griechenland 1. September 2010, Neue Zürcher Zeitung
http://www.nzz.ch/nachrichten/panorama/qualmfreies_griechenland_1.7403007.html
27. Scoggins, Amanda et al.: Analysis to support the Impact Assessment of the Commission's smoke-free initiatives. Rand Corporation, 2009
28. Scollo M, Lal A, 2008. Summary of studies assessing the economic impact of smokefree policies in the hospitality industry. Melbourne, Australia, VicHealth Centre for Tobacco Control,
<http://www.vctc.org.au/tc-res/Hospitalitysummary.pdf>
29. Sims, Michelle; Roy Maxwell, Linda Bauld, Anna Gilmore: Short term impact of smoke-free legislation in England: retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction. BMJ 2010; 340:c2161
<http://www.bmj.com/content/340/bmj.c2161.full>
30. Smoke free legislation in the EU. 2009.02.
<http://www.smokefreepartnership.eu/>
31. Statistics Norway: <http://www.ssb.no>
32. Tabac,gouv.fr. République française
<http://www.tabac.gouv.fr/rubrique-28171.php>
33. The Finnish Tobacco Act (English translation)
<http://www.suomenash.fi/en/news/>
34. Thomas, Daniel, Pr., Institut de Cardiologie, Pitié-Salpêtrière, Paris: Evaluation de l'impact de l'interdiction de fumer sur les syndromes CORonaires aigus http://societe-francaise-de-tabacologie.com/dl/SFT2010_THOMAS-EVINCOR.pdf
35. Thomas, Daniel. Pr. : Tabagisme passif et syndromes coronaires aigus: Effet de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Société Française de Cardiologie, <http://www.sfcadio.fr/>

8. Fókuszban

36. WHO Framework Convention on Tobacco Control
<http://www.who.int/fctc/en/>
37. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009
http://www.who.int/tobacco/mpower/2009/gtcr_download/en/index.html

9. Az ESKI tevékenysége

Publikációk, kiadványok, konferenciák előadásai, poszterei

Könyvek

- Surján, György: Barriers and challenges of using medical coding systems. PhD thesis, University of Amsterdam. Veenendaal, Universal Press, 2010. 153 p.
- ESKI Egészségügyi Évkönyv 2009. Szerk. Borbás Ilona, Mihalicza Péter. Budapest, ESKI, 2010. 122 p.

Magyar folyóiratcikkek

- Surján György-Somogyi László: Beszámoló az ágazati informatika fejlesztési irányairól. = IME, 2010. 9. évf. 10. sz. p. 58-59.
- Kincses Gyula: Az egészségügyi turizmus helyzete, jövőképe, szükséges fejlesztési irányai. = IME, 2010. 9. évf. 6. sz. p. 5-12.
- Kincses Gyula: Beteges adatvédelem? - Olvasói levél. = IME, 2010. 9. évf., 6. sz. p. 48-49.
- Kincses Gyula: Az egészségipar társadalmi és nemzetgazdasági jelentősége. = IME, 2010. 9. évf. 5. sz. p. 8-14.
- Bozsonyi Károly-Veres Előd-Zonda Tamás-Kmetty Zoltán: A születésnap hatása az öngyilkossági számok alakulására Magyarországon (1970-2002) = Psychiatria Hungarica, 2010. 25. évf. 1. sz., p. 74-79.
- Novákné Pékli Márta-Németh Júlia: HPV vakcináció Magyarországon II. (A jelen és a jövő egyes kérdései). = IME, 2010. 9. évf. egészség-gazdaságtani (januári) különszám, p.10-12.

- Kovács Beatrix-Palotai Mária: Nemzetközi kábítószerügyi konferencia könyvtárosoknak és információs szakembereknek. = Könyv, Könyvtár, Könyvtáros, 2010. 19. évf. 1. sz. p. 45-49.

ESKI tanulmányok, szakirodalmi szemlék

- Kincses Gyula, Varga Eszter: Reálisan a határon átnyúló egészségügyi ellátás perspektívájáról. 2010.08.
- Dózsa Csaba - Ecseki Adrienn - Lipták Mária - Mihalicza Péter: A kórházak technikai hatékonyságának elemzése és hazai alkalmazása. (ESKI füzetek 7.) 2010.07.06.
- Kincses Gyula: Az egészségügyi turizmus jövőképe, szükséges fejlesztési irányai. 2010.07.02.
- Egészségügyi Rendszertudományi Iroda: A DRG finanszírozás jellemzői néhány ország példája alapján. (ESKI füzetek 6.) 2010.06.03.

Honlap látogatottsági statisztika

Merth Gabriella

Az *Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet* weboldalára 2010. január 1. és 2010. december 31. között 247 769-szer látogattak el, és ezen alkalmakkor összesen 1 001 465 oldalt tekintettek meg. Ez látogatásonként átlagosan 4 oldalt jelent. A weboldalon töltött átlagos idő 4 perc.

A látogatások tartalmazznak úgynevezett egy-oldalas látogatásokat. Ez azt jelenti, hogy a látogatók az első oldal megtekintése után el is hagyják az oldalt. Ez egyfelől azokat a látogatókat jelenti, akik nem találták meg a számukra szükséges információt, de jelenti azokat a látogatókat is, akik már első oldalon megtalálták, amit kerestek, és másra nem voltak kíváncsiak. Továbbá az egy-oldalas látogatások számába beleszámít az is, amikor a látogatók az első oldal megtekintése után egyéb dokumentumra „továbléptek”, letöltötték azt, ugyanis erre már nem vonatkozik a követés. Az „egy-oldalas látogatók” összesen 145 942 alkalommal látogatták meg oldalunkat, ami a látogatások közel 59 százalékát teszi ki. Ebbe a csoportba esőknél az új és a visszatérő látogatások aránya 61-39 százalék.

Ha a visszafordult látogatókat figyelmen kívül hagyjuk, akkor az össz-látogatottság 101 716, ami alatt a látogatók 85 011 oldalt néztek meg. Tehát egy látogatás alkalmával átlagosan több, mint 8 oldalt tekintettek meg. Ez sejteti, hogy a weboldalon töltött idő is magasabb, több mint 8 perc átlagosan. A továbbiakban, mivel nem tudjuk meghatározni azokat, akik „tévesen” érkeztek az oldalra, illetve akik megtalálták, amit kerestek, nem kerülnek kiszűrésre az egy-oldalas látogatások.

Látogatások

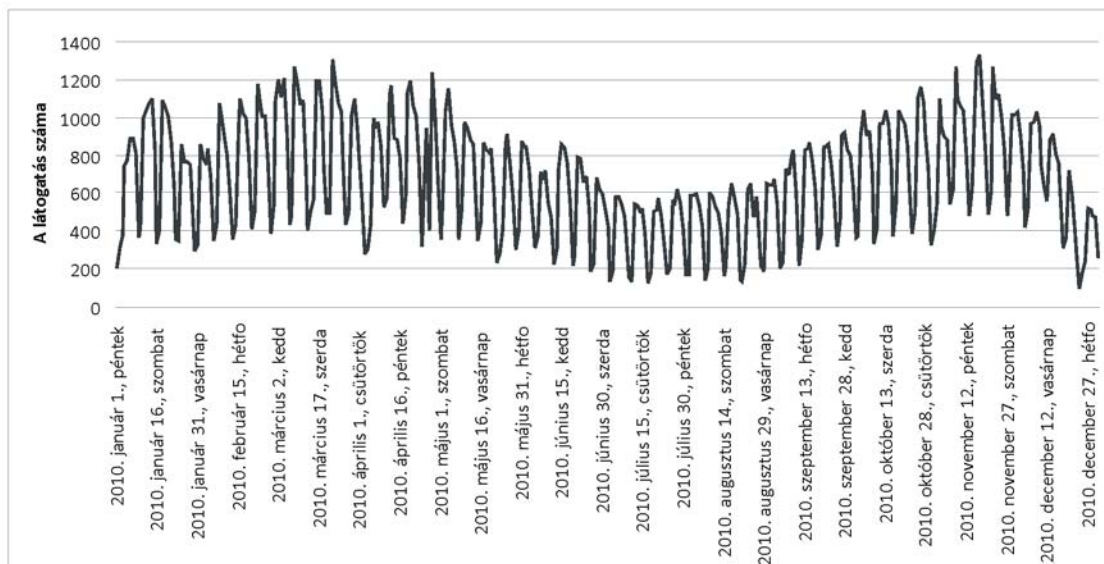
A 2010 során tett látogatások napi alakulását az 9.1. ábra mutatja.

Az ábrán látható, hogy hétvégére általában leesik az oldal nézettsége, de 200-400 látogatás akkor is történik.

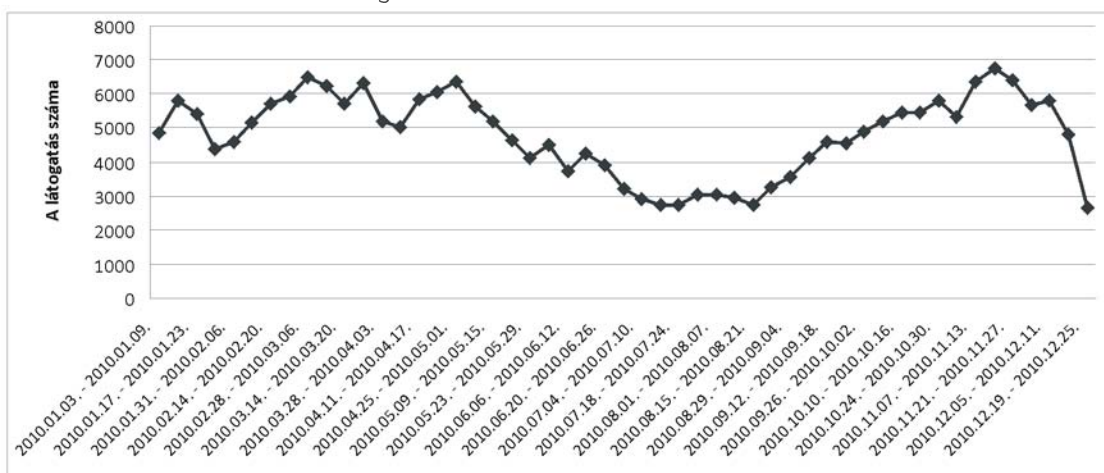
Ha heti bontásban nézzük meg ugyanezt, akkor jobban látható, hogy az év mely szakaszában van nagyobb, illetve kisebb „forgalom”. Ezt a 9.2. ábra szemlélteti.

Elmondható, hogy a heti 4 000-6 500-as látogatás szám nyárra, és az év végére, az ünnepek idejére lecsökken. Ez valószínűleg azzal magyarázható, hogy az emberek többsége ilyenkor tölti szabadságát.

9.1. ábra. A látogatások számának változása napi bontásban



9.2. ábra. A látogatások számának változása heti bontásban



9.1. táblázat. A legnépszerűbb aloldalak

Oldal megnevezése	Látogatások száma	Oldal-megtekintés	Látogatásonkénti átlagos oldalszám	Vissza-fordulók aránya (Százalék)	Az oldalon töltött átlagos idő	Új látogatók látogatásai (Százalék)
Fogalomtár	48 818	112 835	2,31	68,9	0:01:41	83,96
MOB	29 634	340 864	11,5	30,38	0:06:09	65,62
HealthOnLine	29 362	80 964	2,76	70,71	0:02:34	69,66
Adatok	21 923	47 834	2,18	52,9	0:01:52	53,96
Könyvtár	15 232	34 103	2,24	63,29	0:02:07	52,72

9.2. táblázat. A fogalomtár legnézettebb tartalmai

Tartalom	Oldal-megtekintés
fogalomtar.eski.hu/index.php/Korfa	3 931
fogalomtar.eski.hu/index.php/Finanszírozási_fogalmak	3 638
fogalomtar.eski.hu/index.php/Általános_egészségügyi_fogalmak	2 933
fogalomtar.eski.hu/index.php/Az_ellátórendszerrel_kapcsolatos_fogalmak	1 672
fogalomtar.eski.hu/index.php/Az_egészségügyi_ellátásokkal_kapcsolatos_fogalmak	1 587

Legnépszerűbb oldalak vizsgálata

A látogatások számai alapján a leglátogatottabb, általunk figyelt aloldalakat az 9.1. táblázat foglalja össze, melyeknek a fontosabb adatai is fellelhetők a táblázatban.

A leglátogatottabb aloldalunk a Fogalomtár. A legnépszerűbb oldalak közül itt a legnagyobb az aránya az új látogatóknak (83,96 százalék). A második leglátogatottabb aloldal a Magyar Orvosi Bibliográfia, ahol magas a látogatásonkénti megtekintett oldalszám, és az oldalon töltött átlagos idő (több mint hat perc). Ezzel nagyjából megegyező látogatottság jellemzi a HealthOnLine-t, amit az Adatok, és Könyvtár aloldalak követnek.

De hogy mi is érdekli ezeken az aloldalakon belül a látogatóinkat? Kiderül az alábbi összefoglalókból.

A **Fogalomtár** esetében legtöbbször a *Korfa* iránt érdeklődtek, amit a *finanszírozási fogalmak*, az *általános egészségügyi fogalmak*, az *ellátórendszerrel kapcsolatos fogalmak*, valamint az *egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos fogalmak* követnek. A 9.2. táblázatból kiderül, hogy ezeket a tartalmakat hányszor tekintették meg.

A **HealthOnLine** aloldalon a leggyakrabban olvasott témakör az *Ország információk*, melyet az *Egészségügyi statisztika*, az *EU egészségügy*, az *Egészségügyi rendszerek működése*, a *Népegészségügy*, az *Egészségpolitika* témakörök követnek.

Az **Adatok** aloldal leglátogatottabb aleggységei a *Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól*, a *Beruházás-statisztikai adatgyűjtés*, az *OSAP 1626 jelentése*, a *Nemzetközi adatszolgáltatások*.

A **Könyvtár** aloldalon legkeresettebb a könyvtárban fellelhető dokumentumokra, folyóiratokra való keresés, annak megjelenítése, így a legolvasottabb tartalom a *könyvtárba járó kurrens folyóiratok listája*, az *elérhető adatbázisok listája*, az *elektronikus dokumentumok elérhetősége* és a *magyar folyóiratok linkgyűjteménye*. Szintén nagy látogatottsága van a *WHO külön-gyűjteménynek*, a *Kábítószerügyi külön-gyűjteménynek* és az *Európai Unió külön-gyűjteménynek*.

Új és régi látogatók aránya

Az új és a visszatérő látogatók által tett látogatások aránya nagyjából megegyezik. Az új látogatások alkalmával a legnépszerűbb tartalmakat 9.3. táblázat mutatja.

Az új látogatások alkalmával a látogatók legtöbbször az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet főoldalára jutnak el. Ezt követi a Magyar Orvosi Bibliográfia oldalának egyszerű keresés felülete. Közel azonos a népszerűsége az Egészségpolitikai Fogalomtár kezdőlapjának, az Internetes Magyar Egészségügyi Adattár főoldalának és az Egészségpolitikai Fogalomtár korfa tartalmának.

Országokénti látogatottság

A weboldalunkat legtöbbször Magyarországról (95 százalék) látogatták meg. Érkeztek látogatók még Romániából, az Egyesült Királyságból, Németországból, Szlovákiából, az Egyesült Államokból és még számos egyéb országból. Arányuk egy százalék alatti.

Látogatottság mobil eszközök segítségével

Nem csak számítógépen keresztül keresték fel oldalainkat a látogatók, hanem mobil eszközeik segítségével. Bár még látogatási számuk csekély (328), a mobil technika rohamos fejlődése a jövőben nagyobb látogatottságra enged következtetni.

9.3. táblázat. A leglátogatottabb tartalmak az új látogatások körében

Tartalom	Oldal címe	Új látogatások száma
www.eski.hu/	Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet - főoldal	21 755
hawk.eski.hu/j2ee/webbib/simplesearch.jsp	Magyar Orvosi Bibliográfia - egyszerű keresés	6 374
fogalomtar.eski.hu/index.php/Kezdolap	Egészségpolitikai fogalomtár - kezdőlap	2 998
hawk.eski.hu/IMEA/IMEAToolbar.jsp?site=mainPage	Internetes Magyar Egészségügyi Adattár - főoldal	2 803
fogalomtar.eski.hu/index.php/Korfa	Egészségpolitikai fogalomtár - Korfa	2 654
www.eski.hu/new3/lakossagi/lakossagi.php	Lakossági tájékoztatás - Lapszemle	1 732
hawk.eski.hu/Tea/MainPage/TEA_Index.jsp?task=Greeting	Tételes Egészségügyi Adatok	1 609
www.eski.hu/new3/JESZ_palyazat/index.php	JESZ pályázat 2010. II.	1 556
www.eski.hu/new3/adatok/adatok.php	Egészségügyi információk, adatok	1 540
www.eski.hu/new3/adatok/adatok_tablazarok.php	Táblázatok a magyar egészségügy alapvető adatairól	1 242

9.4. táblázat. Keresett szavak, kifejezések

Kulcsszavak	Látogatások
eski	6 557
eski.hu	2 315
oecd health at a glance 2009	1 493
magyar orvosi bibliográfia	1 367
korfa	1 354
beavatkozással nem járó vizsgálat engedélye	1 332
jesz	986
fogalomtár	947
egészségügyi stratégiai kutatóintézet	938
pármai deklaráció 2010	881

9.5. táblázat. A hivatkozó oldalak megnevezése, az onnan jövő látogatások száma

Hivatkozó hely címe	Hivatkozó hely neve	Látogatás száma
startlap.hu	Startlap	5 060
drinfo.eum.hu	Dr. Info	2 934
eum.hu	Egészségügyi Minisztérium	2 829
kenezylib.unideb.hu	Debreceni Egyetem Kenézy Élettudományi Könyvtára	1 931
wellness.itthon.hu	Wellness Itthon	797
se-etk.hu	Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar	727
weborvos.hu	Weborvos	613
szrt.hu	Szerencsejáték Zrt.	612
aok.pte.hu	Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar	422

Az oldalunkra jutás módjai

Az oldalunkra jutás – a közvetlen elérés mellett – a különböző keresőkbe történő kulcsszavak beírásával is történhet. A leggyakrabban keresett kulcsszavakat a 9.4. táblázat mutatja.

Az oldalra jutás történhet úgy is, hogy egy hivatkozó oldalon levő linkre kattintva jut el a látogató az oldalunkra. Ez lehet szöveg vagy kép is, ami a mi weboldalunkra mutat. A legtöbb látogatót hozó hivatkozó oldalak az 9.5. táblázatban láthatóak.

A Startlap oldaláról érkeztek a legtöbben hozzánk a 2010-ben, amit a Dr. Info, Lakossági egészségügyi információs portál követ, majd az Egészségügyi Minisztérium oldala következik. Viszonylag nagy számban látogattak el oldalunkra a Debreceni Egyetem Kenézy Élettudományi Könyvtárának weboldaláról.

9.6. táblázat. A legnépszerűbb aloldalak az intézet dolgozói által tett látogatások nélkül

Oldal megnevezése	Látogatások száma	Oldal-megtekintés	Látogatásonkénti átlagos oldalszám	Vissza-fordulók aránya (Százalék)	Az oldalon töltött átlagos idő	Új látogatók látogatásai (Százalék)
Fogalomtár	48 233	111 418	2,31	68,93	00:01:42	84,64
MOB	29 211	335 050	11,47	30,50	00:06:09	66,23
HealthOnLine	28 226	75 363	2,67	72,29	00:02:30	72,43
Adatok	21 227	45 850	2,16	53,61	00:01:49	55,52
Könyvtár	13 738	28 987	2,11	66,37	00:01:57	58,00

Adatok az intézet dolgozói által tett látogatások nélkül

Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet weboldalát a dolgozók is használják, valamint rendszeresen töltik fel azt új adattartalommal. Ha ezeket a látogatásokat kiszűrjük, akkor a weboldalunkra történő látogatások száma 212 621 (az összes látogatás 86 százaléka), ami alatt a látogatók 912 076 oldalt néztek meg, ami látogatásonként több mint 4 oldalt jelent. A „dolgozói” látogatók száma a „külső” látogatók számához képest csekély, így a legnépszerűbb oldalak sorrendje sem változott. Ezen oldalak új adatai láthatóak a 9.6. táblázatban.

A. melléklet: Az év fontosabb eseményei időrendben

Borbás Ilona, Lakó Erika, Mihalicza Péter, Varga Eszter

Január

- 2010. január elsején lépett hatályba a Magyar Köztársaság 2010. évi költségvetéséről szóló törvény. Az Egészségbiztosítási Alap 2010. évi költségvetését az Országgyűlés 1 376 095,0 millió forint bevételi főösszeggel, 1 445 503,3 millió forint kiadási főösszeggel és 69 408,3 millió forint hiánnyal állapította meg. [2009. évi CXXX. törvény]
- 2010. január elsejétől a munkáltatói egészségbiztosítási járulék egységesen két százalékra csökkent, az egészségügyi szolgáltatási járulék havi 4500 forintról 4950 forintra nőtt, a nem biztosított jogosultak után a költségvetés által fizetett havi megtérítés 4500 forintról 9300 forintra nőtt, megszűnt a tételes egészségügyi hozzájárulás és a százalékos mértékű egészségügyi hozzájárulás 11 százalékról 27 százalékra emelkedett, valamint változtak a minimális járulékalapra vonatkozó rendelkezések. [2009. évi LXXVII. törvény; 2009. évi CIX. törvény]
- 2010. január elsejétől az aktív fekvőbeteg szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatók kötelesek az OEP által biztosított program felhasználásával elektronikus úton jelenteni az OEP számára a rendelkezésre álló finanszírozott ágyak státuszát (foglalt, előfoglalt, szabad). [291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelet]
- 2010. január elsejétől módosul az aktív fekvőbeteg-szakellátásra, illetve a járóbeteg-szakellátásra lekötött kapacitás járóbeteg-szakellátás keretében végezhető egynapos ellátásra történő átcsoportosításának szabályozása, a módosító rendelet hatályba lépésétől kezdve az átcsoportosításra kerülő kapacitásra

jutó TVK-val csökkenteni kell a szolgáltató aktív fekvőbeteg-szakellátási, illetve járóbeteg-szakellátási TVK-ját. [291/2009. (XII. 18.) Korm. rendelet]

- 2010. január 1-jét követően hatályba lép a gyógyszerek nemzetközi referencia-árazásának törvényi szintű keretszabályozása, valamint az a rendelkezés, mely szerint az OEP folyamatosan vizsgálja a támogatott gyógyszerek körét, a felülvizsgálat során hivatalból eljárást indít, ha a támogatott készítmény költséghatékonyságával kapcsolatban kétség merül fel, és ha a befogadott készítmény az E. Alap költségvetését az alkalmazásával elérhető egészségnyereséghez képest aránytalanul nagy mértékben terheli. [2009. évi CLIV. törvény]
- 2010. január 1-től módosul egyes ATC csoportokban a gyógyszerrendelés értékelésének alapjául szolgáló hatóanyagok listája, valamint az egyes terápiás területek célértékei. [43/2009. (XII. 11.) EüM rendelet]
- A 2010. január 1-i teljesítésektől változott a HBCs 5.0. besoroló táblája. [1/2010. (I. 22.) EüM tájékoztató]
- 2010. január 1-jétől az OEP minden vele szerződéses kapcsolatban álló gyógyszer-tár, gyógyászati segédeszköz-forgalmazó, valamint gyógyfürdő számára lehetővé teszi az elszámolások elektronikus úton történő beküldésének lehetőségét.
- A 2009. december 31-ét követően krónikus fekvőbeteg osztályra felvett betegek ellátásának finanszírozása degresszíven történt. [291/2009 (XII.18.) Korm. rendelet]
- Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) és a Magyar Államkincstár (MÁK) január 4-én átutalta a fekvő- és járóbeteg-ellátó egészségügyi szolgáltatóknak a 6 milliárd forint többletforrást.

Február

- A Vas Megyei Markusovszky Kórház dolgozói pert nyertek a munkáltatójukkal szemben. A kórháznak 15 napon belül összesen 16,5 millió forintot kell kifizetnie elmaradt ügyeleti díjak címén.
- 2010. február 25-én hatályba lépett a 3/2010. (I. 26.) EüM rendelet az ápolói tevékenység kompetenciáiról. A rendelet azon ápolók képesítés alapján

elvégezhető tevékenységeit határozza meg, akik – ráépített szakképesítés nélkül – 5.4 szintű, vagy annak megfelelő ápolói szakképesítéssel rendelkeznek.

- 2010. február 26-án az Egészségügyi Minisztérium új valamint módosított szakmai irányelveket és szakmai protokollokat adott ki az alábbi témákban:
 - Dietetikai teendők a kardiovaszkuláris szekunder prevencióban,
 - Antiretrovirális kezelés és az opportunista betegségek primer és szekunder profilaxisa,
 - Családon belüli betegséghalmozódás,
 - Down-kór prenatális szűrése és diagnosztikája,
 - Krónikus granulomatózis,
 - Közönséges variábilis immundeficiencia (CVID),
 - Hyper IgM szindróma,
 - IgA hiány,
 - Szisztémás lupus erythematosus diagnosztikája,
 - Thromboemboliák kockázatának csökkentése és kezelése,
 - Nem komplikált húgyúti fertőzések diagnosztikája és kezelése,
 - Urológiai beavatkozások során alkalmazott perioperatív antibakteriális profilaxis,
 - Prostatitis és krónikus kismencedei fájdalom szindróma diagnosztikája és kezelése,
 - Szexuális úton terjesztett betegségek,
 - Uroszepszis.
- 2010. február 24-i hatállyal módosult a várólista alapján nyújtható ellátásokra vonatkozó szabályozás, illetve a várólista-sorrend kialakításának és az eltérés lehetőségének egészségügyi feltételei. Kiegészül a rendelet a személyi hatálya tekintetében a befogadási listára való felvételre jogosultakkal, valamint azzal, hogy a szolgáltatók a várólistára való felkerülés időpontját legalább naptári nap pontossággal kötelesek megadni. Emellett pontosabban fogalmaz a jogszabály az intézményi várólistáról való törlés szabályozása tekintetében. [19/2010. (II. 9.) Korm. rendelet; 4/2010. (II.9.) EüM rendelet]

- 2010. február 28-án hatályba lép az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács szervezetét és működését meghatározó jogszabály. [5/2010. (II. 16.) EüM rendelet]
- Február végéig kevesebb beteget fogadott megyén kívülről a szombathelyi Markusovszky Kórház. A korlátozó intézkedést december elején hozták a finanszírozási nehézségek enyhítésére. Úgy tervezték, hogy a döntés január végéig marad érvényben, de február végéig meghosszabbították.

Március

- A JESZ II. pályázat 50 millió forintos pályázati keretösszegét 5 millió forinttal megemelték. A pályázat eredményeként 172 defibrillátor (ebből 121 pályázati támogatásból, 51 önerőből) került az ország különböző pontjára, és további 4 180 személy tanulta meg a laikus életmentés alapjait. A két pályázatnak köszönhetően (JESZ I. – JESZ II.) 2010 tavaszán 261 életmentő pont és a több mint 15 000 kiképzett személy volt az országban.
- 2010. március 25-én az Egészségügyi Minisztérium új, valamint módosított szakmai irányelveket és szakmai protokollokat adott ki az alábbi témákban:
 - Ópiát használattal kapcsolatos problémák és betegségek kezelése,
 - Terminális állapotú daganatos felnőtt és gyermek betegek hospice és palliatív ellátása,
 - Ischaemiás szívbetegség dietoterápiája,
 - Krónikus szívelégtelenség dietoterápiája,
 - Metabolikus szindróma dietoterápiája,
 - Kardiovaszkuláris rehabilitáció dietetikája,
 - Rhinitis diagnosztikája és kezelése,
 - Cerebrovasculáris betegségek ellátása,
 - Felnőttkori obezitás jelentősége a rehabilitációban,
 - Lábszártörés kezelése,
 - Légúti égés kezelése,
 - Égési sérültek ellátása,

- Elektromos égések kezelése,
 - Szeptikus folyamatok kezelése a végtagsebészetben.
- Az iskola-egészségügyi szolgálat az ÁNTSZ adatszolgáltatása alapján oltásonként 200 forintra jogosult az új influenzavírus elleni védőoltással történő immunizálásért, melyet az Országos Egészségbiztosítási Pénztár utal. Az új intézkedést a 2009. október 14-ét követő immunizálásokra kell alkalmazni, az ÁNTSZ az adatszolgáltatást első alkalommal 2010. április 28-áig teljesíti. [10/2010. (III. 19.) EüM rendelet]
- 2010. március 26-i hatállyal módosult az ápolói tevékenység kompetenciáiról szóló rendelet, melynek során pontosították az ápolói kompetenciába tartozó tevékenységeket. [6/2010. (II. 24.) EüM rendelet]

Április

- 2010. április elsejétől módosultak a gyógyszerrendelés értékelésének alapjául szolgáló terápiás területek célértékei az A02 ATC csoportban. [7/2010. (III. 2.) EüM rendelet]
- Elindult a 611 millió forintos keretből finanszírozott kórházi közmunkaprogram, amellyel 300-320 regisztrált munkanélküli és rendszeres szociális segélyben részesülő ember jutott munkalehetőséghez.
- Az egészségügyi miniszter az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvény végrehajtási kormányrendelete [2006. évi CXXXII. tv. végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) korm. rend.] alapján a többletkapacitások befo-gadásának alapjául szolgáló szakmai prioritásokat az alábbiak szerint határozta meg:
1. "Közös kincsünk a gyermek" - Nemzeti Csecsemő-és Gyermekegészségügyi Program: az újszülött ellátás fejlesztésére, Intenzív Neonatológiai Osztályok (PIC II.) kapacitásainak bővítése,
 2. Nemzeti Rákellenes Program: a mobil emlőszűrő és a gasztroenterológiai centrumokban működő colorectalis szűrő egységek kapacitásának bővítése,
 3. A Szív- és Érrendszeri Betegségek Megelőzésének és Gyógyításának Nemzeti Programja: a stroke központok esetében a minőségi stroke ellátás

teljes spektrumának fejlesztése, valamint a II. és III. szintű rehabilitáció kapacitásainak megteremtése,

4. Lelki Egészség Országos Program: a gyerek pszichiátriai rehabilitációs kapacitások bővítése, és a 14-18 éves kor közöttiek drogkezelésének kapacitásbővítése,
 5. Az intézményi kör bővítése azon ellátások esetében, amelyekre vonatkozóan adott szolgáltató az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló rendeletnek 2010. július elsejétől megfelel, de az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló rendeletben a vonatkozó eljárásoknál nem került nevesítésre.
- 2010. április 21-én lép hatályba az orvostechikai eszközökkel kapcsolatos megfelelőségértékelő szervezetek tevékenységét szabályozó egészségügyi miniszteri rendelet. [18/2010. (IV. 20.) EüM rendelet]

Május

- 2010. május 1-jétől megszűnik a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök árához kérhető méltányossági alapú támogatás az olyan készítményekre, amelyek:
- a gyártója a méltányossági kérelem benyújtását megelőző 5 évben kérelmezte a gyógyszer társadalombiztosítási támogatását, azonban az OEP nem fogadta be a gyógyszert (kivéve, ha az elutasítás oka a költségvetési fedezet hiánya volt), vagy
 - amely esetén a kérelem benyújtását megelőző tizenkét hónapban az azonos hatóanyag-tartalmú készítményekkel, azonos funkcionális csoportba tartozó gyógyászati segédeszközökkel méltányosság alapján kezelt betegek száma elérte az 50 főt. [2009. évi CLIV. törvény]
- 2010. május elsején a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendeletet felváltja a *szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló 883/2004/EGK rendelet*. Ennek kapcsán módosul néhány hazai egészségügyi jogszabályunk, melyek eddig az 1408-as rendeletre hivatkoztak, 2010. május elsejétől a 883-asra hivatkoznak.

A. melléklet: Az év fontosabb eseményei időrendben

- 2010. május 7-én az Egészségügyi Minisztérium új és módosított szakmai irányelveket és szakmai protokollokat adott ki az alábbi témakörökben:
 - A házi gyermekorvos kompetencia listájáról,
 - A felnőttkori vesedaganatok egységes patológiai feldolgozásáról és értékeléséről,
 - Az emlőrák patológiai diagnosztikájáról,
 - Az uvea betegségeiről,
 - Az időskori makula degeneráció kezeléséről.
- 2010. május 15-én hatályba lépett a *16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakmai képzés részletes szabályairól.*
- A 2010. május 15-én hatályba lépett rendelkezések szerint az OEP hivatalból folyamatosan felülvizsgálja a támogatott gyógyászati segédeszközök körét. Ennek során az OEP-nek felül kell vizsgálnia azt a gyógyászati segédeszközt, amely az E. Alap költségvetését az alkalmazásával elérhető egészségnyereséghez képest aránytalanul nagy mértékben terheli. Ezen felül bevezeti a nemzetközi referencia-árazást a gyógyászati segédeszközöknél. *[34/2010. (V.14.) EüM rendelet]*
- 2010. május 20-án hatályba lépett a 2006. XCVIII. törvény 23. § (7) bekezdését kifejtő részletszabályozás. E szerint a törvényben nevesített felülvizsgálati eljárás megindítása kötelező (a kötelezettségnek az OEP első ízben 2010. december 31-éig tesz eleget):
 - azon nem generikus készítmények esetében, amelyek költséghatékonysági vizsgálatára nem került sor, és nem tartoznak fix csoportba,
 - azon készítmények esetében, amelyeknél a befogadási kérelemmel egyidejűleg benyújtott, a költséghatékonyságot megalapozó adatok helytállósága tekintetében később kétség merül fel, vagy a befogadáskori feltételek már nem állnak fenn. *[36/2010. (V.14.) EüM rendelet]*
- 2010. május 25-én az Egészségügyi Minisztérium közleménye tartalmazza az új, illetve módosított szakmai irányelveket és szakmai protokollokat az alábbi területeken:
 - Sclerosis multiplex kezelése,

- Epilepsziás rohamok és az epilepszia felismerése, kezelése és a betegek gondozása,
 - Elsődleges fejfájások klasszifikációja, a migrén epidemiológiája, a fejfájásban szenvedő betegek kivizsgálási stratégiája és az elsődleges fejfájások kezelése (és a fejfájás centrumok kritériumai),
 - A meddőség ellátása, asszisztált reprodukció, in vitro fertilizáció,
 - A meddőség kivizsgálása és a kezelés általános lehetőségei,
 - Urotraumatológia,
 - Vizelet-inkontinencia,
 - Benignus prostata hyperplasia (BPH),
 - Nem komplikált húgyúti fertőzések,
 - Urológiai beavatkozások során alkalmazott perioperatív antibakteriális profilaxis,
 - Prostatitis és kronikus kismedencei fájdalom szindróma diagnosztikája és kezelése,
 - Uroszepzis,
 - Vesedaganat sebészeti kezelése,
 - Penis laphámrák,
 - Izominvazív és áttétes hólyagrák sebészi kezelése,
 - Prosztatárak diagnosztikája, sebészi és hormonkezelése,
 - Non-invazív hólyagdaganat kezelése,
 - Neurogén eredetű hólyagműködési zavarok,
 - Idősödő férfi betegségei,
 - Kőbetegség kezelése.
- Május 29-én megalakult az Orbán kormány. Az egészségügy a Dr. Réthelyi Miklós vezette Nemzeti Erőforrás Minisztérium felügyelete alá került. Az egészségügyért felelős államtitkár Dr. Szócska Miklós lett.

Június

- 2010. június 1-i teljesítésektől változik a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyv. [1/2010. (VI. 24.) NEFMI tájékoztató]
- 2010. június 1-i illetve július 1-i teljesítésektől módosult a HBCs 5.0. besoroló táblája. [2/2010. (VI. 24.) NEFMI tájékoztató]
- Ismét kötelező a tüdőszűrés Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, miután megnőtt a tbc-megbetegedések száma. Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) szerint tavaly 80 százalékkal több fertőzést regisztráltak a térségben.

Július

- 2010. július 1-én lépett hatályba a 31/2010. (V. 13.) EüM rendelet a finanszírozási eljárásrendekről, amely 18 betegségcsoport finanszírozási eljárásrendjét tartalmazza.
- A 2010. július 1-i teljesítésektől módosult a HBCs 5.0. besoroló táblája. [3/2010. (VII. 16.) NEFMI tájékoztató]
- 2010. július elsején lép hatályba az egészségügyi technológiák egészségbiztosítási finanszírozásba történő befogadásának alapelveiről, feltételrendszeréről és részletes szabályairól, valamint a már befogadott technológiák körének felülvizsgálatáról és módosításáról szóló 180/2010. (V.13.) Korm. rendelet.
- 2010. július 1-jén jogszabályba kerül a háziorvosi indikátorrendszer finanszírozási ösztönzési lába. [166/2010. (V. 11) Korm. rendelet]
- Július 8-án hatályba lépett a 15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet a szakképzésről szóló törvény alapján alap-, közép-, emeltszintű, valamint felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel, egészségügyi főiskolai végzettséggel vagy felsőoktatási intézményben, orvos- és egészségtudományi képzési terület alapképzési szakán szerzett szakképzettséggel rendelkezők egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről, amely egy új egészségügyi ágazati képzési formát vezet be az egészségügyi szakdolgozók részére, az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzést, azaz az ún. licenszképzést.

- A Védőnői Méhnyakrákszűrő Mintaprogram tavaly indult az Egészségügyi Minisztérium támogatásával és az ÁNTSZ közreműködésével. Az idei, második turnusra az ország 19 megyéjéből 130-an jelentkeztek, így végül további 125, elsősorban vidéki településeken dolgozó védőnő részesült továbbképzésben.
- 2010. július 30-ától hatályát veszítette az a szabályozás, amely a rezidenseket és központi gyakornokokat – visszafizetés terhe mellett - arra kötelezte, hogy a szakképzése képzési költségéhez nyújtott állami támogatás ellentételezéseként a szakképzési időszak alatt, valamint a szakképesítés megszerzése után legalább további 4 évig a munkáltatónál, illetve a Magyar Köztársaság területén, államilag finanszírozott egészségügyi szolgáltatónál a szakképesítésének megfelelő, egészségügyi tevékenység végzésére irányuló jogviszonyban álljanak. *[217/2010. (VII. 22.) Korm. rendelet]*

Augusztus

- 2010. augusztus 17-ei hatállyal módosítottak egyes szociális és egészségügyi témájú törvényeket, rendeleteket. Az egészségbiztosítási felügyelet megszüntetésével kapcsolatban, valamint eljárási kérdésekben módosult a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati-segédesszköz ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény, az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény. *[2010. évi LXXXIX. törvény, 4/2010. (VIII. 12.) NEFMI rendelet]* E jogszabályban a Parlament 2011. január 1. napjáig felfüggesztette a közforgalmú gyógyszertárak létesítését olyan településeken, ahol már működik közforgalmú gyógyszertár, továbbá megtiltotta a gyógyszertári vállalkozások további fúziójának engedélyezését. Ezt aztán a decemberi CLXXIII. Tv 69.§-a a későbbi időszakra tovább finomította.
- A jövőben bárki benyújthatja az Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz elektronikus úton azokat az űrlapokat, amelyek szükségesek a pénzbeli - baleseti táppénz, gyermekápolási díj, tehességi-, gyermekágyi segély, valamint a gyermekgondozási díj - ellátások postázáshoz. Ehhez előbb regisztrálni kell a regionális egészségpénztárnál, de utána már bármikor igénybe vehető a szolgáltatás.

Szeptember

- 2010. szeptember 10-ei hatállyal az egészségügyért felelős miniszter a hatáskörébe tartozó szakképesítés, rész-szakképesítés, szakképesítés-elágazás és szakképesítés- ráépülés megszerzését biztosító iskolarendszeren kívüli szakmai képzést lezáró szakmai vizsga szervezésére az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetet jelölik ki. [6/2010. (IX. 2.) NEFMI rendelet]
- Elérhető a www.deregulacio.hu honlap, amelyen keresztül az egészségügyi dolgozók jelezhetik az elavult, értelmetlen és ésszerűtlen jogszabályokat.
- Az Országgyűlés az Egészségbiztosítási Felügyeletet részleges jogutódlással 2010. szeptember 26-ával megszüntette.
- Az egészségügyért felelős miniszter 2010. szeptember 27-én új, illetve módosított szakmai irányelveket és szakmai protokollokat fogadott el, az alábbi szakterületeken:
 - Zsíryanycsere-zavarok (dyslipidaemiákról),
 - Allergiás betegségek kezelése allergén specifikus immunterápiával,
 - Allergológiai krízis állapotok; az anafilaxia, rovarméreg allergia és hereditær angioneuroticus oedema diagnosztikája és kezelése,
 - Cerebrovaszkuláris betegségek ellátása,
 - Időskori makula degeneráció kezeléséről.

Október

- Vegyi katasztrófa történt Magyarországon 2010. október 4-én. Összesen 700 000 m³ mennyiségben, három lakott települést árasztott el az ajkai tározóból kiömlő „vörösizap”, ami az ott élők egészségi állapotát nagyban befolyásolja.
- 2010. október 15-én lépett hatályba az integrált kormányhivatalokat létrehozó 1191/2010. (IX. 14.) Korm. határozat a területi államigazgatási szervezetrendszer átalakítását megalapozó intézkedésekről. A területi államigazgatási szervezeti integrációja megvalósításának időpontja: 2011. január 1. Az egészségügyben az intézkedés a Regionális Egészségbiztosítási Pénztárakat, valamint az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Regionális Intézeteit érinti.

- Október 21-től bárki kérheti, és ingyen megkaphatja háziorvosától a H1N1 elleni Fluval P vakcinát. A szükséges oltóanyagot az ÁNTSZ-től rendelhetik meg az orvosok.

November

- Bemutatták az egészségügyi ellátás jövőjét meghatározó Semmelweis-terv vitairatát.
- Visszafizeti a vakcinagyártó Omninvest a Gyurcsány-kormánytól kapott 2 milliárd forintot.
- 2010. november 16-án a Nemzeti Erőforrás Minisztérium közleményében jelentette meg a Gyógyszerellátási Gyógyszerészeti Szakmai Kollégium által készített, a metabolikus szindróma gyógyszerészi gondozás szakmai protokollját.
- Megújult az Integrált Egészségügyi Infrastruktúra Adatbázis (IEIA) az EMKI-ben. A „TÁMOP 6.2.6 - Megvalósíthatósági tervek minőségbiztosítása a tervezett jelentős beruházásoknál” projekt alapján sikeresen elkészült, és tesztelés után már élesben alkalmazzák az orvostechikai eszközök, gépek, műszerek, épületek és energetikai berendezések korszerű online adatbázisát, amely folyamatosan frissül, töltődik a szolgáltatók adataival.
- 2010. november 26-án megjelent a Nemzeti Erőforrás Minisztérium “HIV/AIDS megelőzése a civil szervezetekkel” című pályázati felhívása 15 millió forintos keretösszeggel.

December

- Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága megújítja egészségügyi szakmai kollégiumokat.
- Az egészségügyért felelős miniszter 2010. december 29-én új, illetve módosított szakmai irányelveket és szakmai protokollokat adott ki az alábbi szakterületeken:
 - A diabetes mellitus dietoterápiája felnőttkorban,

- A foghiányos állapot kezelése,
 - A gyermekkori appendicitis kezelése,
 - A here leszállási zavar, illetve a nem tapintható here kezelése,
 - Az alkoholos állapot, valamint az alkoholos befolyásoltság orvosszakértői vizsgálata és véleményezése,
 - A Streptococcus pneumoniae fertőzés specifikus prevenciója gyermekkorban,
 - Az időskori makula degeneráció kezelése,
 - Pszichológiai feladatokról szüléshez társuló veszteségek során,
 - Védőnői szűrővizsgálatokról a várandós anya ellátásában,
 - Az egészséges csecsemő (0-12 hónap) táplálása,
 - A védőnői nyilvántartásba vétel,
 - A védőnői feladatok helyettesítéssel történő ellátása.
- 2010. december 25-ével hatályát veszti az ápolói tevékenység kompetenciáiról szóló 3/2010. (I. 26.) EüM rendelet, valamint a szakképzésről szóló törvény alapján alap-, közép-, emeltszintű, valamint felsőfokú egészségügyi szakképesítéssel, egészségügyi főiskolai végzettséggel vagy felsőoktatási intézményben, orvos- és egészségtudományi képzési terület alapképzési szakán szerzett szakképzettséggel rendelkezők egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzéséről szóló 15/2010. (IV. 9.) EüM rendelet. [17/2010. (XII. 20.) NEFMI rendelet]
- 2010. december 31-ei hatállyal módosul néhány egészségügyi tárgyú törvényünk. A jogszabályváltozás keretein belül a jelentősebb változások az alábbiak: Módosul a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény, változik az egészségügyi szolgáltató elszámolási nyilatkozat adási kötelezettsége, a módosítást követően ilyen tartalmú iratot csak a beteg kérésére kell adniuk. Kiegészül a jogszabály a kiegészítő térítési díj szabályozásával. Módosul a finanszírozott egészségügyi szolgáltatók megtérítési kötelezettségére vonatkozó szabályozás. Kiegészül a jogszabály a jogutód nélkül megszűnt egészségügyi szolgáltatók záró ellenőrzésének szabályozásával. Az egészségügyi törvényben (1997. évi CLIV. törvény) módosulnak az egészségügyi dolgozók alapnyilvántartására és működési nyilvántartására vonatkozó szabályok.

Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény fogalomgyarazataiban és eljárási kérdésekben módosul. A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvényben módosulnak a reklámtevékenységre vonatkozó szabályok, az új gyógyszertárak, közforgalmú- és fiókgyógyszertárak létesítésére, működésének engedélyezésére vonatkozó szabályok, valamint a gyógyszerészek személyi jogára vonatkozó rendelkezések. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény esetén módosulnak a kapacitásfelosztás módosítására, valamint a kapacitások tartós kihasználatlanságára vonatkozó szabályok. [2010. évi CLXXIII. törvény]

- 2010. december negyedikén lépett hatályba a gyógyító-megelőző ellátás jogcím-csoportból finanszírozott egészségügyi szolgáltatók korábbi évekből felhalmozott adósságának rendezésére fordítható konszolidációs támogatásról szóló kormányrendelet. A rendelet részletesen szabályozza a konszolidációs támogatás elnyerésének és folyósításának szabályait. [269/2010. (XII. 3.) Korm. rendelet]
- A Kormány a költségvetési törvény Egészségbiztosítási Alap fejezet 2. Egészségbiztosítási ellátások kiadásai cím, 3. Természetbeni ellátások alcím 1. Gyógyító-megelőző ellátás jogcím-csoport 18. Összevont szakellátás jogcím előirányzatát 2010. november 20-i hatállyal 6794,0 millió forinttal megemelte. [1255/2010. (XI.19.) Korm. határozat]
- A Kormány a költségvetési törvény Egészségbiztosítási Alap fejezet 2. Egészségbiztosítási ellátások kiadásai cím, 3. Természetbeni ellátások alcím 1. Gyógyító-megelőző ellátás jogcím-csoport 13. Célelőirányzatok jogcím előirányzatát 2010. december 4-i hatállyal 27 480,9 millió forinttal megemelte. [1267/2010. (XII.3.) Korm. határozat]
- 2010 év végén az előirányzat maradvány terhére kiegészítő finanszírozásban részesülnek egyes háziiorvosi szolgálatok és fogorvosi alapellátást nyújtó szolgálatok. [279/2010 (XII.15.) Korm. rendelet]
- 2011. január 1-i hatállyal módosultak a TVK megállapítás szabályai, a fogorvosi ellátás finanszírozásának egyes elemei, a krónikus ellátás degresszív finanszíro-

zásának részletei, valamint depressziós finanszírozást került bevezetésre a járó- és fekvőbeteg-szakellátásban. [365/2010 (XII. 30.) Korm. rendelet]

- 2011. január 1-i hatállyal módosulnak a megkérdőjelezhető költséghatékonyságú gyógyszerek felülvizsgálatának részletszabályai, a kombinációs készítmények ártámogatási szabályai, valamint egyéb részletszabályok. [30/2010 (XII.30.) NEFMI rendelet]

B. melléklet: Infrastruktúra fejlesztések

Borbás Ilona, Lakó Erika

Infrastruktúra fejlesztések ÚMFT forrásokból, Norvég Alapból és közfinanszírozásból

Alapellátás, járóbeteg szakellátás

Az Új Magyarország Fejlesztési Terv (ÚMFT) regionális operatív programjai keretében elbírált 2008-2009-es, egészségügyi szolgáltatások fejlesztésére, kistérségi járóbeteg szakellátó központok fejlesztésére, alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése szóló pályázatok, valamint TIOP aktív kórházi ellátásokat kiváltó járóbeteg szolgáltatások fejlesztésére, kistérségi járóbeteg-szakellátó központok kialakítására és fejlesztésére elnyert pályázatok alapján sok helyen megújul az alapellátás, járóbeteg szakellátás infrastruktúrája. A hírekben megjelent átadásokból az alábbi összeállítást készítettük:

- Az észak-alföldi régióban, Nyírkarászton egészségházat, Nyírkátán és Bátorligeten orvosi rendelőt adtak át. A beruházások az ÚMFT ÉAOP keretében (73-64-37 millió Ft), halmozottan hátrányos kistérségben lévő településeken történtek.
- Átadták Szilvásváradon a felújított és kibővített egészségházat. A fejlesztés meghaladta a 73 millió forintot. A kivitelezéshez 61 millió forint vissza nem térítendő támogatást nyert az ÚMFT ÉMOP pályázaton az önkormányzat.
- Bélapátfalván, alap és szakellátásokat nyújtó Egészségház, és mellette mentőállomás létesült pályázati támogatással. A beruházáshoz az ÚMFT ÉMOP pályázati keretében 120 millió forintot nyertek.

- Elkészült Egerbaktán az orvosi rendelő korszerűsítése és komplex akadálymentesítése. A fejlesztést ÚMFT ÉMOP pályázat keretében nyert, csaknem 19 millió Ft támogatta. A felújítás következtében közel száz négyzetméter alapterületűvé vált a betegellátás céljait szolgáló helyiség.
- Új helyen, a gyöngyösi Bugát Pál Kórház hotelépületének földszintjén fogadja a betegeket a gyöngyösi tüdőgondozó. A betegellátást új gépi, műszer- és informatikai rendszer segíti. A digitális gépekkel dolgozó tüdőgondozó modernizálása 20 millió forintba került.
- Átadták a felújított, akadálymentesített egészségügyi központot Füzesgyarmaton. Az ÚMFT DAOP keretében elnyert 39 millió forint vissza nem térítendő támogatás felhasználásával újult meg az egészségügyi központ. Ehhez a város 2 millió forint saját erőt társított.
- 45 millió forintból újult meg a csorvási egészségügyi centrum. Belső átalakítással tágasabb lett a tér, megoldották a fűtéskorszerűsítést. A 40 millió forintos ÚMFT DAOP támogatáshoz 5 millió forintot kellett önerőként a beruházáshoz tennie Csorvásnak.
- Befejeződött a kondorosi háziiorvosi rendelő felújítása. Az épület korszerűsítésére 36 millió 624 ezer forintot fordítottak. 33 millió forintot ÚMFT DAOP pályázaton nyertek, a többi saját erő.
- Több mint félmilliárd forintból új járóbeteg szakellátó központ épült Mórahalmon. A már meglévő egészségügyi intézményhez építettek egy új szárnyat, ahol többek között a belgyógyászat, a sebészet és a gyermekgyógyászat kapott helyet. Az új épületrészben új szakrendelések is várják a betegeket. A reumatológus, ortopéd, urológus és fül-orr-gégész szakorvosok pedig szorosan együttműködnek a háziorvosokkal. A beruházás 531 millió forint volt, melyből 471 millió forintot az ÚMFT DAOP biztosított. (A betegellátás 2011 tavaszán kezdődik)
- 1,3 milliárd forintos uniós támogatásból (ÚMFT KMOP) újították meg az Érdi Szakorvosi Rendelőintézetet. A beruházás összértéke több mint 1,4 milliárd forint. A beruházásnak köszönhetően új épületszárnyat építettek, és fejlesztették a rendelő eszközparkját is.
- Átadták a városi rendelőintézetet Nyergesújfalun. A felújítás, bővítés első körben tervezett 462 millió forintos költségéből a város egy, az ÚMFT KDOP

keretében meghirdetett pályázaton 400 milliós támogatást nyert el. A részben bontott, felújított, bővített épület alapterülete a korábbi 816 négyzetméter helyett 1474 négyzetméter lett.

- Átadták Szécsényben az uniós támogatással (ÚMFT TIOP) épült új egészségházat. A járóbeteg szakellátó szolgálat épületére és felszerelésére közel egymilliárd forintot nyertek.
- Befejeződött a Bonyhádi Kórház és Rendelőintézet felújítása. Augusztus közepén már a felújított szakrendelőben fogadhatják a bonyhádi és a körzetéhez tartozó járóbetegeket. A felújítás ÚMFT TIOP pályázatból valósul meg, amelyen 778 millió forintot nyertek, ehhez a település önkormányzata 86 millió forintos önerőt biztosított.
- A TIOP-ból közel 800 millió forint támogatást nyert a siklói kórház aktív kórházi ellátást kiváltó járóbeteg szakellátás fejlesztésére. Az uniós pályázatból felújított egészségügyi intézményben egy helyre kerültek a szakrendelések. Új épületszárnyat is építettek, melyben korszerű röntgendiagnosztika és egynapos sebészeti beavatkozásra alkalmas új műtő kapott helyet.
- A móri kórház a TIOP keretén belül meghirdetett pályázaton 2008-ban nyert 690 millió forintból a járóbeteg szakrendelését, az egynapos sebészet kialakítását, orvostechnikai és informatikai eszközök fejlesztését valósította meg.

Fekvőbeteg szakellátás

- Megnyitotta kapuit a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának építészetileg felújított és szakmailag korszerűsített Andrológiai Centruma.
- A Semmelweis Egyetem Bőrgyógyászati Klinikája 2,7 millió eurós (kb. 800 millió forintos) támogatást kapott a Norvég Alapoktól. A támogatás segítségével a 130 éves Mária utcai épület több részlegét is felújították, kibővítették. Teljesen megújult és kibővült az általános bőrgyógyászati ambulancia, a két nagy fekvőbeteg osztály, és a Psoriasis Centrum.
- 484 millió forintos beruházással korszerű képalkotó diagnosztikai rendszert telepítettek a Honvéd Kórházba. A sok telephelyes megaintézmény bármely

röntgen-, CT-, illetve MR-állomásán készült felvételeit egy központi adatbankban tárolják, és onnan szükség esetén bármely kezelőorvos előhívhatja. A fejlesztéshez 300 millió forintot a KMOP-ból kaptak.

- Felújították a Hetényi Kórház gyermekosztályát. A munkálatokat a kórház finanszírozta több mint másfél millió forinttal, illetve szülői, dolgozói segítséget és civil szervezeti, alapítványi támogatást is kaptak.
- A Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ (MISEK Kft.) szülészeti és nőgyógyászati osztálya a rekonstrukciós munkák befejezése után (18 hónap) visszaköltözött a Diósgyőri Kórházból a Semmelweis Kórházba. A fenntartó önkormányzat pályázata címzett támogatással közel 1,1 milliárd Ft-ot nyert (több mint 400 millió Ft saját erő hozzáadásával). A régi épület teljes mértékű felújítása mellett egy új műtői, szülőszobai és újszülött részleg kialakításával 98 ágyon zajlik a fekvő- és járóbeteg ellátás, terhesgondozás, a szülészeti – nőgyógyászat épületében.
- Mintegy 2,2 milliárd forintos fejlesztéssel új diagnosztikai központ és három ezer adag étel előállítására alkalmas konyha és étterem épült a nyíregyházi Jósa András Oktató Kórházban. A fejlesztés része annak a 12,5 milliárd forintos beruházás sorozatnak, amelyhez TIOP- pályázaton 11,2 milliárd forint támogatást nyertek. A megvalósítás a gyógyintézet szülészeti és nőgyógyászati osztagjának, fül-orr-gége osztályának, szív- és érrendszeri centrumának új épületbe költözésével, valamint központi műtőjének, baleseti sebészeti és kórházi ellátás korszerűsítésével kezdődött, és egy tömbkórházi részleg építésével folytatódik a következő években.
- A Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház Nonprofit Kft. három osztálya költözött új helyre 2010 tavaszán. A három költöző osztály közül kettő (Addiktológiai Osztály és a Kállósemjénben található Gerontopszichiátriai Osztály) a nyíregyházi Sóstói úton található részleg egyik épülettömbjébe költözött. A szintén kállósemjéni telephelyű Rehabilitációs Osztály a nagykállói Bátor úti telephelyre az Addiktológiai Osztály helyére költözött.
- Pécs december közepén megtörtént a Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika felújított műtőinek átadása. Ezzel a PTE KK szülészeti-nőgyógyászati ellátása teljes egészében az Édesanyák útján működik. A Traumatológiai Klinika és az Ortopédiai Klinika egy egységben a Mozgásszervi Sebészeti Intézet keretében működik tovább, az Akác utcában. Az Ortopédiai Klinika költöztetésére

a Pécsi Tudományegyetem több mint 50 millió forintot költött. A TIOP projekt megvalósításához kapcsolódó további költségek a kivitelezési munkáktól függenek.

- Új kórházkápolnát és közösségi központot avattak az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet Lukács épületében.

Mentés

Átadták az felújított budaörsi légi mentőbázist, ahonnan ezentúl az ország légi mentését irányítják. A felújítást 235 millió forintból valósították meg a kormányzati, az önkormányzati és az üzleti szféra összefogásával.

Infrastruktúra fejlesztések magánberuházásból, PPP keretében

- Százéves születésnapjára százmillió forintot kapott a Semmelweis Egyetem I. számú Belklinikája az Amerikai Magyar Koalíciótól. Az adományból a klinika tetőszerkezetét, lépcsőházát és tantermét újították fel.
- 2010 júliusában megnyílt Budapesten a Dr. Rose Magánkórház. A 3 éve működő, járóbeteg ellátást végző Dr. Rose Medical Center bővítésének eredményeként komplex szolgáltatásokat, a bennfekvést igénylő beavatkozásokhoz kórtermi és műtéti háttérrel biztosít páciensei számára. A beruházás 600 millió forintba került.
- Új magán egészségház épült Gödöllőn. 2010 tavaszán adták át a gödöllői Boróka Egészségházat, amelynek a megvalósításához az építetők alapvetően az MFB Zrt. Új Magyarország Kisvállalkozói hitelét vették igénybe. Az egészségházban 30 orvos tíz asszisztens segítségével végzi a szakellátást.
- 2010 nyarán adták át a magánberuházásban készült új tolnai egészségházat. A patikát és orvosi rendelőket is magába foglaló épületbe az induláskor három háziiorvosi praxis (két felnőtt háziorvos és egy gyermekorvos) költözött. A létesítmény használati jogát hosszú távra az önkormányzat kapta meg.

- Átadták Kaposvár első egészségházát. A 470 négyzetméteres épületegyüttes százmillió forintból, vállalkozói tőkéből épült, s az önkormányzat 99 évig ingyen használhatja. A komplexumban egy fogorvosi, két felnőtt háziorvosi, egy gyermek háziorvosi, három védőnői körzet és egy gyógyszertár kapott helyet.
- Pécssett átadták a belvárosi irgalmasrendi kórház nagyrészt saját forrásból felújított szárnyát. A fejlesztés 2008-ban indult, amikor az intézmény még 17 ágygal rendelkezett. 2010-ben, az átadások után a rend már száztizenhét ágygal segíti a Baranya megyei betegellátást. A hospice osztály 23 ágygal, az ápolási osztály 30 ágygal, a krónikus belgyógyászati osztály pedig 64 ágygal rendelkezik. Az ágyak mindegyikét az OEP finanszírozza. Megnyílt a kórház belgyógyászati és képalkotó-diagnosztikai (röntgen, ultrahang) szakrendelése. Az ellátás beutalóköteles, de az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozza, így minden beutalóval érkező számára ingyenes.

C. melléklet: Ágazati akciótervek, programok és stratégiák - Semmelweis Terv (összefoglaló)

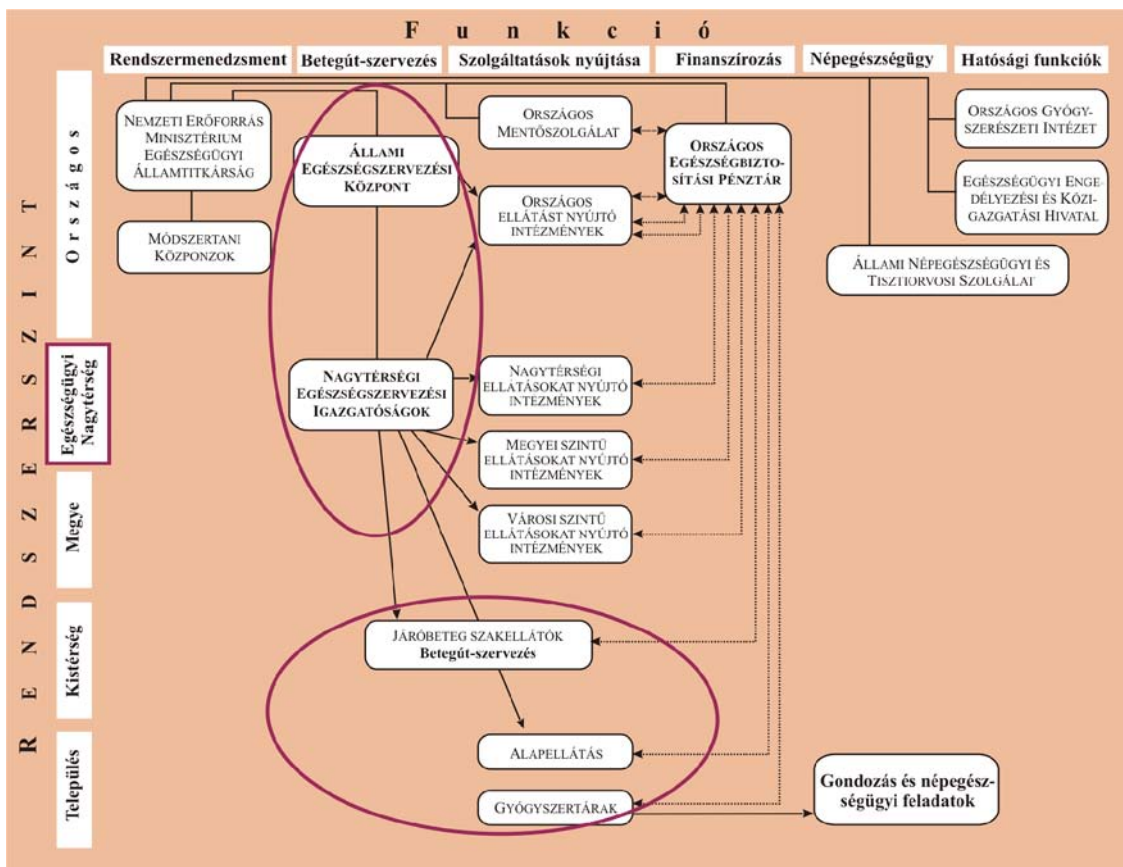
A Nemzeti Erőforrás Minisztérium (NEFMI) Egészségügyért Felelős Államtitkársága „Újraélesztett egészségügy, Gyógyuló Magyarország – Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére” címmel november elején mutatta be reformtervezetét, amelyet vitairat formájában bocsátott szakmai konzultációra. A konzultációt az egészségügyért felelős államtitkár országjárása kísérte.

A terv egy értékközpontú, célvezérelt, tudományos bizonyítékokon alapuló és megvalósítható stratégiát kíván megalapozni. Helyzetértékelésében a legfontosabb problémáknak a területi és szakmai egyenlőtlenségeket, a hatékonysági veszteségeket, a betegek kiszolgáltatottságát és hozzáférési deficitjeit tartja. Akut beavatkozást tart szükségesnek az elmúlt évek forráskivonásai negatív hatásainak (pl.: felhalmozódó adósság, torz ösztönzők) ellensúlyozására. A vitairat stratégiaileg is fontosnak tartja az egészségügyre fordított kiadások növekedését, ezért célul tűzte ki a felzárkózást az egészségügyi kiadások mértékében és szerkezetében a fejlett EU-tagországok átlagához. A források bővítésének lehetőségeiként a költségvetési kiadások arányának emelését, a jövedéki típusú adók becsatornázását, illetve népegészségügyi termékdíj bevezetését, a járulékalap szélesítését, valamint a járulékbajtási rendszer átalakítását javasolja.

Az akut finanszírozási szükségleten felül a rendszer strukturális problémáinak mélyebb okaiként az államszocialista rendszer örökségét (irracionális centralizáció, torz jövedelempolitika), a bizalomvesztést, a reformok konzerváló hatását, a bonyolult szabályozási rendszert, a túlzott adminisztratív terheket, illetve az átgondolatlan strukturális átalakításokat azonosítja.

Az egészségpolitikai program a fenntartható átrendeződés megteremtését célozza, az egységes társadalombiztosítási modell megtartásával. A vitairat által vázolt akcióterv megoldási javaslatai között a deregulációt, az egészségügyi intézmények pénz-

C.1.ábra. Vázlatos rendszermodell szintenkénti és funkcionális mátrixban



Forrás: Semmelweis Terv, 15. old

ügyi stabilizációját, valamint a munkaerő-elvándorlás csökkentését és az utánpótlás-képzés javítását találhatjuk. A javasolt közép- és hosszú távú ágazati stratégia a betegút-szervezés, valamint az ellátórendszer strukturális átalakítása köré épülő rendszermodellen alapul, amelyhez a finanszírozási rendszer reformja is kapcsolódik. A terv kiemeli a népegészségügy, a sürgősségi ellátás, az alapellátás, a járóbeteg szakellátás, a rehabilitáció és egyéb krónikus ellátások, a pszichiátriai ellátórendszer fejlesztésének fontosságát.

A program által vázolt rendszermodell sémáját az C.1. ábrán láthatják.

Az egészségpolitikai döntéshozók a **pénzügyi stabilizáció** végrehajtását a 2010. november-2011. december közötti időszakban, két lépcsőben ütemezik. Az első lépcső 2010-ben azonnali forrásjuttatást, majd a második lépcső, 2011-ben, stabilizációs többletforrások biztosítását takarja. Ezeket a többletforrásokat elsősorban 3 prioritásterületen kívánják felhasználni: az Országos Mentőszolgálat alapszintű működésének biztosításához és autóállományának korszerűsítéséhez, az alapellátás megerősítéséhez, funkcióinak kibővítéséhez (a szakellátás tehermentesítése céljából), valamint

a kórházak és egészségügyi szolgáltatók adósságállományának csökkentéséhez. A többletforrások szétosztását elsősorban teljesítményalapon, illetve az eladósodottság mértéke szerint tervezik, valamint kötelezik az intézményeket a várható strukturális átalakításokban való részvételre és konszolidációs terv kidolgozására. (A 2010-ben megvalósult 27,5 milliárdos konszolidációs forrás esetében ezek az elvek már érvényesültek is.)

A **pénzügyi fenntarthatóság és allokációs hatékonyság** megteremtéséhez hatékony, átlátható, a szükségletekhez igazodó normatív forrásallokációs mechanizmusok kialakítására van szükség. Ennek érdekében a Semmelweis-terv a szakellátásban a TVK keret differenciált emelését, és a korlát feletti teljesítmények változó költségen történő finanszírozását irányozza elő. A korlát lazítása, megszüntetése a szerzők szerint a járóbeteg ellátásban okozhat jelentősebb teljesítménynövekedést, amely szükségessé teszi a finanszírozási technika megváltoztatását is, ezért a jelenlegi tételes rendszert ambuláns HBCS rendszerrel tervezik felváltani hosszú távon. A sürgősségi ellátóhelyek térítési díjának emelését, valamint a hosszú ápolási idejű krónikus esetek finanszírozásának felülvizsgálatát is előírnyozta az anyag. (2011-ben a fenti intézkedések közül több is megvalósult, lásd az Egészségügyi finanszírozás fejezet Forrásallokáció szakaszát.(2.fejezet)

A terv célként tűzi ki a tőkeköltségek beépítését a szolgáltatási díjtételekbe és a szektor-semleges finanszírozás bevezetését. A paraszolvencia elleni küzdelmet egy később kidolgozandó hosszú távú program keretében kívánja megvalósítani.

A finanszírozás technikáinak megváltoztatása mellett 2011-ben egy finanszírozási módszertani központ és egy finanszírozási akkreditációs szervezet létrehozását is tárgyalja a dokumentum.

Az akcióterv az **egészségügyi szakemberek** számára életpálya-modell kidolgozását célozza, amely motiválja a pályán maradást és a belföldi munkavállalást. A modell vonatkozik majd a jövedelmekre, a képzésre, a rugalmas foglalkoztatási formák bevezetésére és az egészségügyi dolgozók elismerésének lehetőségeire.

A terv fontos része az állami **egészségügyi szervezési intézményrendszer** kereteinek felvázolása. Az egészségügyi ellátórendszer átalakításában a Semmelweis terv 9 ellátási egységet (nagyteréséget) határoz meg, amelyek a megyénél nagyobb, de a régiónál kisebb területet képviselnek. Az ellátást a következő progresszivitási szinteken szervezik meg:

0. Járóbeteg ellátási szint: lakosság közeli ellátás, helyi- és kistérségi betegút-szervezés,

- I. Fekvő- és járóbeteg ellátó intézmény: az alapszakmákban biztosítja a lakosság-közeli fekvőbeteg és társuló járóbeteg ellátást,
- II. Megyei szintű fekvő- és járóbeteg ellátási központ: minden megyei szinten megjelenő szakmában biztosítja a megyei szintű ellátást,
- III. Nagytérségi szintű fekvő- és járóbeteg ellátási központ: teljes szélességű és mélységű ellátás az adott területen,
- IV. Országos szakmai központok és alközpontok: a költséges, speciális ellátásokat végzik, melyek nem jelennek meg minden nagytérségben, országos szinten centralizáltak.

Szakmánként és szubspecialitásonként szükséges annak meghatározása, hogy az egyes ellátásokat melyik progresszivitási szinten kell megszervezni, és milyen területeken szükséges országos központokat létrehozni.

A nagytérségek közfinanszírozott, szakellátást végző intézményei a Nagytérségi Egészség szervezési Igazgatóságokhoz csatlakoznak, az alapellátási szintet a kistérségi betegút- szervező járóbeteg szakellátókon keresztül integrálják, az országos szakmai központokat az Állami Egészség szervezési Központ irányítja, amely ellátja a Nagytérségi Igazgatóságok felügyeletét is.

A Nagytérségi Egészség szervezési Igazgatóságok feladatai:

- az illetékességükhöz tartozó lakossági betegutak optimalizálása,
- a nagytérségi együttműködési modell működésének kidolgozása,
- együttműködési megállapodások kialakítása, projektszervezetek/gazdasági társaságok létrehozása (pl. közös közbeszerzés, adósságkezelés) nagytérségi és országos szinten,
- szakma specifikus támogató tevékenységek (telediagnosztika, labor stb.)
- gazdasági támogató tevékenységek megszervezése,
- ellenőrző, felülvizsgáló funkciók,
- képzések, tréningek szervezése az egészségügyi dolgozók számára.

A Semmelweis Terv kiemelt figyelmet fordít az **ágazati informatika** fejlesztésére. Az ágazati jelentések egységes rendszerének megteremtése céljából létrejön a közhiteles

adatokat tartalmazó ágazati portál. A portál az ágazat közös törzsadatainak, jelentési rekordszerkezeteinek és kitöltési szabályainak gyűjtőhelye, és egyben az egyetlen jogilag hiteles forrása is ezeknek az adatoknak.

Az egészségügyi monitor és szükséglet alapú kapacitástervező rendszer az ágazatban keletkező és különböző adatgazdák által aggregált adatokat integrálja, és adatbányászati, valamint térinformatikai alkalmazások segítségével elemezhetővé teszi azokat.

A tartalmi hitelesség javítása érdekében az egészségügyi szolgáltató intézmények alapfunkciót központilag fejlesztett és karbantartott rendszer biztosítja.

A terv foglalkozik az egészségügyi szolgáltatók **tulajdonlásának és menedzsmentjének** kérdéseivel. A magántőke bevonására csak az arra vonatkozó feltételrendszer kialakítása után kerülhet sor (ezek közé tartozik a szektor-semleges finanszírozás és a tőkeköltségek beépítése a társadalombiztosítási finanszírozásba).

A fekvőbeteg ellátó intézményeket továbbra is célszerű köztulajdonban (illetve nonprofit magán működtetésben) tartani, tulajdonosi privatizációnak az alapellátásban és a járóbeteg szakellátásban van tere. Az eddigi korporatizációs tapasztalatok értékelése alapján szélesíteni szükséges azonban az egészségügyi intézmények működtetésében a menedzsment hatáskörét. A terv a menedzsmentben az orvosok és az egészségügyi szakdolgozók számára is helyet ajánl.

A **sürgősségi ellátásban** a terv alkotói egykapus belépési rendszert javasolnak prehospitalis és kórházi sürgősségi ellátásban egyaránt. Támogatják az Országos Mentőszolgálathoz (OMSZ) centralizált egységes mentésirányítást és az ehhez kapcsolt ügyeleti rendszer megszervezését, az OMSZ-hez integrált légi mentést. Szükség van az ügyeleti szolgálatok átszervezésére, 24 órás működés kialakítására. Megfelelő sürgősségi osztályt (SBO) kell kialakítani minden aktív ellátást végző kórházban, az ezekhez legalább területileg integrált alapellátási ügyeletekkel. Cél a betegszállítás transzparens, hatékony működésének megteremtése.

A terv az ellátórendszer kulcselemének tekinti az **alapellátást**. Erősíteni kívánja az alapellátó egységek képességét és érdekeltységét a definitív ellátásban, a prevencióban és az egészségnevelésben. Támogatja a csoportpraxisok létrehozását, ill. a praxisközösségekbe szerveződést. Tervezi a feladatátvállalási szerződések tartalmának egységesítését, az eszköz- és ingatlantámogatás ismételt, megújított bevezetését, a praxisjog rendszerének megújítását. Praxisalapot kíván létrehozni, amely átvenné az eladó, de piaci körülmények között eladhatatlan praxisokat, és a fiatal orvosok számára kedvező hitelkonstrukció keretében lehetőséget nyújtana a praxisvásárlásra. A kapuőri funkció erősítése érdekében a háziorvos számára biztosítja a hozzá

bejelentkezett lakosok társadalombiztosítás terhére igénybevett szolgáltatásairól elérhető tájékoztatást. Hosszútávon célként jelöli meg a háziorvosi életpályamodell kialakítását. A meglévő finanszírozási mechanizmusok mellett bizonyos területeken lehetőséget biztosít a teljesítmény-finanszírozásra.

A **gyógyszerpolitika** középpontjában a minőség és költséghatékonyság áll. A gyógyszerellátó rendszerben szükséglet-alapú ellátási szerkezet kialakítására törekednek, amit a patikaalapítás korlátok közé szorításával terveznek elérni. Olyan ösztönzőket vezetnek be, amelyek támogatják a gyógyszertárak népegészségügyi programban való részvételét, a közösségi egészségügyi prioritások figyelembe vételét, valamint a gyógyszertárak által nyújtott kiegészítő szolgáltatások nyújtását. Továbbfejlesztik a generikus programot, ösztönözni kívánják a költségtakarékos gyógyszerrendelést, kiszolgálást és a racionális gyógyszerfelhasználást. A gyógyszertámogatási rendszer felülvizsgálata is szerepel a vitairatban. (A már megvalósult intézkedésekről az Egészségügyi finanszírozás, valamint az Egészségügyi ellátás, ellátórendszer fejezetben olvashatnak.2. 4.fejezet)

Az egészségügyi kormányzat kiemelten fontosnak tartja a biztonságos, megfelelő, időszerű és a betegek elégedettségét szolgáló betegellátást, ezért a **minőségfejlesztés** céljából több intézkedést is előirányoz:

- A háziorvosi rendszerben az indikátorok átdolgozásával, kiegészítésével az értékelési és elismerési rendszer továbbfejlesztése, és a visszajelzési rendszer kialakítása.
- A szakellátásban egy akkreditációs rendszer kialakítása.
- Az akkreditációs rendszer keretein belül a nemkívánatos események jelentési rendszerének továbbfejlesztése és a gyógyszerészeti gondozási szolgáltatás elindítása.
- A szakmai irányelvek fejlesztésének módszertani támogatása.
- Egységes betegelégedettségi kérdőív kidolgozása és alkalmazása, valamint egyes betegcsoportokban az ellátásokat követően végzett egészségi állapot önértékelési felmérések (patient reported outcome) bevezetése.

D. melléklet: ÁSZ jelentések

2010-ben az Állami Számvevőszék az alábbi egészségüggyel kapcsolatos jelentéseket tette közzé (www.asz.hu):

1001 sz.

Jelentés az egynapos sebészeti ellátásra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről

1020 sz.

Jelentés a szervtranszplantáció, a donáció és az alternatív kezelések ellenőrzéséről

E. Melléklet: EU-s támogatással megvalósuló fejlesztések nyertes pályázata

Ajtonyi Zsuzsa

E.1. táblázat. ROP

Régió	Pályázat száma	Ki nyerte el?	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
Dél-Alföld (DAOP)	4.1.1/A-09	Apátfalva Község Önkormányzat	Egészségügyi alapellátás fejlesztése Apátfalván	32 785 716	2010.06.02	2011.09.01
	4.1.1/A-09	Bácsalmás Város Önkormányzata	Egészségügyi alapellátáshoz kapcsolódó rendelőintézetek kialakítása Bácsalmáson	49 289 116	2010.04.06	2011.03.31
	4.1.1/A-09	Baja Város Önkormányzata	Háziorvosi rendelő felújítása Baján	44 188 733	2010.04.06	2011.06.30
	4.1.1/A-09	Csabacsúd Nagyközségi Önkormányzat	Egészségügyi alapellátás fejlesztése Csabacsúdon	14 675 074	2010.04.06	2011.01.10
	4.1.1/A-09	Dunapataj Nagyközség Önkormányzat	Orvosi rendelő infrastruktúrafejlesztése	33 843 739	2010.06.02	2011.06.30
	4.1.1/A-09	Fábiánsebestyén Község Önkormányzata	Háziorvosi, fogorvosi és védőnői szolgálat fejlesztése Fábiánsebestyéneken	49 349 224	2010.04.06	2011.06.25
	4.1.1/A-09	Fülöpszállás Község Önkormányzata	Egészség ház kialakítása Fülöpszálláson	30 971 874	2010.04.06	2011.06.30
	4.1.1/A-09	Gádoros Nagyközség Önkormányzat	Gádorosi fogorvosi rendelő felújítása	28 060 929	2010.04.06	2010.12.20
	4.1.1/A-09	Homokháti Kistérség Többcélú Társulása	Komplex egészségügyi szolgáltatás-fejlesztés Mórahalom városában	36 150 000	2010.07.28	2012.06.30
	4.1.1/A-09	Homokmégy Község Önkormányzata	Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése Homokmégyen és Öregcsertőn	43 262 725	2010.04.06	2011.07.31
	4.1.1/A-09	Kiskunfélegyháza Város Önkormányzata	Fogorvosi rendelő infrastrukturális fejlesztése Kiskunfélegyházán	50 000 000	2010.04.06	2011.04.29
	4.1.1/A-09	Madaras Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése Madarason	31 604 322	2010.04.06	2011.03.31
	4.1.1/A-09	Maroslele Község Önkormányzata	Maroslele Petőfi u. 6. sz. alatti orvosi rendelő felújítása	33 257 115	2010.04.06	2011.06.20
	4.1.1/A-09	Páhi Község Önkormányzata	Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése Páhin	42 615 870	2010.04.06	2011.07.31
	4.1.1/A-09	Solt Város Önkormányzata	A solti Vécsey téri orvosi rendelő bővítése, felújítása	50 000 000	2010.04.06	2011.11.30
	4.1.1/A-09	Soltszentimre Község Önkormányzata	Soltszentimrei Egészség ház Kialakítása	41 400 590	2010.04.06	2011.12.31
	4.1.1/A-09	Szalmács Község Önkormányzata	Háziorvosi rendelő és védőnői szolgálat épületének felújítása Szalmácsán	49 879 374	2010.07.28	2011.06.30
	4.1.1/A-09	Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzata	Szeged, Acél utcai orvosi rendelőépület felújítása, korszerűsítése	49 232 447	2010.04.06	2011.09.30
	4.1.1/A-09	Tótkomlós Város Önkormányzata	Az egészségügyi alapellátás fejlesztése Tótkomlóson a központi orvosi rendelő felújításával és akadálymentesítésével	47 586 985	2010.04.06	2011.07.30
	4.1.1/A-09	Újkígyós Város Önkormányzata	"Egészség ház" fejlesztése	50 000 000	2010.04.06	2011.03.31
	4.1.1/A-09	Uzód Község Önkormányzata	Az Uzód Községi Egészség ház akadálymentesítése és felújítása	33 701 867	2010.04.06	2011.07.31
	4.1.1/B-09	Kiskőrös Város Önkormányzata	Kiskőrösi kistérségi Járóbeteg-szakellátó korszerűsítése	441 464 437	2010.08.09	2012.09.30
	4.1.1/C-09	Biharugra Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése Biharugrán (házi orvos, fogorvos, védőnő)	46 579 084	2010.03.12	2011.06.30
	4.1.1/C-09	Geszt Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése a kistérségben Geszt (házi orvos, fogorvos, rendelő, védőnő)	18 185 119	2010.05.14	2011.08.30
	4.1.1/C-09	Kaszaper Község Önkormányzat	Kaszaper egészségügyi alapellátásának fejlesztése	9 452 980	2010.05.04	2010.12.09
4.1.1/C-09	Körösnagyharsány Község Önkormányzata	Orvosi rendelő fejlesztése Körösnagyharsány Községben	13 715 678	2010.05.04	2011.12.31	
4.1.1/C-09	Kötegyán Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése a kistérségben - Kötegyán (házi orvos, rendelő felújítása, fogorvos, rendelő, védőnő)	46 687 687	2010.05.04	2011.07.29	

Régió	Pályázat száma	Ki nyerte el?	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
	4.1.1/C-09	Méhkerék Község Önkormányzat	Egészségügyi alapellátás fejlesztése a kistérségben - Méhkerék (fogorvosi rendelő - védőnő)	39 575 803	2010.05.04	2011.11.30
	4.1.1/C-09	Okány Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése a kistérségben - Okány (házi orvosi rendelő felújítása, fogorvosi rendelő, védőnő)	46 604 535	2010.04.01	2011.03.31
	4.1.1/C-09	Sarkadkeresztúr Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése a kistérségben - Sarkadkeresztúr	23 268 903	2010.05.04	2010.11.30
Észak-Alföld (ÉAOP)	4.1.2/A-09	Anarcs Község Önkormányzata	Az egészségügyi intézmény felújítása, korszerűsítése és akadálymentesítése Anarcs községben	27 716 523	2010.04.21	2011.06.30
	4.1.2/A-09	Besenyszög Község Önkormányzata	Besenyszögi orvosi rendelő bővítése és felújítása	57 275 537	2010.09.21	2012.08.30
	4.1.2/A-09	Csengersima Község Önkormányzata	Orvosi rendelő rekonstrukciója Csengersima községben	24 128 768	2010.09.21	2011.06.21
	4.1.2/A-09	Debrecen Megyei Jogú Város Önkormányzata Végrehajtó szerve: DMJV Polgármesteri Hivatal	A Faraktár utcai házi orvosi alapellátás és védőnői szolgálat fejlesztése, mintavételi hely létrehozása	78 912 013	2010.04.21	2012.01.31
	4.1.2/A-09	Fülöp Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás korszerűsítése Fülöp községben az orvosi rendelő felújításával	37 077 861	2010.04.21	2011.10.31
	4.1.2/A-09	Ibrány Város Önkormányzata	A gyermekorvosi alapellátás feltételeinek javítása Ibrányban	38 230 375	2010.06.23	2011.06.30
	4.1.2/A-09	Jármi Község Önkormányzata	Házi orvosi és védőnői rendelő felújítása, eszközökkel történő felszerelése Jármi községben	36 320 803	2010.09.21	2011.10.14
	4.1.2/A-09	Jászládány Nagyközség Önkormányzata	Jászládányi orvosi rendelő korszerűsítése, felújítása és komplex akadálymentesítése	80 000 000	2010.04.21	2011.12.31
	4.1.2/A-09	Kállósemjén Nagyközség Önkormányzata	Kállósemjéni Egészségügyi Centrum kialakítása	38 965 360	2010.09.21	2011.12.31
	4.1.2/A-09	Kengyel Község Önkormányzat	Kengyel község házi orvosi rendelőjének komplex infrastruktúra- és szolgáltatásfejlesztése	72 775 540	2010.06.23	2011.11.30
	4.1.2/A-09	Mikepércs Község Önkormányzata	Új egészségközpont építése Mikepércsen	79 919 590	2010.04.21	2011.12.31
	4.1.2/A-09	Nagyhalász Város Önkormányzata	A házi gyermekorvosi szolgálat infrastruktúrájának fejlesztése Nagyhalászban	33 252 067	2010.09.21	2011.09.30
	4.1.2/A-09	Nyírábrány Nagyközség Önkormányzata	Az egészségügyi alapellátás színvonalának javítása Nyírábrány Nagyközség 1. számú orvosi körzetében az orvosi rendelő felújításával és akadálymentesítésével	26 349 858	2010.04.21	2011.06.30
	4.1.2/A-09	Nyírgyulaj Község Önkormányzata	Új egészségház építése és eszközökkel történő felszerelése Nyírgyulaj községben	77 991 595	2010.04.21	2011.01.14
	4.1.2/A-09	Paszab Község Önkormányzata	Házi orvosi rendelő felújítása, akadálymentesítése és eszközökkel történő felszerelése Paszab községben	16 242 857	2010.04.21	2011.07.15
	4.1.2/A-09	Rákócziújfalú Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátást szolgáló intézmény fejlesztése	22 986 778	2010.09.21	2010.10.31
	4.1.2/A-09	Tiszabездé Község Önkormányzata	A tiszabездéi egészségügyi szolgáltatás fejlesztése az orvosi rendelő felújításával, korszerűsítésével, akadálymentesítésével	36 138 331	2010.04.21	2011.05.16
	4.1.2/A-09	Tiszaföldvár Város Önkormányzata	Házi orvosi rendelő és gyermek házi orvosi rendelő kialakítása Tiszaföldvár, Szondy V. út 30. szám alatt	39 318 891	2010.09.21	2011.11.21
	4.1.2/A-09	Tiszaújváros Község Önkormányzata	Házi orvosi és védőnői rendelő felújítása és eszközökkel történő felszerelése Tiszaújváros községben	58 749 654	2010.04.21	2011.01.14
	4.1.2/A-09	Tiszaújváros Község Önkormányzata	Orvosi rendelő építése Tiszaújváros-Virányos településen	35 598 318	2010.09.21	2011.08.31
4.1.2/A-09	Túrkeve Város Önkormányzata	A minőségi egészségügyi szolgáltatás megteremtése Túrkevéen	68 642 333	2010.09.21	2012.01.31	
4.1.2/B-09	Hajdúböszörmény Város Önkormányzata	Kistérségi emeltszintű járóbeteg szakellátó központ fejlesztése Hajdúböszörményben	729 318 219	2010.09.21	2012.09.30	
4.1.2/B-09	Kunszentmárton Város Önkormányzata	A Kunszentmártoni Kistérség járóbeteg szakellátásának komplex fejlesztése	570 631 181	2010.06.23	2012.09.30	

Régió	Pályázat száma	Ki nyerte el?	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
	4.1.2/D-09	Biharkeresztes Város Önkormányzata	Egészségház felújítása, korszerűsítése	29 681 812	2010.05.14	2011.03.15
	4.1.2/D-09	Csenger Város Önkormányzata	Csengeri alapszintű kistérségi járóbeteg-szakellátó központ fejlesztése	537 466 417	2010.05.14	2011.12.30
	4.1.2/D-09	Gáborján Község Önkormányzata	Az orvosi rendelő felújítása, átalakítása, korszerűsítése és akadálymentesítése Gáborjánban	19 733 465	2010.08.27	2011.11.30
	4.1.2/D-09	Gemzse Község Önkormányzata	Új egészségház építése és eszközökkel történő felszerelése Gemzse községben	78 552 047	2010.04.01	2011.01.14
	4.1.2/D-09	Hencida Község Önkormányzata	Az Orvosi rendelő felújítása, átalakítása, korszerűsítése Hencidán	13 556 964	2010.08.27	2011.11.30
	4.1.2/D-09	Hetefejércse Község Önkormányzata	Hetefejércse orvosi rendelő és védőnői szolgálat Európai Uniós szintű egészségügyi ellátás feltételeinek biztosítására	55 919 386	2010.08.27	2012.03.30
	4.1.2/D-09	Kispalád Község Önkormányzata	Kispalád községben új egészségház építése. Kispalád orvosi rendelő és védőnői szolgálat Európai Uniós szintű egészségügyi ellátás feltételeinek biztosítására	37 894 112	2010.08.27	2012.03.30
	4.1.2/D-09	Kocsord Község Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése, orvosi rendelő felújítása	27 780 687	2010.05.14	2010.12.31
	4.1.2/D-09	Községi Önkormányzat Fábánháza	Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése, az alap-, járóbeteg szakellátás korszerűsítése és a házi orvosi alapellátás infrastrukturális fejlesztése Fábánházán.	24 296 115	2010.05.14	2011.04.30
	4.1.2/D-09	Községi Önkormányzat Jánd	Egészségügyi alapellátáshoz eszközbeszerzés, épület átalakítás	10 988 892	2010.02.15	2011.01.31
	4.1.2/D-09	Nyírbátor Város Önkormányzata	Fogorvosi rendelő kialakítása a Nyírbátori kistérségben	24 817 917	2010.01.08	2010.01.06
	4.1.2/D-09	Ökörítőfűlpös Nagyközség Önkormányzat	Egészségügyi létesítmény felújítása	16 200 000	2010.08.27	2011.08.30
	4.1.2/D-09	Penyige Község Önkormányzata	Körzeti egészségügyi komplexum kialakítása	47 163 450	2010.02.15	2011.12.30
	4.1.2/D-09	Tiszaörs Község Önkormányzata	Orvosi rendelő és tanácsadó épületének felújítása	17 000 000	2010.03.22	2010.10.29
	4.1.2/D-09	Tiszaroff Község Önkormányzata	Egészségügyi intézmények felújítása Tiszaroffon	45 035 400	2010.05.14	2011.12.31
Közép-Dunántúl (KDOP)	5.2.1/A-09	Adony Város Önkormányzata	Az egészségügyi intézmény komplex fejlesztése Adonyban	36 587 705	2010.07.08	2011.06.30
	5.2.1/A-09	Bajna Község Önkormányzata	Bajna Község orvosi rendelőjének a fejlesztése	19 256 077	2010.07.08	2011.09.30
	5.2.1/A-09	Dág Község Önkormányzata	Dág egészségügyi szolgáltatások fejlesztése	19 587 372	2010.07.08	2011.06.30
	5.2.1/A-09	Kesztölc Község Önkormányzata	Egészségház kialakítása Kesztölcön	53 603 445	2010.07.08	2011.08.31
	5.2.1/A-09	Lovászpátona Község Önkormányzata	Lovászpátona orvosi rendelő felújítása, szolgáltatás fejlesztése	32 081 572	2010.07.08	2011.07.31
	5.2.1/A-09	Magyaralmás Község Önkormányzat	Egészségház kialakítása Magyaralmáson	56 204 136	2010.07.08	2012.03.30
	5.2.1/A-09	Márkó Község Önkormányzata	Alapellátás fejlesztése Márkó Községben együttműködésben Bánd és Hárskút településekkel	28 532 520	2010.07.08	2011.06.30
	5.2.1/A-09	Mezőfalva Nagyközség Önkormányzata	Egészségház fejlesztése Mezőfalván	55 956 634	2010.07.28	2011.07.31
	5.2.1/A-09	Nagyvenyim Község Önkormányzat	Nagyvenyim Község Egészségházának felújítása, bővítése, teljes körű akadálymentesítése, az egészségügyi szolgáltatások fejlesztése, a szolgáltatás igénybevételének biztosítása	57 652 421	2010.07.08	2012.02.28
	5.2.1/A-09	Sárisáp Község Önkormányzata	Kistelepülésen egészségesen	25 792 424	2010.07.08	2011.05.31
	5.2.1/A-09	Seregélyes Nagyközség Önkormányzata	Egészségközpont kialakítása Seregélyesen	59 875 688	2010.04.22	2011.12.31
	5.2.1/A-09	Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata	Fiskális utcai orvosi rendelő bővítése, korszerűsítése	53 270 049	2010.07.08	2011.12.31
	5.2.1/A-09	Zánka Község Önkormányzata	Rendelőfejlesztés Zánka községben	35 911 062	2010.04.22	2010.12.31
	5.2.1/B-09	Balatonfüred Város Önkormányzata	A balatonfüredi rendelőintézet fejlesztése	63 453 675	2010.06.03	n.a.
	5.2.1/B-09	Dorog Város Önkormányzata	A dorogi kistérségi önálló, emelt szinten működő járóbeteg szakrendelő korszerűsítése	296 302 003	2010.04.22	2011.04.30

Régió	Pályázat száma	Ki nyerte el?	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
KMOP	4.3.3/B-09-2F	Országos Mentőszolgálat	Közép-Magyarországi régió egészségügyi informatikájának fejlesztése	591 000 000	2010.02.03	2012.01.31
Észak-Magyarország (EMOP)	4.1.1/A-09	Balassagyarmat Város Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése Balassagyarmaton	29 137 898	2010.08.16	2011.08.29
	4.1.1/A-09	Dédestapolcsány Község Önkormányzata	Új egészségház létrehozása Dédestapolcsányon	52 438 230	2010.08.16	2011.12.31
	4.1.1/A-09	Girincs Község Önkormányzata	Girincs település orvosi rendelőjének bővítése, felújítása és akadálymentesítése	44 267 138	2010.12.15	2011.12.31
	4.1.1/A-09	Heréd Község Önkormányzata	Új orvosi rendelő építése Heréden	30 083 077	2010.08.16	2011.10.17
	4.1.1/A-09	Istenmezeje Község Önkormányzat	"Istenmezeje Község orvosi rendelőjének fejlesztése"	53 487 883	2010.08.16	2011.12.31
	4.1.1/A-09	Kisgyőr Község Önkormányzata	Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése Kisgyőrben	31 186 534	2010.11.08	2012.04.02
	4.1.1/A-09	Mátranovák Község Önkormányzata	Orvosi rendelő felújítása Mátranovákon	25 232 325	2010.08.16	2011.06.30
	4.1.1/A-09	Mátraterenye Község Önkormányzata	Orvosi rendelő felújítása Mátraterenyén	32 294 222	2010.08.16	2011.09.30
	4.1.1/A-09	Nézsza Község Önkormányzata	Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése Nézsza községben	41 982 791	2010.08.16	2012.08.31
	4.1.1/A-09	Ózd Város Önkormányzata	Ózdi Lehel vezér úti orvosi rendelő felújítása	50 171 594	2010.08.16	2010.11.02
	4.1.1/A-09	Pálháza Város Önkormányzata	Orvosi rendelő rekonstrukciója, bővítése és eszközfejlesztés Pálháza városában	50 737 041	2010.08.16	2011.09.30
	4.1.1/A-09	Ragály Község Önkormányzata	Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése Ragály településén	30 664 149	2010.08.16	2012.02.29
	4.1.1/A-09	Rudabánya Város Önkormányzata	Hozzáférhető és hatékony alapellátás biztosítása az Arany János utcai háziorvosi rendelőben, Rudabányán.	34 918 533	2010.08.16	2011.10.31
	4.1.1/A-09	Sajókaza Község Önkormányzata	Orvosi rendelő korszerűsítése és bővítése Sajókazán	19 514 462	2010.08.16	2011.12.31
	4.1.1/A-09	Sajópetri Községi Önkormányzat	Orvosi rendelő felújítása, bővítése és akadálymentesítése Sajópetrin	19 036 598	2010.08.16	2011.05.30
	4.1.1/C-09	Bodrogkisfalud Község Önkormányzata	Bodrogkisfalud - egészségügyi alapellátás korszerűsítése	45 493 494	2010.05.14	2011.08.31
	4.1.1/C-09	Szendrő Város Önkormányzata	"Szemünk fénye a gyermek" - gyermekorvosi rendelő korszerűsítése Szendrő városban	13 534 868	2010.05.14	2011.04.30
	4.1.1/C-09	Szendrőlád Község Önkormányzata	Orvosi rendelő épületének korszerűsítése és akadálymentesítése	19 999 409	2010.05.14	2011.09.30
	4.1.1/C-09	Taktaszada Község Önkormányzata	Egészségház kialakítása Taktaszadán	60 000 000	2010.03.17	2011.10.31
	4.1.1/C-09	Tállya Község Önkormányzata	Egy praxishoz tartozó orvosi rendelő átalakítása és bővítése Tállyán, illetve rendelő felújítása és bővítése Golopon	90 868 313	2010.05.14	2011.04.30
4.1.1/C-09	Tarcal Község Önkormányzata	Orvosi rendelő felújítása	58 650 650	2010.05.14	2011.08.31	
Nyugat-Dunántúl (NYDOP)	5.2.1/A-09	Balatongyörök Község Önkormányzata	Egészségház fejlesztése Balatongyörökön	37 999 741	2010.06.25	2011.12.31
	5.2.1/A-09	Bánokszentgyörgy Község Önkormányzata	A bánokszentgyörgyi orvosi rendelő komplex akadálymentesítése és korszerűsítése	19 246 946	2010.06.25	2011.05.25
	5.2.1/A-09	Bázakerettye Község Önkormányzata	A bázakerettyei orvosi rendelő akadálymentesítése és korszerűsítése	17 927 131	2010.06.25	2011.05.24
	5.2.1/A-09	Csapod Község Önkormányzata	Az elérhető szolgáltatás - egészségügyi fejlesztések Csapodon és Röjtökmuzsajon	36 330 549	2010.05.05	2011.10.31
	5.2.1/A-09	Dunaszeg Község Önkormányzata	Egészségközpont létrehozása Dunaszegen	49 639 474	2010.06.25	2012.03.31
	5.2.1/A-09	Farád Község Önkormányzata	Farádi orvosi rendelő fejlesztése	31 771 782	2010.06.25	2011.09.30
	5.2.1/A-09	Gérce Község Önkormányzata	Orvosi rendelő korszerűsítése Gércén	22 416 733	2010.06.25	2011.12.31
	5.2.1/A-09	Győró Községi Önkormányzat	Orvosi rendelő kialakítása, alapellátás fejlesztése	19 314 337	2010.06.25	2011.02.15
	5.2.1/A-09	Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata	Győr város Sport utcai rendelőfejlesztés a minőségi szolgáltatások érdekében	34 836 691	2010.06.25	2011.12.31
	5.2.1/A-09	Halászi Község Önkormányzata	Egészségügyi Alapellátási Központ - Halászi	49 855 499	2010.06.25	2011.12.31
	5.2.1/A-09	Kópháza Község Önkormányzata	Mikro Egészségház Modell kialakítása Kópházán	28 984 408	2010.06.25	2011.09.30

Régió	Pályázat száma	Ki nyerte el?	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
	5.2.1/A-09	Lenti Város Önkormányzata	Egészségügyi szolgáltatások fejlesztése Lentiben az I. és II. számú háziorvosi körzet rendelőinek megújításával	43 752 327	2010.05.05	2011.06.30
	5.2.1/A-09	Murakeresztúr Község Önkormányzata	Háziorvosi rendelő és védőnői szolgálat fejlesztése Murakeresztúron	49 617 377	2010.05.05	2011.08.31
	5.2.1/A-09	Nagykanizsa Megyei Jogú Város Önkormányzata	Egészségügyi alapellátás fejlesztése Nagykanizsa - Miklósfa városrészben	27 726 674	2010.06.25	2011.08.09
	5.2.1/A-09	Narda Község Önkormányzata	Háziorvosi rendelő fejlesztése Nardán	23 009 269	2010.05.05	2011.03.31
	5.2.1/A-09	Oszkó Község Önkormányzata	Körzetközponti orvosi rendelő felújítása Oszkón	23 055 646	2010.05.05	2011.06.30
	5.2.1/A-09	Pakod Község Önkormányzata	Egészség ház kialakítása Pakodon	38 077 045	2010.06.25	2010.12.31
	5.2.1/A-09	Pornóapáti Község Önkormányzata	Háziorvosi és védőnői szolgálat fejlesztése Pornóapátiban	27 206 572	2010.06.25	2011.12.31
	5.2.1/A-09	Sármellék Község Önkormányzata	Egészségügyi szolgáltatások feltételeinek javítása Sármelléken	32 977 948	2010.06.25	2011.06.30
	5.2.1/A-09	Sokorópátka Község Önkormányzata	Egészségügyi szolgáltatás feltételrendszerének korszerűsítése Sokorópátkán	13 414 612	2010.05.05	2011.10.01
	5.2.1/A-09	Szentgotthárd Város Önkormányzata	Szentgotthárdi háziorvosi rendelő épületének akadálymentesítése és energiahatékony felújítása	49 757 501	2010.05.05	2011.06.30
	5.2.1/A-09	Tápszentmiklós Község Önkormányzata	Háziorvosi rendelő fejlesztése Tápszentmiklóson	31 393 574	2010.05.05	2011.03.31
	5.2.1/A-09	Tófej Község Önkormányzata	Az egészséges emberekért	19 671 525	2010.06.25	2010.10.31
	5.2.1/A-09	Torony Község Önkormányzata	Komplex egészségügyi szolgáltatásfejlesztés Toronyban	49 500 000	2010.05.05	2011.08.31
	5.2.1/A-09	Túrje Község Önkormányzata	"Túrje községben az egészségügyi alapellátás minőségi javítása érdekében a háziorvosi rendelő infrastrukturális fejlesztése"	21 424 024	2010.06.25	2011.06.30
	5.2.1/A-09	Uraiújfalu Községi Önkormányzat	Uraiújfalu község orvosi rendelőjének felújítása	14 824 611	2010.06.25	2011.04.15
	5.2.1/A-09	Vitnyéd Község Önkormányzata	Vitnyéd település orvosi rendelőjének felújítása	15 670 446	2010.06.25	2012.04.26
	5.2.1/A-09	Zalaegerszeg Megyei Jogú Város Önkormányzata	Körzeti orvosi rendelő komplexum építése Zalaegerszegen	50 000 000	2010.05.05	2011.10.31
	5.2.1/A-09	Zalacomár Község Önkormányzata	1. sz. orvosi rendelő korszerűsítése Zalacomárban	19 293 880	2010.05.05	2011.07.15
	5.2.1/A-09	Zalaszentgrót Város Önkormányzata	Háziorvosi rendelők fejlesztése Zalaszentgróton	37 837 921	2010.06.25	2011.09.16
Dél-Dunántúl (DDOP)	3.1.3/A-2f	Böhönye Község Önkormányzata	Szociális, Gyermekjóléti és Egészségügyi Központ létrehozása a Böhönyei mikrotérségben	226 157 389	2010.02.18	2011.08.31
	3.1.3/A-2f	Gyöngyös Város Önkormányzata	KÖZösségi - PONT "Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központ kialakítása és működtetése a Gyöngyösi mikrotérségben"	194 885 239	2010.04.27	2012.06.30
	3.1.3/A-2f	Iregszemcse Község Önkormányzata	Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központ fejlesztése Iregszemcsén	182 943 771	2010.04.02	2011.07.30
	3.1.3/A-2f	Kaposszerdahely Községi Önkormányzat	Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központ létrehozása Kaposszerdahelyen	237 759 727	2010.04.02	2011.08.31
	3.1.3/A-2f	Mecseknádasd Önkormányzata	Mecseknádasdi Integrált Mikrotérségi Alapfokú Egészségügyi és Szociális Szolgáltató Központ	208 413 079	2010.02.18	2011.05.31
	3.1.3/A-2f	Segesd Község Önkormányzata	Integrált alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központ a Segesdi mikrotérségben	217 615 723	2010.04.02	2011.12.31
	3.1.3/A-2f	Somogyjád Községi Önkormányzat	Egyenlő esély Integrált mikrotérségi alapfokú egészségügyi és szociális szolgáltató központ Somogyjád	129 401 413	2010.04.02	2011.02.28
Összesen				9 452 495 618		

E.2. táblázat. TIOP

Pályázat száma	Ki nyerte el?	Régió	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
2.1.3-10/1	Várpalota Város Önkormányzata	Közép-Dunántúl	Infrastruktúra fejlesztés a várpalotai kórházban	786 179 193	2010.07.23	2012.02.27
2.2.2-08/2	Csongrád Megyei Önkormányzat	Dél-Alföld	Sürgősségi betegellátás fejlesztése a szentesi Dr. Bugyi István Kórházban	475 744 971	2010.02.05	2011.08.05
2.2.2-08/2	Fejér Megyei Szent György Kórház	Közép-Dunántúl	Sürgősségi Betegellátás SO1 kialakítás, fejlesztés és kapcsolódó eszközbeszerzés a Fejér Megyei Szent György Kórházban	534 727 832	2010.01.29	2011.08.31
2.2.2-08/2	Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat	Észak-Alföld	SO1 szintű Sürgősségi Osztály fejlesztése a debreceni Kenézy Kórház Rendelőintézetben	457 822 315	2010.02.05	2011.05.31
2.2.2-08/2	Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzata	Dél-Alföld	A hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet sürgősségi fogadóhelyének fejlesztése sürgősségi osztállyá (SO2)	238 053 627	2010.02.05	2012.03.31
2.2.2-08/2	Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézet	Észak-Alföld	SO1 továbbfejlesztése a Jász-Nagykun-Szolnok megyei Hetényi Géza Kórház és Rendelőintézetnél	565 643 925	2010.05.03	2012.05.10
2.2.2-08/2	Magyar Imre Kórház	Közép-Dunántúl	Sürgősségi ellátás (SO2) fejlesztése az ajkai Magyar Imre Kórházban	400 641 871	2010.02.17	2011.08.17
2.2.2-08/2	Mohács Város Önkormányzata	Dél-Dunántúl	Mohács Városi Kórház SO2 Sürgősségi Ellátásának fejlesztése, gyermek sürgősségi ellátás kialakítása	441 129 922	2010.02.05	2011.10.31
2.2.2-08/2	Orosháza Város Önkormányzata	Dél-Alföld	Orosházi Kórház-Rendelőintézet Sürgősségi Betegellátó Osztályának korszerűsítése	240 256 800	2010.04.14	2011.07.15
2.2.2-08/2	Pécsi Tudományegyetem	Dél-Dunántúl	Janus Pannonius Sürgősségi Program - Korszerű sürgősségi ellátás a történelmi régióban	637 172 427	2010.05.03	2012.09.24
2.2.2-08/2	Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat	Észak-Alföld	Jósa András Sürgősségi Központ Projekt	619 481 999	2010.11.17	2012.09.30
2.2.2-08/2	Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat	Észak-Alföld	A Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő sürgősségi osztályának komplex fejlesztése	478 289 831	2010.03.29	2012.07.31
2.2.2-08/2	Vaszary Kolos Kórház, Esztergom	Közép-Dunántúl	Sürgősségi betegellátás fejlesztése az esztergomi Vaszary Kolos Kórházban	220 656 216	2010.03.11	2011.09.28
2.2.2-08/2	Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zártkörűen Működő Részvénytársaság	Közép-Dunántúl	A sürgősségi betegellátás javulásáért - fejlesztés a veszprémi Csolnoky Ferenc Kórházban	439 454 944	2010.02.05	2012.03.01
2.2.2-08/2	Zala Megyei Önkormányzat	Nyugat-Dunántúl	Sürgősségi centrum (SO1) kialakítása a Zala Megyei Kórházban	636 926 500	2010.02.17	2011.07.11
2.2.4-09/1	Almási Balogh Pál Kórház Egészségügyi és Szolgáltató Nonprofit Kft.	Észak-Magyarország	Az Almási Balogh Pál Kórház infrastruktúrafejlesztése szolgáltatási feltételeinek racionalizálása érdekében	1 432 921 463	2010.04.28	2012.04.30
2.2.4-09/1	Bajai Szent Rókus Kórház	Dél-Alföld	Struktúraváltás a Bajai Szent Rókus Kórházban	2 929 029 448	2010.04.23	2012.09.15
2.2.4-09/1	Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórháza	Dél-Alföld	Új tömb kialakítása a Békés Megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórházában	4 642 823 016	2010.04.23	2012.06.30
2.2.4-09/1	Berettyóújfalu Város Önkormányzata	Észak-Alföld	A berettyóújfalui Gróf Tisza István Kórház korszerűsítése	2 200 216 210	2010.04.23	2012.06.30
2.2.4-09/1	Bugát Pál Kórház Egészségügyi Szolgáltató Közhasznú Nonprofit Kft.	Észak-Magyarország	A Bugát Pál Kórház szakmai munkájának fejlesztése költséghatékony megoldásokkal a fenntartható fejlődés érdekében, az esélyegyenlőség egyidejű biztosításával, a betegek ellátáshoz történő hozzáférési idejének csökkentésével	1 125 458 627	2010.04.23	2012.10.31
2.2.4-09/1	Dunaújváros Megyei Jogú Város Önkormányzata	Közép-Dunántúl	Központi műtő és diagnosztikai blokk kialakítása a Szent Pantaleon Kórházban	3 220 960 537	2010.04.23	2012.07.31
2.2.4-09/1	Fejér Megyei Szent György Kórház	Közép-Dunántúl	Struktúraváltoztatást támogató infrastruktúrafejlesztés és kapcsolódó eszközbeszerzés a Fejér Megyei Szent György Kórházban	7 309 108 343	2010.09.22	2012.12.31
2.2.4-09/1	Felső-Szabolcsi Kórház	Észak-Alföld	A Felső-Szabolcsi Kórház egészségügyi ellátórendszerének korszerűsítése, komplex fejlesztési program keretében	2 772 238 564	2010.04.23	2012.05.24
2.2.4-09/1	Heves Megyei Önkormányzat	Észak-Magyarország	Szervezeti és infrastrukturális megújulás- Markhot Ferenc Kórház	4 417 640 210	2010.04.23	2012.09.12

Pályázat száma	Ki nyerte el?	Régió	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárat dátuma
2.2.4-09/1	Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Önkormányzata	Dél-Alföld	A hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet strukturális fejlesztése	492 813 696	2010.04.23	2012.12.31
2.2.4-09/1	Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet	Észak-Alföld	Strukturálváltás a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézetben	4 754 124 282	2010.04.23	2012.06.30
2.2.4-09/1	Kátai Gábor Kórház	Észak-Alföld	"Kátai Program" Kórházfejlesztés a Nagykunságiak egészségéért	1 416 705 470	2010.04.28	2012.03.30
2.2.4-09/1	Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórház	Közép-Dunántúl	Központi technológiai tömb és integrált aktív ellátás fejlesztése a tatabányai Szent Borbála Kórházban	4 235 313 170	2010.04.23	2012.10.31
2.2.4-09/1	Magyar Imre Kórház	Közép-Dunántúl	Strukturálváltást támogató infrastruktúrafejlesztés az ajkai Magyar Imre Kórházban	1 498 618 673	2010.04.23	2012.08.31
2.2.4-09/1	MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ És Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft	Észak-Magyarország	Központi sebészeti, technológiai tömb kiépítése és a kapcsolódó épületek rekonstrukciója	4 641 772 483	2010.04.23	2012.06.30
2.2.4-09/1	Nagykanizsa Megyei Jogú Város Önkormányzata	Nyugat-Dunántúl	Strukturálváltást támogató infrastruktúrafejlesztés a Kanizsai Dorottya Kórházban	2 899 994 934	2010.04.23	2013.06.30
2.2.4-09/1	Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza	Dél-Alföld	Központi Technológiai Tömb kialakítása és a hozzá kapcsolódó korszerű egészségügyi reform megvalósítása az Orosháza Városi Önkormányzat Kórházában	1 336 698 698	2010.04.23	2012.08.15
2.2.4-09/1	Sátoraljaújhely Város Önkormányzat Erzsébet Kórháza	Észak-Magyarország	Sátoraljaújhelyi Erzsébet Kórház strukturálváltását elősegítő infrastrukturális fejlesztése a fekvőbeteg ellátásban	1 483 359 835	2010.04.23	2012.08.30
2.2.4-09/1	Semmelweis Halasi Kórház Nonprofit Kft.	Dél-Alföld	Strukturálváltás a "Halasi kórházban"	2 850 369 294	2010.04.23	2012.08.31
2.2.4-09/1	Siófok Város Önkormányzata	Dél-Dunántúl	"Átfogó fejlesztés Siófok Város Kórház-Rendelőintézetében a fenntartható, magas technológiai színvonalú ellátási környezet megteremtésére"	2 163 239 004	2010.04.23	2012.04.30
2.2.4-09/1	Sopron Megyei Jogú Város Önkormányzata	Nyugat-Dunántúl	Aktív ellátás centralizációja a Soproni Erzsébet Oktató Kórházban	2 758 214 925	2010.04.23	2012.10.31
2.2.4-09/1	Tolna Megyei Önkormányzat	Dél-Dunántúl	"A Tolna Megyei Önkormányzat Balassa János Kórháza strukturálváltó infrastrukturális fejlesztése"	3 199 778 887	2010.04.23	2012.12.31
2.2.4-09/1	Vas Megyei Markusovszky Lajos Általános Rehabilitációs és Gyógyfürdő Kórház, Egyetemi Oktatókórház, Zártkörűen Működő Nonprofit Részvénytársaság	Nyugat-Dunántúl	Strukturálváltást támogató Infrastruktúrafejlesztés a Markusovszky Kórházban	4 786 075 731	2010.04.23	2012.10.31
2.2.4-09/1	Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt.	Közép-Dunántúl	Strukturálváltás a Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Nonprofit Zrt-nél	4 314 947 756	2010.04.23	2012.09.30
2.2.4-09/1	Zala Megyei Önkormányzat	Nyugat-Dunántúl	Kardiológia és Szívsebészeti Centrum kialakítás és infrastruktúrafejlesztés a Zala Megyei Kórházban	4 275 232 805	2010.04.23	2012.10.31
2.3.4-09/2	Országos Mentőszolgálat	Közép-Magyarország	Mentésirányítási rendszer fejlesztése	3 482 635 000	2010.02.02	2012.03.31
2.2.7-07/2F/2	Pécsi Tudományegyetem	Dél-Dunántúl	Janus Pannonius Program - Korszerű egészségügy a történelmi régióban	10 240 937 292	2010.03.22	2013.02.28
Összesen:				98 053 410 726		

E.3. táblázat. TÁMOP

Pályázat száma	Ki nyerte el?	Régió	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárat dátuma
6.2.4/A-08/1/konv	MISEK Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi Központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Észak-Magyarország	Egészségügyi ellátás javítása Miskolc városában és vonzáskörzetében	50 000 000	2010.01.05	2010.01.01
6.2.2/B-09/1	Egri TISZK Térségi Integrált Szakképző Központ Kiemelkedően Közhasznú Nonprofit Kft.	Észak-Magyarország	Első ellátás - elsősegélynyújtás és sürgősségi betegellátás elvégzéséhez szükséges kompetenciák fejlesztése OKJ ápolók és egészségügyi szakdolgozók körében	43 384 201	2010.03.10	2011.03.31
6.2.2/B-09/1	Semmelweis Egyetem	Közép-Magyarország	Patológus szakorvos képzés és orvos továbbképzés	42 113 611	2010.03.10	2010.12.31
6.2.4/A-09/1	Almási Balogh Pál Kórház Egészségügyi és Szolgáltató Nonprofit Kft.	Észak-Magyarország	Az Almási Balogh Pál Kórház foglalkoztatás támogatása	49 199 250	2010.09.14	2012.12.31
6.2.4/A-09/1	Batthyány Kázmér Szakkórház és Rendelőintézet - Kisbér	Közép-Dunántúl	Foglalkoztatás támogatása a kisbéri Batthyány Kázmér Szakkórházban az ellátás minőségének fokozásáért	24 607 100	2010.06.24	2011.10.31
6.2.4/A-09/1	Benedikt 2001. Egészségügyi és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság	Közép-Dunántúl	Benedikt 2001 Kft. foglalkoztatási támogatás igénylése	40 075 800	2010.04.12	2012.09.30
6.2.4/A-09/1	Debreceni Egyetem	Észak-Alföld	Hiányszakmák támogatott betöltése a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumában	48 075 928	2010.03.23	2012.08.31
6.2.4/A-09/1	Dr. Bencze és Társa Egészségügyi Szervező és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság	Dél-Alföld	Dr. Bencze és Társa Kft.-nél humán erőforrás fejlesztés mobil team felállításával az otthoni hospice ellátás minőségének javítása érdekében	20 281 295	2010.05.13	2012.07.31
6.2.4/A-09/1	Dr. Kasza és Fia Egészségügyi és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság	Dél-Alföld	Háziorvosi asszisztens foglalkoztatásának támogatása a Dr. Kasza és Fia Egészségügyi és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaságnál	4 355 000	2010.04.19	2012.05.01
6.2.4/A-09/1	Fejér Megyei Szent György Kórház	Közép-Dunántúl	A Fejér Megyei Szent György Kórház humán erőforrás fejlesztése a hiányszakmákban	44 369 500	2010.05.17	2011.12.31
6.2.4/A-09/1	Gróf Esterházy Kórház és Rendelőintézeti Szakrendelő	Közép-Dunántúl	Foglalkoztatás támogatása a pápai Gróf Esterházy Kórházban	41 657 863	2010.05.17	2012.07.05
6.2.4/A-09/1	Hatvani Városgazdálkodási Nonprofit Közhasznú Zártkörűen Működő Részvénytársaság	Észak-Magyarország	A hatvani kórház humán erőforrásának fejlesztése hiányszakmák területén	49 990 850	2010.05.17	2012.06.30
6.2.4/A-09/1	HELP 17 Házi Betégápoló és Gondozó Betéti Társaság	Közép-Dunántúl	HELP 17 Bt. foglalkoztatási támogatás igénylése	46 170 040	2010.03.23	2012.07.31
6.2.4/A-09/1	International Ambulance Service Egészségügyi és Szolgáltató Korlátolt Felelősségű Társaság	Közép-Dunántúl	Foglalkoztatás támogatása az International Ambulance Service Kft.-nél.	45 826 490	2010.05.17	2011.07.31
6.2.4/A-09/1	Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet	Észak-Alföld	Foglalkoztatás támogatása a Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézetnél	13 360 950	2010.05.17	2012.09.30
6.2.4/A-09/1	Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Észak-Alföld	Munkával az egészségügyért!	49 441 400	2010.05.19	2012.11.30

Pályázat száma	Ki nyerte el?	Régió	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
6.2.4/A-09/1	Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Észak-Alföld	A Kenézy Kórház betegellátási színvonalának emelése Mobil Sürgősségi Team (Medical Emergency Team - MET) működtetésével	47 500 000	2010.05.17	2012.03.31
6.2.4/A-09/1	Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet	Nyugat-Dunántúl	Foglalkoztatás támogatása a Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézetben	49 574 764	2010.05.14	2012.06.30
6.2.4/A-09/1	Mónika M. Humánegészségügyi Szolgáltató Kft.	Közép-Dunántúl	Egészségügyi humán erőforrás bővítés ellátatlan, aprófalvas területeken	35 625 065	2010.04.12	2012.06.30
6.2.4/A-09/1	Nevitt Gizella Cindy Otthonápolási és Hospice Szolgálat	Dél-Dunántúl	Munkaerőfejlesztés a hospice szolgáltatás területén a Nevitt Cindy Otthonápolási és Hospice Szolgálatnál	4 134 510	2010.05.17	2011.12.31
6.2.4/A-09/1	PETACO Szolgáltató és Tanácsadó Betéti Társaság	Dél-Alföld	Az otthoni szakápolás minőségi fejlesztése, kapacitás hiány betöltése humán erőforrás bővítéssel a PETACO Szolgáltató és Tanácsadó Bt.-nél	16 874 480	2010.05.07	2012.09.30
6.2.4/A-09/1	Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Észak-Alföld	Orvosok a pszichiátria szolgálatában	49 441 400	2010.06.24	2012.11.30
6.2.4/A-09/1	Szatmár-Beregi Kórház és Gyógyfürdő Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Észak-Alföld	Orvosok a Szatmárért és a Beregért	22 621 280	2010.06.28	2011.11.30
6.2.4/A-09/1	Zala Megyei Kórház	Nyugat-Dunántúl	A Zala Megyei Kórház pályázata humán erőforrás foglalkoztatásának támogatására	46 950 485	2010.05.17	2012.08.31
6.2.4/A-09/1	Zirc Városi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet	Közép-Dunántúl	Foglalkoztatás támogatása a Zirc Városi Erzsébet Kórház-Rendelőintézetben	49 539 785	2010.06.28	2012.07.31
6.2.4/A-09/1	Zsigmond Vilmos Harkányi Gyógyfürdőkórház Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Dél-Dunántúl	Egészségügyi szakszemélyzet a mozgásszervi rehabilitáció szolgálatában	49 714 440	2010.04.30	2012.04.30
6.2.4/A-09/1/KMR	Florance Egészségügyi Szolgáltató és Vállalati Tanácsadó Betéti Társaság	Közép-Magyarország	Humán erőforrás fejlesztés a Florance Bt.-nél	32 433 800	2010.03.25	2012.09.30
6.2.4/A-09/1/KMR	Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház	Közép-Magyarország	Viselkedéselemző-pszichológus állás létrehozása a Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház I. számú Pszichiátrián	5 160 632	2010.04.23	2012.07.01
6.2.4/A-09/1/KMR	Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházai	Közép-Magyarország	A szakdolgozói létszám növelése, család-barát programmal	50 000 000	2010.04.22	2012.09.30
6.2.4/A-09/1/KMR	Országos Idegtudományi Intézet	Közép-Magyarország	Hatékony foglalkoztatási konstrukció kialakítása az OITI-ben az egészségügyi szerkezetátalakítást követő humán erőforrás hiány megoldására	50 000 000	2010.04.20	2012.03.31
6.2.4/A-09/1/KMR	XVI. Kerület Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat	Közép-Magyarország	Támogatott foglalkoztatás - Kertvárosi Egészségügyi Szolgálat - 2010	49 224 400	2010.03.02	2012.06.30
6.2.4/A-09/1/KMR	Zuglói Egészségügyi Szolgálat	Közép-Magyarország	A Zuglói Egészségügyi Szolgálat humán erőforrás fejlesztése	49 225 436	2010.05.07	2012.07.16
6.2.2/A-KMR-09/1	Gyógyír XI. Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Közép-Magyarország	A Gyógyír XI. Nonprofit Kft. képzési programja	11 104 969	2010.02.15	2012.07.31
6.2.2/A-KMR-09/1	Pestszentlőrinc-Pestszentimre Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kiemelten Közhasznú Kft.	Közép-Magyarország	Képzési programok a Pestszentlőrinc-Pestszentimre Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. munkavállalói részére	10 684 477	2010.02.02	2012.12.31

Pályázat száma	Ki nyerte el?	Régió	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
6.2.2/A-KMR-09/2	Gálfi Béla Gyógyító és Rehabilitációs Közhasznú Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Közép-Magyarország	Hiányszakmák képzési projektje a Gálfi Béla Nonprofit Kft.-nél.	17 301 865	2010.08.16	2013.01.31
6.2.2/A-KMR-09/2	Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet	Közép-Magyarország	Képzések, továbbképzések támogatása a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézetben	29 496 245	2010.06.29	2012.10.31
6.2.2/A-KMR-09/2	Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet	Közép-Magyarország	Az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet egészségügyi dolgozóinak továbbképzése és kompetenciafejlesztése	22 556 163	2010.09.29	2012.03.31
6.2.2/A-KMR-09/2	Országos Mentőszolgálat	Közép-Magyarország	Konfliktuskezelő tréning és kompetenciafejlesztés a Közép-magyarországi régióban	49 005 200	2010.05.18	2011.11.30
6.2.2/A-KMR-09/2	Szent Rókus Kórház és Intézményei	Közép-Magyarország	Képzési program a Szent Rókus kórházban a foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése, kompetenciafejlesztés	10 803 726	2010.06.29	2011.12.31
6.2.2/A-KMR-09/2	Tüdőgyógyintézet Törökbálint	Közép-Magyarország	Együtt a Tüdőbetegekért	8 113 850	2010.08.16	2013.07.31
6.2.2/A-09/1	Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza	Dél-Alföld	Hiányszakmák képzési programja	46 218 547	2010.03.04	2012.08.31
6.2.2/A-09/1	Petz Aladár Megyei Oktató Kórház	Nyugat-Dunántúl	Képzések támogatása a Petz Aladár Megyei Oktató Kórházban	45 860 434	2010.03.05	2012.11.01
6.2.2/A-09/2 "A"	Bajai Szent Rókus Kórház	Dél-Alföld	A struktúraváltás támogatása a dolgozók szakképzésével és kompetenciafejlesztésével a Bajai Szent Rókus Kórházban	33 999 080	2010.09.06	2012.05.31
6.2.2/A-09/2 "A"	Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház	Észak-Magyarország	Képzési díjak támogatása a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórházban	44 925 110	2010.08.05	2012.11.30
6.2.2/A-09/2 "A"	Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Észak-Alföld	Képzési programok az egészségügyen foglalkoztatottak számára, hiányszakmák képzése és kompetenciafejlesztés a Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft.-nél.	38 173 552	2010.09.29	2012.02.29
6.2.2/A-09/2 "A"	Kemenesaljai Egyesített Kórház	Nyugat-Dunántúl	Képzés és kompetenciafejlesztés a celledömölki kórház egészségügyi dolgozói számára	33 823 056	2010.06.28	2012.03.30
6.2.2/A-09/2 "A"	Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Észak-Alföld	A Kenézy Gyula Kórház dolgozóinak képzése	26 070 340	2010.09.06	2013.09.30
6.2.2/A-09/2 "A"	Komárom-Esztergom-Megyei Önkormányzat Szent Borbála Kórháza	Közép-Dunántúl	A Szent Borbála Kórház dolgozóinak továbbképzése, hiányszakmák pótlása és az élethosszig tartó tanulás támogatása az egészségügyi ágazatban	40 024 560	2010.09.27	2013.06.30
6.2.2/A-09/2 "A"	Komlói Egészségcentrum Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Dél-Dunántúl	Egészségügyi képzések a Komlói Területi Kórházban	8 202 000	2010.09.06	2012.04.30
6.2.2/A-09/2 "A"	Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet	Nyugat-Dunántúl	Kompetenciafejlesztés és továbbképzés a Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet dolgozói számára	27 662 899	2010.09.08	2012.08.31
6.2.2/A-09/2 "A"	Margit Kórház	Nyugat-Dunántúl	Kompetencia fejlesztés és továbbképzések megvalósítása a csornai Margit Kórházban	25 522 584	2010.08.05	2012.08.31
6.2.2/A-09/2 "A"	Mátrai Gyógyintézet	Észak-Magyarország	Hiányszakmák képzésekkel a Mátrai Gyógyintézet humánerőforrás minőségi fejlesztéséért	12 564 732	2010.09.06	2013.02.28
6.2.2/A-09/2 "A"	MÁV Kórház és Rendelőintézet, Szolnok	Észak-Alföld	Infokommunikációt fejlesztő kompetenciabővítő képzés	7 978 700	2010.09.27	2011.04.10

Pályázat száma	Ki nyerte el?	Régió	Milyen célra?	Mekkora összeget?	A döntés dátuma	A lejárati dátuma
6.2.2/A-09/2 "A"	Mezőtúr Városi Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató Kft.	Észak-Alföld	Kompetenciabővítő informatikai képzés	4 632 250	2010.09.27	2011.01.15
6.2.2/A-09/2 "A"	NagyatádMed Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft	Dél-Dunántúl	NagyatádMed Nonprofit Kft munkatársainak egészségügyi, kommunikációs és informatikai képzése	14 731 780	2010.06.24	2013.02.28
6.2.2/A-09/2 "A"	Országos Mentőszolgálat	Észak-Magyarország	Komplex kompetenciafejlesztés a mentésirányításban (ICS képzés)	49 999 400	2010.05.18	2011.11.30
6.2.2/A-09/2 "A"	Sántha Kálmán Mentális Egészségközpont és Szakkórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Korlátolt Felelősségű Társaság	Észak-Alföld	Pszichiátriai betegellátás támogatása a Sántha Kálmán Szakkórházban, pszichiátriai szakápoló képzéssel és kompetencia fejlesztéssel	11 552 300	2010.09.28	2012.02.29
6.2.2/A-09/2 "A"	Tiszaújváros Városi Rendelőintézet	Észak-Magyarország	Szakképzés az intézményi stratégia tükrében Tiszaújvárosban és Mezőkövesden	15 114 064	2010.06.24	2010.06.24
6.2.2/A-09/2 "A"	Városi Kórház Keszthely	Nyugat-Dunántúl	Kompetenciafejlesztés és humánerőforrás minőségoptimalizálás - Városi Kórház Keszthely	30 688 833	2010.06.24	2012.08.31
6.2.2/A-09/2 "A"	Zala Megyei Kórház	Nyugat-Dunántúl	Képzés és kompetenciafejlesztés a Zala Megyei Kórházban	27 750 292	2010.09.10	2012.09.30
Részösszeg				1 925 490 763		
6.1.2/A-09/1.	160 db nyertes pályázat		Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok	1 466 680 116		
6.1.2/A-09/1-KMR.	105 nyertes pályázat		Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok	980 714 979		
6.1.2/LHH-09/1.	5 nyertes pályázat		Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok a leghátrányosabb helyzetű kistérségekben	205 863 702		
Részösszeg				2 653 258 797		
TÁMOP összesen				4 578 749 560		

F. Melléklet. A dohányzás korlátozására irányuló törvények hatásaival foglalkozó szakirodalom összefoglalása

Szerző	Cím	Kibocsátó szervezet, megjelenés helye	Típus, módszer	Megjelenés éve	Eredmény
	Report on the Global Tobacco Epidemic	WHO		2009	<ul style="list-style-type: none"> - Csökkennek a légzési problémák, - csökkennek a szívbetegségből adódó bántalmak, - csökkennek a tüdőrák megbetegedések, - segíti a dohányzás csökkentését vagy megszüntetését, - elősegíti a dohányfüst-mentes otthonok megteremtését, - a dohányfüst-mentes környezetek népszerűek, - semleges vagy pozitív hatással vannak az üzleti vállalkozásokra, köztük a vendéglátóiparra.
	Evaluating the effectiveness of Smoke-free Policies	International Agency for Research on Cancer, WHO	Szakirodalom kritikai áttekintése	2009	<ul style="list-style-type: none"> - Nem fejtenek ki káros gazdasági hatást a vendéglátásban (éttermek, bárók stb.), kismértékű pozitív gazdasági hatásuk lehet, - nincs kedvezőtlen makrogazdasági hatásuk, a dohányiparon kívüli szektorok ellensúlya következtében, - növekvő támogatottságot élveznek (növekvő compliance), - a passzív dohányzásnak való kitétség lényeges csökkenését eredményezik, ennek következtében szívbetegségek, légzőszervi problémák csökkenése, hosszabb távon tüdőrák csökkenése, - csökken a cigaretta-fogyasztás, nő a leszokás, csökken az otthoni dohányzás, csökken a dohányzás a felnőttek, valamint a fiatalok körében.
Amanda Scoggins et al.	Analysis to support the Impact Assessment of the Commission's smoke-free initiatives	Rand Corporation, Európai Bizottság DG SANCO megbízásából	Szakirodalmi áttekintés, saját számítások	2009	<ul style="list-style-type: none"> - A környezetben jelen lévő dohányfüst expozíció (ETS) csökkentésével csökkenthető az ETS által előidézett főbb betegségek (tüdőrák, stroke, szívbetegség, COPD) miatti mortalitás és növelhető az egészségben eltöltött életevek száma, - csökkennek a bárók alkalmazottainak légúti problémái, - csökkennek a szívrohamok miatti kórházi felvételek, - csökken az elszívott cigaretták száma, nő a leszokás, csökken a dohányzás prevalenciája, - csökkennek az egészségügyi kiadások, - 5,5-14%-kal csökkennek a dohányipar bevételei, - bárók, éttermek bevételeinek változása -11 milliárd és +10 milliárd EUR között lehet évente, - munkahelyi megtakarítások (csökkenés a cigaretta szünetek számában, a karbantartási, takarítási és újrafestési költségekben, az esetleges tűzkárok rendezésében), - belső légterek javuló levegője, - kedvező hatások a hátrányos helyzetű társadalmi rétegek dohányzási szokásaira.
Hopkins et al.	Smokefree Policies to Reduce Tobacco Use	American Journal of Preventive Medicine	Szisztematikus szakirodalmi áttekintés	2010	<ul style="list-style-type: none"> - Csökken a dohányzás a dolgozók körében, - gazdasági előnyöket jelent a munkáltatók számára, - egészségügyi előnyöket jelent a korábbi dohányosokra.
Callinan et al.	Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption	Cochrane Collaboration	Szisztematikus szakirodalmi áttekintés	2010	<ul style="list-style-type: none"> - A törvények támogatottsága növekvő, betartása jó, - a passzív dohányzásnak való kitétség csökken, elsősorban a dolgozók, különösen a vendéglátó szektorban foglalkoztatottak számára, - pozitív hatás az egészségügyi kimenetekre: csökkenés az akut koronáriás szindrómával történő kórházi felvételek számában, a légzőszervi és szenzoros tünetek előfordulásában, - csökkenő cigarettafogyasztás, a dohányzás mérsékelt csökkenése, - a levegő minősége javul, - éttermek, bárók látogatottsága nem csökken.
David G. Meyers et al.	Cardiovascular Effect of Bans on Smoking in Public Places	American College of Cardiology Foundation	Szisztematikus szakirodalmi áttekintés és metaanalízis	2009	<ul style="list-style-type: none"> - Az akut miokardiális infarktus incidenciájának kockázata 17%-kal csökkent a dohányzás tiltása után a tiltást megelőző időszakhoz viszonyítva, legnagyobb mértékben a fiatalok és a nemdohányzók körében.
Lucy Hackshaw et al.	Quit attempts in response to smoke-free legislation in England	UK Centre for Tobacco Control Studies	országos, háztartásokban történő felmérés	2010	<ul style="list-style-type: none"> - Több mint 300 ezerrel nőtt a dohányzástól való leszokással kísérletezők aránya, és ez az ösztönzés valamennyi társadalmi réteg esetében tapasztalható volt.

Szerző	Cím	Kibocsátó szervezet, megjelenés helye	Típus, módszer	Megjelenés éve	Eredmény
Michelle Sims et al.	Short term impact of smoke-free legislation in England: retrospective analysis of hospital admissions for myocardial infarction	BMJ	Retrospektív elemzés	2010	- Angliában a dohányzás elleni törvény bevezetését követően a miokardiális infarktus következtében történő sürgősségi kórházi felvételek száma jelentősen csökkent.
Sherry A. McKee et al.	Longitudinal evaluation of smoke-free Scotland on pub and home drinking behavior:	International Tobacco Control Policy Evaluation Project	Telefonos kutatás, longitudinális kiértékelés	2009	- Skóciában a dohányzás elleni 2006-os törvény nem növelte az otthoni ital fogyasztás mértékét, - csökkent az alkoholfogyasztás a mérsékelt és erősen italozó dohányosok körében, akik a törvény hatályba lépését követően kevesebbet jártak pubokba, bárókba.
Finian Bannon et al.	Greater gains from smoke-free legislation for non-smoking bar staff in Belfast	European Journal of Public Health	Kérdőíves felmérés	2009	- A különböző légzőrendszeri problémák a bárók dohányzó és nemdohányzó alkalmazottai esetében egyaránt csökkenést mutattak, - a szenzoros tünetek szintén csökkentek a dohányzók és a nemdohányzók esetében egyaránt, - csökkent a passzív dohányzásnak való kitettség a munkahelyen, otthon és a társadalmi környezetben.
Prof. Daniel Thomas	Evaluation de l'impact de l'interdiction de fumer de fumer sur les syndromes CORonaires aigus	Société Française de Cardiologie	Kórházi felvételek adatelemzés	2010	- Az infarktusos kórházi felvételi esetek folyamatosan csökkenő száma, ami azonban nem köthető a dohányzást szigorító 2007-2008-as törvényekhez. (Viszont a dohányzás korábbi szigorításainak eredménye).
Gera E. Nagelhout et al.	The population impact of smoke-free workplace and hospitality industry legislation on smoking behaviour	STIVORO Dutch Expert Centre on Tobacco Control	Keresztmetszeti lakossági kérdőíves felmérés	2010	- Hollandiában a tilalom bevezetését követően a munkahelyeken csökkent a dohányzás gyakorisága, a vendéglátóhelyeken viszont nem, - a munkahelyeken és a vendéglátóhelyeken egyaránt nőtt a dohányzástól történő (sikeres és sikertelen) leszokási kísérletek száma (a munkahelyeken nagyobb mértékű növekedés volt tapasztalható).
Andrew Hyland et al.	Does smoke-free Ireland have more smoking inside the home and less in pubs than the United Kingdom? Findings from the international tobacco control policy evaluation project	International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project	Telefonos kutatás	2007	- Írországban a dohányzás ellenes törvény bevezetését követően nem növekedett az otthoni dohányzás és alkoholfogyasztás mértéke, és nem volt magasabb, mint az Egyesült Királyságban, ahol a felmérés idején még nem volt érvényben dohányzás elleni jogszabály.
Michael Kvasnicka, Harald Tauchmann	Much Ado About Nothing? – Smoking Bans and Germany's Hospitality Industry	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Statistisches Bundesamt	Forgalmi adatok elemzése, regresszióanalízis	2010	- A dohányzási tilalom bevezetését követően csupán csekély mértékű (2%-os) és rövid távú bevételkiesés volt tapasztalható a vendéglátóhelyeken.
Michael Kvasnicka, Harald Tauchmann	Eine Befragung von Gastronomiebetrieben zur Einführung von Rauchverboten im Gastgewerbe: deskriptive Ergebnisse	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Industrie und Handelskammer Essen, Industrie und Handelskammer Nürnberg	Kérdőíves felmérés	2010	- Bayernben, ahol a megkérdezés időpontjában már érvényben volt a dohányzási tilalom a vendéglátóhelyeken, jelentősen kevesebben dohányoztak, mint Berlin vagy Nordrhein-Westfalen vendéglátóhelyein, ahol a tilalom csak a felmérést követően lépett életbe, - a dohányzási tilalmak hatásaival szembeni várakozások mind a vendégek mind a vendéglátóhely-tulajdonosok esetében negatívabbak, mint a ténylegesen megfigyelt hatások.
Michael Kvasnicka	Public Smoking Bans, Youth Access Laws, and Cigarette Sales at Vending Machines	Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung,	Forgalmi adatok elemzése	2010	- Az elektronikus korazonosítás bevezetése óta az automatákból történő cigarettavásárlások száma jelentősen csökkent, a vásárlás más eladási helyekre tevődött át, - a cigarettavásárlás minimum korhatárának 16 évről 18-ra történő emelése, valamint a dohányzási tilalom bevezetése a szövetségi kormányzati intézményekben csak nagyon csekély vagy egyáltalán nem azonosítható bevételkiesést eredményeztek.