

NEMZETI  
KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM

VEZETŐ- ÉS TOVÁBBKÉPZÉSI KÖZPONT

FAZEKAS MARIANNA

# Egészségügy-politika



A tananyag az ÁROP-2.2.19-2013-2013-0001  
Elektronikus képzési és távoktatási anyagok készítése  
című projekt keretében készült el.

Eredeti megjelenés éve: 2015

A hatályosított tananyag a  
KÖFOP-2.1.1-VEKOP-15-2016-00001  
„A közszolgáltatás komplex kompetencia,  
életpálya-program és oktatás technológiai fejlesztése”  
című projekt keretében készült el és jelent meg.

**A hatályosított kézirat lezárásának dátuma:**  
2018. február 27.

**Szerző:**

Dr. Fazekas Marianna

**Olvasószerkesztő:**

Kiss Eszter

Kiadja:

© NKE, 2018.

**Felelős kiadó:**

Prof. Dr. Kis Norbert  
Dékán

A mű szerzői jogilag védett.

Minden jog, így különösen a sokszorosítás, terjesztés és fordítás joga fenntartva.

A mű a kiadó írásbeli hozzájárulása nélkül részeiben sem reprodukálható,  
elektronikus rendszerek felhasználásával nem dolgozható fel,  
azokban nem tárolható, azokkal nem sokszorosítható és nem terjeszthető.

# Tartalom

<b>1. Az állami egészségügyi feladatok bővülése .....</b>	<b>4</b>
1.1. A gyógyítás kezdetei .....	4
1.2. Az állami egészségügy kezdetei Magyarországon .....	4
1.3. A polgári magyar egészségügy az I. világháború végéig .....	4
1.4. Az egészségügy a két világháború között .....	5
1.5. A szocialista egészségügy .....	5
1.6. Változások 1990 után .....	6
<b>2. Népegészségügy, közegészségügy, járványügy .....</b>	<b>7</b>
2.1. Népegészségügyi, közegészségügyi, járványügyi feladatok .....	7
2.1.1. Népegészségügy .....	7
2.1.2. Járványügy .....	7
2.2. Nemzetközi és uniós szabályozás és együttműködés .....	9
2.2.1. Együttműködés a WHO keretében .....	9
2.2.2. Európai uniós feladatok és hatáskörök .....	9
<b>3. A gyógyító-megelőző ellátás .....</b>	<b>10</b>
3.1. Az egészségügyi szolgáltató – beteg viszony .....	10
3.1.1. Fogalmak .....	10
3.1.2. Az egészségügyi szolgáltató – beteg jogviszony .....	10
3.2. Az egészségügyi ellátórendszer .....	12
3.2.1. Az egészségügyi ellátórendszer szakmai tagolódása. A progresszivitás elve .....	12
3.2.2. Az egészségügyi szolgáltatók tulajdoni és működési formái .....	12
3.3. Egészségbiztosítás .....	13
3.3.1. A biztosítottak és egyes ellátásokra jogosultak .....	14
3.3.2. Az ellátások: a „szolgáltatási csomag” .....	14
3.3.3. Az egészségbiztosításba „befogadott” szolgáltatók .....	15
3.3.4. A biztosító .....	15
3.3.5. Az egészségügyi ellátások fedezete .....	16
3.4. Gyógyszerügyi igazgatás .....	16
<b>4. Fogalomtár .....</b>	<b>18</b>
<b>5. Felhasznált irodalom .....</b>	<b>20</b>
<b>6. Ellenőrző kérdések .....</b>	<b>21</b>
6.1. Az első fejezethez .....	21
6.2. A második fejezethez .....	21
6.3. A harmadik fejezethez .....	22

# 1. Az állami egészségügyi feladatok bővülése

## 1.1. A gyógyítás kezdetei

Az egészségügy állami feladatai az egészségügyi közigazgatás kialakulásától kezdődően **két nagy csoportba** sorolhatók. Az egyik a közösség védelme a közegészségügyi kockázatokkal, járványokkal szemben, a másik a betegek gyógyításának megszervezésével összefüggő állami feladatok összessége.

Az első feladatcsoport évezredes múltra tekint vissza, míg a gyógyítás megszervezése csak a XIX. század utolsó harmadától – a szociális jogok megjelenésével és az egészséghez való jog elismerésével – válik állami feladattá.

Az egész társadalomra kiterjedő, államilag szervezett egészségügyi tevékenységet Európában a felvilágosult abszolutizmus teremtette meg. A gyógyítás története viszont évezredekkel korábban kezdődött. Közismert kultúrtörténeti jelentőségű a görög orvoslás<sup>1</sup>, ami római, majd arab közvetítéssel maradt fenn Európában<sup>2</sup>.

A középkor történetének meghatározó tényezői voltak a járványok. A védekezést – az első közegészségügyi rendszabályok és intézkedések formájában – először a városokban szervezték meg. A kora középkorban az intézményes gyógyítás szinte kizárólag a szerzetesrendek ápolóiban és ispotályáiban folyt. A kiépülő városokban a XIV-XV. századtól hoztak létre városi ispotályokat. A gyógyításban szigorúan elhatárolták az orvosi tevékenységet és a sebészetet. Ez utóbbit borbélyok, kirurgusok vásárokon, piacokon űzték, ezért csaknem a XIX. századig megvetett ténykedés volt. Míg az orvosokat egyetemeken képezték, a sebészetet a XVI. századtól megalakuló borbély céheken belül vagy katonai felcseriskolában oktatták. A falusi közösségekben a bábák, a gyógyfű-, gyógyolaj-árusok, a kuruzslók, ráolvasók, vajakosok művelték a népi gyógyászatot.

A XVII. századtól az abszolút monarchiák részben a közegészségügyi és járványügyi rendszabályokkal és ezek érvényesítésével, részben az egészségügyi személyzetre vonatkozó képesítési és működési szabályok megalkotásával, helyenként a képzés királyi fennhatóság alá vonásával kezdték meg az állami egészségügy megteremtését.

## 1.2. Az állami egészségügy kezdetei Magyarországon

Magyarországon az első „egészségügyi törvény” 1770-ben született meg, amikor Mária Terézia kiadta a „*Generale Normativum in Re Sanitatis*” királyi rendeletet. A meglehetősen hosszú, két részből és nyolc fejezetből álló rendelet alapvetően közegészségügyi és járványrendészeti tárgyú volt.<sup>3</sup> Mária Terézia nevéhez fűződik a magyar orvosképzés megteremtése is.<sup>4</sup>

## 1.3. A polgári magyar egészségügy az I. világháború végéig

A kiegyezés után a közegészségügy törvényi szintű rendezésére 1876-ban került sor, az 1876. évi XIV. törvénycikkben. A törvény az állam szerepét még ekkor is rendészetinek tekintette. A közegészségügy és járványügy hatósági feladatait, és az egészségügyi szakfelügyeletet a törvényhatóságok által alkalmazott megyei tisztifőorvosok és a járási orvosok látták el.<sup>5</sup>

Az orvosi ellátás biztosítására minden városnak és 6000 léleknél többet számoló községnek orvost, a kisebb községeknek pedig – több településre kiterjedő orvosi körzettel – körorvost kellett alkalmazni, aki a vagyonosokat díjazás ellenében, a szegényeket pedig ingyen volt köteles ellátni.<sup>6</sup> A kórházak változatos tulajdoni formában működtek, voltak állami, önkormányzati, egyesületi, alapítványi, egyházi és magánintézmények. Ugyanakkor, már

<sup>1</sup> Lásd a hippokratészi eskü ma is használatos szövegét.

<sup>2</sup> HAJDI GYÖRGY: A modern orvostudomány előzményei. A görög-római antikvitás és az arab középkor orvoslásának legjelesebb képviselői [http://www.infektologia.hu/upload/infektologia/document/hajdi\\_mod\\_ern\\_orvostud\\_elozmenyei\\_2resz.pdf](http://www.infektologia.hu/upload/infektologia/document/hajdi_mod_ern_orvostud_elozmenyei_2resz.pdf) (utolsó letöltés: 2013. 05.23.) 1–4. o.

<sup>3</sup> A „*Generale Normativum in Re Sanitatis*” teljes magyar nyelvű szövegét és részletes elemzését lásd: BALÁZS Péter (2004): „*Generale Normativum in Re Sanitatis*” 1770. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete. Piliscsaba-Budapest, Magyar Tudománytörténeti Intézet – Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár.

<sup>4</sup> SZÖGI László (2003): *Az Eötvös Loránd Tudományegyetem története 1635-2002*. ELTE Eötvös, Budapest, 51–68. o.

<sup>5</sup> Az egészségügyi közigazgatás részletes bemutatását lásd: PÁLVÖLGYI Balázs (2011): *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867-1914*. ELTE Eötvös, Budapest.

<sup>6</sup> 1876. évi XIV. tc. 142-145. §, ill. 146-148. §.

1855-től megkülönböztették a közkórházakat és a magánkórházakat, azon az alapon, hogy a közkórházak minden beteget kötelesek voltak ellátni, tulajdoni és működési formájuktól függetlenül.<sup>7</sup>

Az egészségügyi ellátás alapvetően az orvos és beteg magánjogi viszonyára épült, ahol az ellátás díja szabad alku tárgya volt. A gyógyítás költségeit csak a szegénységi bizonyítvánnyal rendelkezők helyett viselték az önkormányzatok.

Az egészségügyet érintő szociális újraelosztó funkció a századfordulón jelent meg az **államilag szervezett kötelező betegbiztosítás** 1891. évi bevezetésével.<sup>8</sup> A magyar betegbiztosítás a bismarcki modellt követte. A munkavállalók és a munkáltatók járulékbefizetéseire alapozott kötelező biztosítást az iparban foglalkoztatottakra írták elő. A biztosítottak betegsegélyező pénztárak tagjaivá váltak, és a pénztárak által alkalmazott orvosoknál vehették igénybe a járóbeteg szakorvosi ellátást, és a kórházi ápolás költségét is a pénztár viselte.

## 1.4. Az egészségügy a két világháború között

A két világháború közötti korszakban az állam egészségügyi feladatai koncepcionálisan nem változtak. A közegészségügy területén a járványok elleni védekezés mellé felzárkózott az egyes népbetegségek (gümőkór, nemi betegségek, alkoholizmus) elleni küzdelem, majd a védőnői hálózat kiépítése.

Az orvosi szakmát érintő alapvető változás volt 1936-ban az orvosi rendtartás kiadása, illetve az orvosok kötelező tagságon alapuló szakmai kamarába szervezése.<sup>9</sup> A szakmai kamara a harmincas évek végétől azonban a zsidótörvények érvényesítésének, és az orvoskar faji alapon történő szelektálásának az eszközévé vált.<sup>10</sup>

A korszak egészségügyet is érintő fontos fejleménye volt a kötelező társadalombiztosítás teljes kiépülése és újraszabályozása 1927-1928-ban, az egységes köztestületi biztosító, az Országos Társadalombiztosító Intézet létrehozásával.

A kötelező társadalombiztosítás magyarországi kibővítésében fontos szerepet játszott az I. világháborút lezáró békeszerződési rendszer részeként létrehozott Népszövetség és különösen ennek a munkaügyi és szociális – ezen belül társadalombiztosítási – szabályozással foglalkozó szervezete, a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO).

## 1.5. A szocialista egészségügy

A szocializmus 1948-1990 közötti történelme nem írható le egységes történelmi korszakként, mind gazdasági, mind politikai szempontból több időszakra tagolható. Az egészségügynek volt azonban néhány olyan meghatározó jellemzője, melyek az egész korszakban fennmaradtak.

Az egészségügy **minden elemében állami feladattá** vált. Állami intézmények lettek a kórházak, a szakrendelők, a gyógyszerárak; állami alkalmazottakká váltak az orvosok, az ápolónők, védőnők, a gyógyszerészek, akiket állami egyetemeken, illetőleg egyéb állami intézményekben képeztek. A gyógyszergyártást állami vállalatok végezték.

A közegészségügy-járványügy igazgatása 1956-tól a **Közegészségügyi és Járványügyi Főfelügyelőség** és a szakmai irányítása alá tartozó megyei, illetőleg járási/városi közegészségügyi és járványügyi állomások (KÖJÁL) feladatköre lett. 1948-ban szervezték meg új állami feladatként a vérellátást (Országos Vértranszfúziós Szolgálat), és a mentést (Országos Mentőszolgálat). Az egészségügy központi ágazati irányítását egészen 1987-ig az 1950-ben létrehozott Egészségügyi Minisztérium látta el.

Az **egészségügy egységének elve** alapján az egészségügyi ellátó rendszer a progresszió elvén felépített, szakmailag hierarchikus állami intézményrendszert alkotott. Ennek legalsó szintje a körzeti orvosi hálózat volt, a körzeti orvosokat helyi tanácsok foglalkoztatták. A járóbeteg szakellátást a kiépülő városi/járási szakrendelők biztosították. A kórházakat a megyei vagy a városi tanácsok tartották fenn. A progresszív ellátás csúcán a minisztérium közvetlen irányítása alatt álló országos gyógyintézetek és az egyetemi klinikák álltak.

A szocialista egészségügy alapelvei közé tartozott a **mindenki számára hozzáférhető, ingyenes egészségügyi ellátás** biztosítása is. Az egészségügyi ellátásra való jogosultság 1950 és 1975 között a betegségi biztosítás keretében, biztosított jogon járt, és csak az 1972-ben megszületett egészségügyi törvény – az 1972. évi alkotmánymódosítás alapján – mondta ki az **állampolgári jogon járó** egészségügyi ellátás elvét.<sup>11</sup>

<sup>7</sup> PÁLVÖLGYI (2011): i. m., 12. o.

<sup>8</sup> Az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről és az 1898. évi XXI. tc. a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1891. évi XIV. tc.

<sup>9</sup> Az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. törvény.

<sup>10</sup> Lásd erről bővebben: Kovács M. Mária (2001): *Liberalizmus, radikalizmus, antiszemitizmus. A magyar orvosi, ügyvédi és mérnöki kar politikája 1867 és 1945 között*. Helikon Kiadó, Budapest.

<sup>11</sup> 1972. évi II. törvény 25. §, ami azonban csak 1975-ben lépett hatályba.

## 1.6. Változások 1990 után

Az egységes állami egészségügyi rendszer lebontása és átalakítása már 1990-ben megkezdődött, **két irányban is**. Az egyik az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás helyett **a biztosítási elvű egészségügyre való visszatérés** volt. Ezt már a társadalombiztosítási rendszer megújításának koncepciójáról szóló 60/1991. (X. 29.) OGY határozat célul tűzte ki, az áttérés 1992. július 1-től történt meg, a társadalombiztosítási törvény módosításával.<sup>12</sup>

A másik irányt a közigazgatás átalakítása, a **helyi önkormányzatok visszaállítása** szabta meg. Az államigazgatás és az önkormányzati igazgatás szétválásával el kellett határolni egymástól az egészségügyben is a feladatokat. Az alkotmányos szabályozás deklarálta, hogy az **egészségügyi ellátások megszervezése állami feladat**. Ezt az állami feladatot a népegészségügy, a közegészségügy és járványügy területén egyértelműen államigazgatási feladatnak minősítették, és erre hozták létre 1991-ben az **Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot**, élén az országos tiszti főorvossal.<sup>13</sup> A **gyógyellátás megszervezését** viszont – a helyi közszolgáltatásokért való felelősség jegyében – **a helyi önkormányzatokra ruházták**. Ez a feladatmegosztás 2011 végéig állt fenn, amikor a kórházak állami irányítás alá vonásával (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet; 2015. március 1-től: Állami Egészségügyi Ellátó Központ) az önkormányzatok szerepe gyakorlatilag az alapellátás, illetve az önálló járóbeteg ellátás biztosítására korlátozódott. Az országos intézetek, az egyetemi klinikák, illetve a mentőszolgálat irányítása mindvégig állami irányítás alatt maradt.

---

<sup>12</sup> A társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény módosításáról szóló 1992. évi IX. törvény.

<sup>13</sup> Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény; jelenleg: az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény.

## 2. Népegészségügy, közegészségügy, járványügy

### 2.1. Népegészségügyi, közegészségügyi, járványügyi feladatok

#### 2.1.1. Népegészségügy

A népegészségügy feladatait az alábbi csoportokba sorolhatjuk:

- a) a lakosság egészségi állapotának elemzése;
- b) az egészségkárosító tényezők felismerése, azonosítása;
- c) megelőzési stratégia alkotása;
- d) egészségfejlesztési, egészségnevelési programok kidolgozása, megvalósításuk szervezése.<sup>14</sup>

E feladatok számottevő részét 2017. április 1-ig az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat központi szervei, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (OTH) és az ÁNTSZ szervezetébe tartozó országos intézetek látták el. 2017. április 1-től az Országos Tisztifőorvosi Hivatal megszűnésével a népegészségügyi feladatok központi irányítása közvetlenül az emberi erőforrások miniszterének hatásköre. A miniszteri döntések szakmai megalapozásában az Emberi Erőforrások Minisztériumában működő országos tisztifőorvos közreműködik. Az állami népegészségügyi stratégiát a **Népegészségügyi Program** határozza meg, amit az **Országgyűlés határozatban** fogadott el.<sup>15</sup> A megyei/fővárosi kormányhivatalok népegészségügyi feladatkörükben az egészségfejlesztés keretében egészségvédelmi, egészségnevelési és egészségmegőrző szervező munkát folytatnak, megszervezik és koordinálják a népegészségügyi szűréseket, vizsgálják és elemzik a lakosság egészségi állapotát, beleértve a nem fertőző betegségek epidemiológiáját és az egészséghatás-értékelést.

Az egészséges életmódot népszerűsítő egészségfejlesztési és népegészségügyi szemléletformáló tevékenység országos szintű szakmai és szakmai támogató feladatait a Nemzeti Egészségmegőrző Központ Nonprofit Kft. végzi.

**Közegészségügyi tevékenységként** a jogszabályok bizonyos károsító anyagokra egészségügyi határértékeket határoznak meg, a népegészségügyi hatóságok pedig megfigyelő-ellenőrző tevékenységet folytatnak, és az emberi egészségre káros tevékenységeket korlátozhatják vagy megtilthatják. A közegészségügy köréből a munkaegészségügy ágazati irányítása a munkaügyi igazgatás részeként a nemzetgazdasági miniszter feladata.

#### 2.1.2. Járványügy

A közigazgatás a fertőző betegségek és járványok terjedésének megakadályozása érdekében egyrészt jogalkotással, másrészt hatósági eszközökkel lép fel. A járványok gyors terjedése és súlyos, tömeges hatása miatt a közigazgatás ezen a területen a magánszférát, akár személyes szabadságot is korlátozó intézkedéseket alkalmazhat.

A járványügyi hatóság által alkalmazható intézkedéseket az alábbi táblázat foglalja össze:

<sup>14</sup> Kovácsy Zsombor (2008): *Egészségügyi jog*. Semmelweis, Budapest, 102. o.

<sup>15</sup> Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat.

1. táblázat

Intézkedés	Feltétele, tartalma	Hatósági cselekvés
Védőoltás	- életkorhoz kötött; - megbetegedési veszély; - foglalkozási feltétel;	a törvényes képviselő vagy a személy hatósági kötelezése
Szűrővizsgálat	jogszabályban meghatározott fertőző betegségek esetén kisebb vagy nagyobb közösségek tagjainak szűrővizsgálata	hatósági kötelezés
Kötelező vizsgálat, kötelező gyógykezelés	fertőző betegség gyanúja esetén orvosi vizsgálaton való megjelenés, gyógykezelés túrése, laboratóriumi vizsgálatokhoz vizsgálati anyag szolgáltatása	orvos előírása; ellenszegülés esetén hatósági kötelezés vagy hatósági intézkedés
Elkülönítés	a fertőző beteg elkülönítése – a betegségtől függően – otthonában, tartózkodási helyén, kijelölt gyógyintézetben; kapcsolattartás korlátozása	orvos előírása; ellenszegülés esetén hatósági kötelezés és kényszer-cselekmények
Megfigyelés, zárlat (karantén)	a fertőző beteggel érintkezettek mozgási szabadságának, munkavégzésének korlátozása a megfigyelés érdekében; zárlat esetén a megfigyelést erre kijelölt helyen hajtják végre	hatósági kötelezés vagy hatósági intézkedés
Járványügyi ellenőrzés	a kórokozó-hordozók időszakos ellenőrzése: kötelező vizsgálat, kitiltás meghatározott intézményekből, lakhelyelhagyás tilalma, egészségügyi rendszabályok	hatósági kötelezés
Fertőzési lánckutatás	meghatározott betegségek esetén a beteg kötelezése arra, hogy nevezze meg azokat a személyeket, akiktől a betegséget kaphatta	hatósági kötelezés
Fertőtlenítés	a fertőző beteg tárgyainak fertőtlenítése, megsemmisítése	hatósági intézkedés

A járványügyi intézkedések feltétele a **fertőző betegségek kötelező bejelentési rendszere**. Jelenleg közel ötven fertőző betegség észlelését köteles az orvos a jogszabályban meghatározott időn (például tbc vagy egyes szexuális úton terjedő betegségek esetében 48 órán) belül bejelenteni a járványügyi hatóságnak, de más fertőző betegséget is be kell jelenteni, ha szokatlanul nagy számban vagy szokatlan formában fordul elő. A fertőző betegeket, illetve a betegségre gyanús személyeket a fertőző betegek nyilvántartásába be kell jegyezni, ahonnan a betegség elmúltával ugyancsak az orvos bejelentése alapján törlik a beteget.

A járványveszélyt vagy járványt az egészségügyi hatóság állapítja meg. Járvány esetén alkalmazhatnak az előbbieken túlmenő, **nagyszámú embert érintő korlátozásokat is**. A közegészségügyi, járványügyi előírások megsértése esetén az egészségügyi hatóság **egészségügyi bírságot** szabhat ki.<sup>16</sup>

A járványügyi feladatok országos megvalósításában közreműködik az Országos Közegészségügyi Intézet.

<sup>16</sup> Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 13/A. §.



## 2.2. Nemzetközi és uniós szabályozás és együttműködés

### 2.2.1. Együttműködés a WHO keretében

A népegészségügyi nemzetközi együttműködésben az ENSZ két szakosított szervének van meghatározó szerepe: a munkaegészségügy, munkavédelem területén a Nemzetközi Munkaügyi Szervezetnek (ILO), míg a népegészségügy egyéb ágaiban és a járványügyben az Egészségügyi Világszervezetnek (továbbiakban: WHO).

A WHO rövid és hosszú távú nemzetközi kutatásokat szervez, adatszolgáltatási rendszereket működtet, egészségügyi fogalomtárakat, statisztikai módszertani szabványokat dolgoz ki.<sup>17</sup> A WHO számos népegészségügyi programot is koordinál (ilyen például a Dohányzásellenes Világnap, Mentális Egészség Akcióprogram 2013-2020 stb.)

A WHO-nak kiemelkedő jelentősége van a járványügyi nemzetközi együttműködésben, amit a 2009. évi XCI. törvénnyel kihirdetett **Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályok** (NER) rendeznek. A WHO ezen egyetemes egyezménye azt célozza, hogy megakadályozzák a fertőző betegségek nemzetközi terjedését, a nemzetközi forgalom és kereskedelem szükségtelen megzavarása nélkül. A Rendszabályok tárgyalják a részes államok bejelentési (*surveillance*) kötelezettségét, felhatalmazzák a WHO főigazgatóját a nemzetközi közegészségügyi-járványügyi szükséghelyzet fennállásának eldöntésére, járványügyi intézkedéseket tartalmazó ideiglenes és állandó ajánlások kibocsátására.

### 2.2.2. Európai uniós feladatok és hatáskörök

A közegészségügy területén az Unió a tagállamokkal **megosztott hatáskörben** léphet fel. A közegészségügyhöz sorolható területek közül a munkaegészségügyet, a betegségek megelőzését, a betegségek okainak feltárását célzó népegészségügyi intézkedéseket, a kábítószer-fogyasztás elleni harcot kell megemlíteni, amit a járványügyi szabályozási jogkörök egészítenek ki.

A **munkaegészségügy** területén a szabályozás a munkavállalók munkahelyi biztonságának és egészségvédelmének javítását ösztönző intézkedések bevezetéséről szóló, a Tanács 1989. június 12-i 89/391/EGK irányelvéből (keretirányelv) és az ehhez kapcsolódó, a munkaeszközöket, a speciális kockázatokat, a munkahelyeket, a rákkeltő és más biológiai kóroki tényezőket és a terhes munkavállalókat érintő irányelvekből áll.<sup>18</sup> A munkahelyi biztonság és egészségvédelem uniós szintű információs központja az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség.

A Parlament és a Tanács már 1996-tól több közegészségügyi területen fogadtak el **közös cselekvési programokat** (például rák, kábítószer-fogyasztás, AIDS elleni küzdelem stb.), de csak 2002-ben született meg az **első, átfogó közegészségügyi program**, ami a 2003-2007. közötti öt évre határozta meg a közösség céljait és cselekvési kereteit a közegészségügy területén. Ezt követte 2007 végén a **második közösségi cselekvési program**.<sup>19</sup> Mindkét program – tiszteletben tartva a tagállamok egészségügyi hatásköreit – a közösségi szerepet az egészség, mint a jólét meghatározó előfeltételének az előmozdításában, az egészségbiztonság javításban és a tájékoztatásban határozta meg. Ezeknek a cselekvési programoknak a figyelemmel kísérésére és végrehajtására speciális uniós hivatalokat is létrehoztak, 2004-ben a Közegészségügyi Program Végrehajtó Hivatalát, majd ezt átalakították Egészség- és Fogyasztásügyi Végrehajtó Ügynökséggé<sup>20</sup> (2014. január 1-től Fogyasztó-, Egészség- és Élelmiszerügyi Végrehajtó Ügynökség<sup>21</sup>).

A **járványügy** területén 2004-től **közösségi szintű bejelentési rendszer** működik az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ keretében<sup>22</sup>. Feladata a fertőző betegségek miatti egészségügyi veszélyek azonosítása és értékelése, valamint az ezekről való tájékoztatás, részben a korai figyelmeztető és gyorsreagáló rendszer révén. A Központ a tagállami járványügyi hatóságok mellett kapcsolatot tart a WHO-val is.

<sup>17</sup> Lásd például a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának rendszerét (BNO-10).

<sup>18</sup> GELLÉRNÉ LUKÁCS ÉVA – GYULAVÁRI TAMÁS: Szociális politika. In.: KENDE TAMÁS – SZÜCS TAMÁS (2011): *Bevezetés az Európai Unió politikáiba*. Budapest, CompLex Kiadó, 444–449. o.; Részletesen: UNGVÁRI GYÖRGY – MORVAI VERA (2010): *Munkaegészségtan*. Medicina, Budapest, 59–63. o.

<sup>19</sup> Az Európai Parlament és a Tanács 2002. szeptember 23-i 1786/2002/EK határozata a közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003-2008) elfogadásáról, és az Európai Parlament és a Tanács 2007. október 23-i 1350/2007/EK határozata az egészségügyre vonatkozó második közösségi cselekvési program (2008-2013) létrehozásáról.

<sup>20</sup> A Bizottság 2004/858/EK határozata, majd a Bizottság 2008/544/EK határozata.

<sup>21</sup> A Bizottság 2013. december 17-i 2013/770/EU végrehajtási határozata.

<sup>22</sup> Lásd az Európai Parlament és a Tanács 2004. április 21-i 851/2004/EK rendeletét.

### 3. A gyógyító-megelőző ellátás

A gyógyító-megelőző ellátás keretében az egészségpolitikának **három viszonyrendszer**t kell átfognia:

1. az egészségügyi szolgáltató és a beteg kapcsolatát;
2. az egészségügyi ellátó rendszer felépítését, intézményi formáit, tulajdoni és irányítási kapcsolatait; továbbá
3. az egészségbiztosítás rendszerét, azaz a biztosítót, a beteg (biztosított, jogosult) és az egészségügyi szolgáltató háromoldalú kapcsolatát.

Teljesen elkülönült szabályozási és működési területeket jelentenek az egészségügyön belül a gyógyszerügy (ideértve a gyógyászati segédeszközöket is), valamint az egészségügy technikai hátterét jelentő orvos- (kórház-) technika állami szabályozása és szakmai felügyelete.

#### 3.1. Az egészségügyi szolgáltató – beteg viszony

##### 3.1.1. Fogalmak

Az egészségügyi szolgáltatás hatósági engedéllyel (kivételesen bejelentéssel és nyilvántartásba vétellel) végzett egészségügyi tevékenységek összessége, amit a beteg a betegségek megelőzése és meggyógyítása érdekében vesz igénybe. Ehhez képest az egészségügyi tevékenység az erre feljogosított egészségügyi személyzet által végzett diagnosztikai, gyógyító, ápoló stb. munkavégzés. Az egészségügyi ellátás pedig a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.

Az **egészségügyi szolgáltatás** fogalmi ismérvei közé tartozik, hogy a szolgáltatás nyújtáshoz **működési engedély** szükséges, amit bármely szolgáltató megkaphat, ha rendelkezik a szükséges tárgyi és személyi feltételekkel és van felelősségbiztosítása. A működési engedélyeket – az egészségügyi szolgáltatás szintjétől függően – a megyei/fővárosi kormányhivatalok járási hivatalai, illetőleg az országos tisztifőorvos adják ki. Az engedélyezési jogkörhöz kapcsolódva e hatóságok egyúttal ellátják a szolgáltatók hatósági felügyeletét is. Jogellenes működés esetén felfüggeszthetik a működést vagy meg is vonhatják a szolgáltató működési engedélyét.<sup>23</sup>

Az **egészségügyi tevékenységre** való jogosultság **személyhez kötött** feltételeken alapul: szükséges hozzá meghatározott szakképzettség (orvosi, gyógyszerészi diploma, ápolói szakképesítés stb.), egészségi, mentális és fizikai alkalmasság, továbbá az, hogy az egészségügyi dolgozó szerepeljen az orvosok, a gyógyszerészek, illetőleg a szakdolgozók közhiteles alap- és működési nyilvántartásában. Ez utóbbiban regisztrálják a jogszabályban előírt rendszeres továbbképzéseken való részvételt is, ami egyik feltétele a tevékenység gyakorlásának.<sup>24</sup> A nyilvántartásokat, illetve a továbbképzések felügyeletét és dokumentálását az Állami Egészségügyi Ellátó Központ végzi. Az egészségügyi tevékenység egyébként sokféle munkavégzésre irányuló jogviszony keretében végezhető, így szabadfoglalkozás formájában, egyéni egészségügyi vállalkozóként, társas vállalkozás tagjaként, közalkalmazotti jogviszonyban, munkaviszonyban, közszolgálati tisztviselői jogviszonyban, szolgálati jogviszonyban, egyházi személyként, önkéntes segítőként, egyéni cég tagjaként is.

##### 3.1.2. Az egészségügyi szolgáltató – beteg jogviszony

Ezt röviden „**orvos-beteg**” **viszonynak** szokták nevezni, de az előbbiekből következően a betegnek az egészségügyi szolgáltató nyújtja az ellátást, amiben gyakran az orvos mellett sok más egészségügyi dolgozó is közreműködik. Ebből következően a szolgáltatás megfelelőségéért is a szolgáltató felel a beteggel szemben, nem közvetlenül az orvos.

E kapcsolat alkotmányjogi oldalát fejezik ki a **betegjogok**. Az 1998-tól hatályos egészségügyi kódex (1997. évi CLIV. törvény) egyik legjelentősebb előrelépése, hogy részletesen szabályozza az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők jogait és kötelezettségeit.

<sup>23</sup> Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII.15.) Korm. rend. és az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről szóló 33/2013. (V. 10.) EMMI rend.

<sup>24</sup> Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény.

Az egészségügyi szolgáltató/orvos-beteg jogviszonyban a beteg jogaival szemben a szolgáltató, illetőleg az ellátást nyújtó egészségügyi dolgozók kötelezettségei és – lényegesen szűkebb körben – jogai állnak. A betegjogok és az egészségügyi szolgáltató/ellátást nyújtó jogai a következőképpen állíthatók párhuzamba:

2. táblázat

Betegjogok, kötelezettségek	Szolgáltató jogai, kötelességei	Egészségügyi dolgozó jogai, kötelességei
Ellátáshoz való jog	Tárgyi és személyi feltételek folyamatos biztosítása; az ellátás megszervezése, területi ellátási kötelezettség; minőségügyi vezető	Ellátási kötelezettség – kivételes, törvényben felsorolt megtagadási okok; A vizsgálati és terápiás módszerek megválasztásának joga
Emberi méltósághoz való jog (fokozott védelem)	Szervezeti és működési garanciák megteremtése	Maximális tiszteletben tartás
Kapcsolattartás joga	Szervezeti és működési garanciák megteremtése	
A gyógyintézet elhagyásának joga		
Tájékoztatáshoz való jog	A tájékoztatás jogának intézményes biztosítékai	A beteg számára az egyénre szabott tájékoztatás kötelezettsége
Önrendelkezéshez való jog		
Ellátás vissza-utasításának joga Életfenntartó kezelés visszautasítása	Kiskorú esetén a szülői beleegyezés pótlása iránt bírósági eljárás megindítása	A fájdalom és a szenvedés csillapítása
Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga	A dokumentáció megismerésének, őrzésének szervezeti, működési biztosítékai; adatvédelmi felelős	Az egészségügyi dokumentáció vezetése
Orvosi titoktartáshoz való jog		Titoktartási kötelezettség
		Közfeladatot ellátó személyként büntetőjogi védelemhez való jog
		Szakmai fejlődéshez való jog és kötelezettség

A betegjogok és az egészségügyi ellátásért való felelősség érvényesítésében mind a közigazgatás szervei, mind a bíróságok szerepet kapnak. A közigazgatási ellenőrzés speciális módja az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyelete, amit a megyei (fővárosi) kormányhivatalok és az országos tisztifőorvos e feladatra megbízott szakfelügyelőkkel (orvosokkal, az ápolás-gondozás területén szakápolókkal, védőnőkkel) végeztetnek. 2017. január 1-től a betegjogi képviselők igazgatását az Emberi Erőforrások Minisztériumában megszervezett Integrált Jogvédelmi Szolgálat látja el. A bíróságok érvényesítik az egészségügyi szolgáltatókkal szemben a polgári jogi, illetőleg az egészségügyi tevékenységet végzőkkel szemben a büntetőjogi felelősséget.

## 3.2. Az egészségügyi ellátórendszer

### 3.2.1. Az egészségügyi ellátórendszer szakmai tagolódása. A progresszivitás elve

Az egészségügyi ellátást végző szolgáltatók **összefüggő ellátórendszert** alkotnak. A rendszer a **progresszivitás elvére** épül, ami az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszert jelent. Ez az elv a beteg állapotának legmegfelelőbb ellátást és az egészségügy korlátozott erőforrásainak leghatékonyabb felhasználását próbálja meg összeegyeztetni. Az ellátórendszer szintjeit tekintve alapellátásból, járóbeteg szakellátásból és fekvőbeteg ellátásból áll.

Az **alapellátás** a háziiorvosi, a házi gyermekorvosi és a fogorvosi alapellátást, továbbá az alapellátási ügyeletet, a védőnői ellátást, a foglalkozás- és az iskola-egészségügyet jelenti, amit a beteg lakóhelyén vagy annak közelében, és választás alapján vehet igénybe.

A **járóbetegszakellátás** általános és speciális ellátásokra tagolódik. Általános a szakorvos által végzett alkalmasszerű egészségügyi ellátás, vagy fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség folyamatos szakorvosi gondozása. Speciális járóbeteg szakellátás a különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igénylő betegségek kórházon kívüli felismerése, kezelése (például a CT vizsgáló laboratórium). A járóbeteg ellátás szervezeti formái lehetnek: szakrendelő, rendelőintézet, mobil egészségügyi szolgálat, szakambulancia, gondozó, állomás/központ, laboratórium, diagnosztikai központ, otthoni szakápolás, hospice szolgálat, szakdolgozó által nyújtott szakellátás (például fizioterápia).

A **fekvőbeteg ellátás** is általános vagy speciális lehet. Az általános ellátás a betegnek a lakóhelyéhez közeli kórházi ellátása. A speciális itt is a különleges szaktudást, személyzetet és/vagy felszerelést igénylő ellátást jelenti, mint például az idegsebészet. A fekvőbeteg gyógyintézetek szervezeti formái: kórház, országos intézet, klinika, nappali kórház, ápolási intézet.

Az ellátórendszerben minden progresszivitási szinten megszervezendő, vagy a szintekhez nem illeszkedő **egyéb ellátások is** működnek, így az ügyeleti ellátás, a mentés, a betegszállítás, az ápolás, a haldokló beteg gondozása, a rehabilitáció, a pszichoterápia/klinikai szakpszichológia, a nem-konvencionális ellátások (például természetgyógyászat), az egyéb gyógyászati ellátások, mint például a gyógyfürdő).

### 3.2.2. Az egészségügyi szolgáltatók tulajdoni és működési formái

A közszolgáltatásként megszervezett egészségügyi ellátó rendszerek működtetése szempontjából **háromféle szereplőt** különböztethetünk meg: az egészségügyi szolgáltató tulajdonosát, az egészségügyi ellátásért felelős szerveket és a finanszírozót.

Az egészségügyi szolgáltatók működhetnek **köz- vagy magántulajdonban**, mindkét csoporton belül számos variációs lehetőséggel: a köztulajdonban a tulajdonos szerint lehetnek állami, önkormányzati vagy köztisztviselői (például köztisztviselői biztosító – lásd: OTI) tulajdonban lévő intézmények, és ezek gazdálkodási rendjük szerint működhetnek költségvetési szervként vagy közvállalkozás formájában. A magánszolgáltatók is sokfélék: egészségügyi vállalkozások, egyházi intézmények, civil szervezetek.

Az ellátás szervezője lehet központi államigazgatási szerv, helyi-területi önkormányzat vagy az egészségbiztosító(k). Ez utóbbiak szintén lehetnek köz- vagy az állam által kijelölt magánbiztosítók.

Az egészségügyi közszolgáltatást állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás esetén finanszírozhatják csak az állami költségvetésből, vagy az állami és önkormányzati költségvetésből, de biztosítói közreműködés nélkül. Ha kötelező egészségbiztosítási rendszer működik, ez lehet egy- vagy több biztosítós. Ez utóbbinál a biztosítók lehetnek költségvetési szervek, köztulajdonú vállalkozások vagy magánbiztosítók, sőt egymás mellett működve ezek valamiféle kombinációja is.

Az Alaptörvény és az új önkormányzati törvény elfogadásával párhuzamosan – azokkal összhangban – az egészségügyben is alapvető fordulat ment végbe az önkormányzatok feladatait illetően. Ahogy már röviden érintettük, 2012. január 1-től állami tulajdonba és fenntartásba (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet, GYEMSZI; 2015. március 1-től: Állami Egészségügyi Ellátó Központ, ÁEEK) kerültek a megyei és fővárosi önkormányzati kórházak, majd 2012. április 1-től a városi kórházak is. 2013-ban pedig a

gazdasági társaság formájában működő egészségügyi intézményeket is költségvetési szervekké alakították vissza. Az államosítás tehát nemcsak a tulajdonformában, hanem a működési formában is megtörtént.<sup>25</sup>

Az egészségügyi szolgáltatók jelenlegi tipikus tulajdoni és működési formáit az alábbi táblázat foglalja össze:

3. táblázat

Ellátási szint		Közzolgáltató	Magánszolgáltató
Alapellátás			háziiorvosi praxisjoggal rendelkező egyéni vagy társas vállalkozások (bt., kft.)
Járóbeteg szakellátás	általános	önkormányzati költségvetési szerv; (kivételesen: állami költségvetési szerv)	
	diagnosztika; egyes speciális ellátások (pl. otthonápolás, művese-kezelés)	állami, önkormányzati költségvetési szerv részlege	egyéni és társas vállalkozások; egyházi intézmények
Fekvőbeteg ellátás		állami költségvetési szerv	egyházi intézmények
Mentés		monopolhelyzetű állami költségvetési szerv (OMSZ)	
Betegszállítás		OMSZ	betegszállító vállalkozások (kft.)
Ápolás		állami költségvetési szerv részlege	egyéni és társas vállalkozások (bt., kft.; non-profit gt.); egyházi intézmények; civil szervezetek
Nem-konvencionális ellátások			egyéni és társas vállalkozások (bt., kft.)
Gyógyszerügy	Gyártás, nagykereskedelem		gyógyszergyártó és nagykereskedelmi vállalkozások (rt.)
	gyógyszer-kiskereskedelem (patika)		személyi joggal rendelkező gyógyszerész

### 3.3. Egészségbiztosítás

Az egészségbiztosítási rendszerek jellemzésekor általában a következő szempontokat szokták tárgyalni:

- ellátásokra jogosultak köre, csoportjai;
- az ellátások fajtái, tartalma, meghatározásuk módja;
- az ellátást nyújtó szolgáltatók, kapcsolatuk a biztosítóval;
- az egészségbiztosítás szervezete;
- a szolgáltatások fedezete.

Az egészségpolitika kialakításakor ezeket célszerű végiggondolni.

<sup>25</sup> Az önkormányzatok ellátási felelősségéről lásd: KERESZTY Éva (2012): A helyi önkormányzatok szerepe és lehetőségei a betegjogok érvényesítésében 2012-ig - és azután? *Magyar Közigazgatás - Új folyam*, 2012/2. szám, 61–76. o.

### 3.3.1. A biztosítottak és egyes ellátásokra jogosultak

A magyar egészségügy történetében a szocializmus idején végrehajtott jogkiterjesztésekkel az 1960-as évek közepére a lakosság 97%-ára terjedt ki a kötelező egészségbiztosítás,<sup>26</sup> így amikor 1975-ben áttértek a biztosítási elvről az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátásra, a jogosultak köre és száma lényegében nem változott. Ugyanígy nem változott akkor sem, amikor 1992-ben visszatértünk a közfinanszírozott, de biztosítási elvű egészségügyi ellátásra.

A kötelező egészségbiztosításban a jogosultak két nagy csoportra oszthatók:

- **a biztosítottak:** azok a személyek, akik járulékfizetéssel valamennyi egészségbiztosítási ellátásra – az egészségügyi szolgáltatásokra és a pénzbeli ellátásokra is – jogot szereznek, illetve
- az **egészségügyi szolgáltatásra jogosultak:** nem fizetnek sem járulékot, sem díjat, az ellátásukra a központi költségvetés utal át forrásokat az Egészségbiztosítási Alapba.

Az egészségbiztosítás ellátásaira jogosultak köre az uniós csatlakozással változott meg lényegesen. 2004-től a magyar egészségbiztosításra is kiterjedt a Tanács 1971. június 14-i 1408/71/EGK rendelete a szociális biztonsági rendszereknek a közösségen belül mozgó munkavállalókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról, majd az Európai Parlament és a Tanács 2004. április 29-i 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról (a továbbiakban: 883/2004/EK rendelet). E folyamat újabb állomása az Európai Parlament és a Tanács 2011. március 9-i 2011/24/EU irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről, ami már nem a tagállami egészségbiztosítók kölcsönös helytállási kötelezettsége, hanem a betegek szabad szolgáltatásvásárlása oldaláról közelíti meg az egészségügyi ellátás más tagállamban való igénybe vételét. Az irányelv előírja, hogy a tagállamok ugyanolyan feltételekkel kötelesek megtéríteni az egészségügyi ellátások költségét a betegnek, mintha a saját országában vette volna igénybe. A megtérítési kötelezettség csak a finanszírozó államban megszabott mértékig terjedhet, de ha ez magasabb, mint az ellátás helye szerinti költség, a beteg nem gazdagodhat, tehát akkor csak az ellátás helye szerinti költségtérítés jár neki.<sup>27</sup>

### 3.3.2. Az ellátások: a „szolgáltatási csomag”

Az egészségbiztosítás keretében a jogosultaknak egészségügyi szolgáltatások és a biztosítottaknak pénzbeli ellátások is járnak. Egészségügyi szolgáltatások:

- a térítésmentesen igénybe vehető ellátások: ide tartozik a háziorvosi, meghatározott fogorvosi, a járóbeteg és a fekvőbeteg ellátás (ideértve a szülészeti és a rehabilitációs ellátást is), valamint a betegszállítás és mentés;
- árhoz nyújtott támogatással járó szolgáltatás a gyógyszer, a tápszer, a gyógyászati segédeszköz és a gyógyászati ellátás (például gyógyfürdő);
- utazási költségtérítés;
- részleges térítéssel járó egészségügyi ellátások, mint például a 18 év feletti fogszabályozás, a fogpótlás; kiegészítő térítési díj ellenében kérhető kényelmi szolgáltatás, vagy meghatározott szolgáltatónál nyújtott ápolás.<sup>28</sup>

Vannak olyan egészségügyi ellátások, melyeket a kötelező egészségbiztosítás nem finanszíroz. Ezek első csoportja a központi költségvetésből fedezett ellátások, ahol feltétlenül és bármiféle jogosultság előzetes igazolás nélkül, közérdekből vagy alapvető emberiségből kell nyújtani a szolgáltatásokat (például járványügyi ellátások, mentés, várandós anyák gondozása, vérellátás, katasztrófa-egészségügy). Szintén a központi költségvetés viseli az orvostudományi kutatások során elvégzett ellátások költségeit.

A második csoportba tartoznak a foglalkoztató vagy a megrendelő által fizetendő szolgáltatások (például foglalkozás-egészségügyi vizsgálat, orvosszakértői tevékenység).

A harmadik körbe sorolható egészségügyi ellátásoknál az ellátott köteles megfizetni a szolgáltatás díját (például extrém sportok, különösen veszélyes szórakozás, hobbi miatt elszenvedett balesetek ellátása, a különböző alkalmassági vizsgálatok, a szépészeti célú plasztikai beavatkozások, a detoxikálás, a látélet kiadása stb.).

Az Ebtv. szerint az egészségügyi szolgáltatások „az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe.”<sup>29</sup> Ez az alapelv fejezi ki azt, hogy az egészségügyi szolgáltatás nem függ az előzetes járulékfizetés mértékétől, ugyanakkor az ún. „szolgáltatási csomag” tartalmának a meghatározása jelenti a legnagyobb szakmai, gazdaságossági és jogi problémát a közfinanszírozású egészségügyi rendszerekben. Ennek oka az, hogy egyre gyorsabb ütemben tágul

<sup>26</sup> BEZERÉDYNÉ dr. HERTELENDY Magdolna – dr. HENCZ Aurél – dr. ZALÁNYI Sámuel (1967): *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. KJK, Budapest, 30. o.

<sup>27</sup> L. DR. KINCSES Gyula - VARGA Eszter: *Realisan a határon átnyúló egészségügyi ellátás perspektívájáról ESKI tanulmány*. [http://www.eski.hu/new3/gyogyturizmus/zip\\_doc\\_2010/Hataron\\_atnyulo\\_egeszsegugy.doc](http://www.eski.hu/new3/gyogyturizmus/zip_doc_2010/Hataron_atnyulo_egeszsegugy.doc) (utolsó megtekintés: 2013.08.22.).

<sup>28</sup> A magyar kötelező egészségbiztosítás ellátásait a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) szabályozza.

<sup>29</sup> Ebtv. 2. § (1) bek.

szakadék van az orvostudományi szempontból megvalósítható gyógyító eljárások költsége, és a rendelkezésre álló pénzügyi erőforrások (a befolyó járulékbévételek, és a költségvetési hozzájárulás) összege között.

Az orvostudomány jelenlegi fejlettségi szintjén a legtöbb orvosi beavatkozást többféle módon is el lehet végezni. Ezek egy részénél a választást orvosszakmai szempontok döntenek el, lehetnek azonban olyan szempontok is, melyek elsősorban az orvos vagy a beteg kényelmét szolgálják. Az ellátás tartalma és minősége szerint a gyógyítás költségei is igen eltérőek lehetnek. A „szolgáltatási csomag” definiálása és az igénybevétel feltételeinek, rendjének a szabályozása **a jogosultak oldaláról** kísérli meg korlátozni az egészségügyi kiadásokat. A szolgáltatási csomag meghatározására sokféle technikát alkalmaznak, ezek közé tartoznak például a **finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendek (protokollok)**. Ezeket a szakmai szabályokat 2006 óta Magyarországon is jogilag szabályozott rendben dolgozzák ki és alkalmazzák az egészségügyi ellátások tartalmának rögzítésére.<sup>30</sup> Az igénybe vételt korlátozza a **beutalási rend** és a tervezhető ellátások **várólistához** kötése is.

### 3.3.3. Az egészségbiztosításba „befogadott” szolgáltatók

Azokban az egészségbiztosítási rendszerekben, ahol a biztosító maga nem működtet egészségügyi intézményeket, a szolgáltatásokat a biztosítóval (biztosítókkal) **szerződéses kapcsolatban** álló egészségügyi szolgáltatók nyújthatják. A magyar egészségbiztosítási rendszerben a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő úgynevezett **finanszírozási szerződéseket** köt az egészségügyi szolgáltatókkal.<sup>31</sup> E szerződés alapján a biztosító fizet – egy utólagos és igen bonyolult teljesítményfinanszírozási rendszerben – a beteg helyett az egészségügyi szolgáltatásért.

Az egészségügyi költségek kontrolljának a **szolgáltatók oldaláról** az egyik legfontosabb eszköze a **kapacitákszabályozás**. Ennek is többféle módszere lehet. Az egyik a **szolgáltatók közötti szelekció** például tulajdoni formák szerint, ha a közfinanszírozott ellátásokat csak köztulajdonú szolgáltatók nyújtják. Erre épülnek az állami egészségügyi rendszerek, ezeket azonban gyakran széles magánbiztosítási ellátások egészítik ki. A biztosítási elvvel párosított szektorsemleges finanszírozás nem válogat tulajdoni és/vagy működési formák szerint, de itt speciálisan szabályozott **„befogadási eljárásokat”** vezethetnek be, és ezeket kiegészíthetik az egészségügyi fejlesztések biztosítói jóváhagyásával, illetőleg finanszírozási kvótákkal.

Az egészségügyi szolgáltatások mennyiségi korlátozását célozza az úgynevezett szolgáltatási és/vagy a **teljesítményvolumen korlát**, amikor jogszabályban meghatározott esetszám (beavatkozás) felett a biztosító az adott évben nem finanszíroz az adott szolgáltatásból többet.<sup>32</sup> A finanszírozott mennyiséget a korábbi évek mért szükségletei, illetve a népegészségügyi adatok alapján számított várható igények alapján, intézményekre lebontva állapítják meg a biztosító szakemberei, és belefoglalják a finanszírozási szerződésekbe.

### 3.3.4. A biztosító

A közfinanszírozású egészségügyi rendszerekben az egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság jogalapjától és az ellátások fedezetétől függ az igazgatási szervezet jogállása, felépítése is. Az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátások esetén a szolgáltatásszervező(k) és a finanszírozó is államigazgatási szerv. Az egészségbiztosítási rendszerekben – a történeti hagyományoktól is függően – sokféle biztosítói rendszer működik. Felépülhet úgy, hogy egyetlen monopolhelyzetű biztosító és ennek szervezeti egységei, területi/szakmai szervei intézik az egészségbiztosítás minden igazgatási feladatát, de Európában is számos országban több-biztosítós rendszerek léteznek. A biztosító szervezettípusát tekintve lehet államigazgatási szerv, vagy köztestület, közintézet, profitelvű vagy non-profit magánbiztosító.

Magyarországon 1998 és 2010 között a központi hivatal jogállású Országos Egészségbiztosítási Pénztár és ennek területi szervei szervezték a kötelező egészségbiztosítást. 2010 után az igazgatási szervezet annyiban változott meg, hogy az OEP területi szervei egészségbiztosítási szakigazgatási szervként beépültek a megyei, fővárosi kormányhivatalokba. A területi államigazgatási szervek 2015. márciusi átszervezésével a megyei, fővárosi kormányhivatalokon belül az egészségbiztosítási szervezeti egységek önálló feladat- és hatásköre is megszűnt. 2017. január 1-től ismét változott az egészségbiztosítás igazgatása: az OEP megszűnt, az Egészségbiztosítási Alap irányításának feladatait az Emberi Erőforrások Minisztériuma vette át, míg az alapkezelés a már említett Nemzeti

<sup>30</sup> A hatályos szabályozást a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rend. tartalmazza.

<sup>31</sup> Ebtv. 30-38/C. §

<sup>32</sup> Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rend. 27-28/B. §.

Egészségbiztosítási Alapkezelőhöz került. Az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásainak országos szakmai irányítója az Országos Nyugdíjbiztosítási Főigazgatóság lett, mely 2017. november 1-től a Magyar Államkincstárba olvadt be. A pénzbeli ellátások megállapítását a fővárosi és megyei kormányhivatalok járási (kerületi) hivatalai végzik.

### 3.3.5. Az egészségügyi ellátások fedezete

Az egészségügyi ellátások költségeit fedezhetik magánforrásokból vagy közfinanszírozásban. A **magánfinanszírozás** legegyszerűbb esete, amikor a beteg közvetlenül fizet az ellátásért a szolgáltatónak. A magánfinanszírozás másik formája, amikor magánbiztosítók szolgáltatásaként lehet megvásárolni az egészségbiztosítási védelmet, ahol a vásárló lehet az egyén, de lehet a foglalkoztatója is (lásd az USA egészségügyi rendszerét).

Az egészségügy történetéből láthattuk, hogy az együtt élő közösség védelme nagyon korán kikényszerítette a közegészségügy és járványügy területén a **közfinanszírozást**, de az állam újraelosztó funkciója csak a XIX. század végétől jelenik meg ebben az ágazatban. A közfinanszírozás **egyik forrása lehet az adóbevétel**, ilyenkor az ellátásra való jogosultság és a költségvetési finanszírozás nem különbözik a többi állami humán közszolgáltatás igénybe vételétől és finanszírozásától (ennek tiszta formája az 1975 és 1990 között működött magyar állami egészségügy). A közfinanszírozás másik, történetileg kialakult rendszere a kötelező társadalombiztosítás egyik ágaként működő **egészségbiztosítás** (vagy betegbiztosítás), ahol a fedezetet a foglalkoztatók és a munkavállalók célzott befizetései – járulékaik – jelentik. Ezeket a befizetéseket az államháztartás rendszerén belül elkülönített alapokban halmozzák fel, és ebből fedezik a kötelező biztosítás körében az ellátások költségét. Több-biztosítós rendszerek esetén mindegyik biztosító rendelkezik a hozzá tartozó biztosítottak után befizetett járulékbefizetéssel, esetleg a biztosítók között kiegyenlítő, segély- stb. kasszákkal. A társadalombiztosítás államilag előírt kockázatközösségből következően **az állam** (praktikusan a központi költségvetés) **végző biztosítékként helytáll** a kötelező biztosítási rendszer működőképességéért.

A magán- vagy közfinanszírozás **gyakran kombinálódik**. A legtöbb biztosítási rendszerben előírják például a beteg valamiféle hozzájárulását (*co-payment*) a költségviseléshez (vizitdíj, receptdíj, önrész stb.). Van olyan rendszer, ahol az állami egészségügy vagy a kötelező egészségbiztosítás korlátozott szolgáltatásait széleskörű önkéntes és/ vagy magánbiztosítással lehet kiegészíteni (ilyen például Anglia). Magyarországon az egészségbiztosítás kiadásait a foglalkoztatók adó jellegű befizetéséből és a munkavállalók járulékaiból fedezik, amit az Egészségbiztosítási Alapban halmoznak fel, a járulékot nem fizetők után a központi költségvetés fizet az Egészségbiztosítási Alapnak. Ennek egyik forrása célzott adóként az egészségügyi hozzájárulás (EHO). Nálunk ugyanakkor nem terjedtek el az öngondoskodási formák. A hatékonyabb és rugalmasabb működés kialakulását akadályozza a magyar egészségügy egészét jellemző *hálapénz* fizetés. A hálapénz növeli a társadalmi egyenlőtlenségeket az ellátásban, rossz működési modelleket rögzít, ugyanakkor nem nyújtja a betegnek sem a remélt biztonságot, hiszen ellenőrizhetetlen és számonkérhetetlen.

## 3.4. Gyógyszerügyi igazgatás

A gyógyszerészet eredetileg nem különült el a gyógyító munkát végzők tevékenységétől. Képzett, hivatásos gyógyszerészekről I. Lipót koráig Magyarországon sem beszélhetünk, a mai fogalmaink szerinti gyógyszerészi munkát is főként a gyógyszerterázt vezető orvosok végezték.<sup>33</sup> A gyógyítás tudományának fejlődésével azonban a gyógyszerészet egyre inkább levált az orvoslásról és önálló fejlődésnek indult.

A gyógyszer különleges, más termékektől jól elhatárolható áru, ezért a modern államokban egyre nagyobb szerepet kap a gyógyszerügyben az állami beavatkozás. A **gyógyszer különleges áru** jellegét az adja, hogy fogyasztása elsődlegesen nem a fogyasztó/beteg akaratától függ, mivel a beteg gyógyszerfogyasztását külső személy, az orvos befolyásolja, sőt határozza meg,<sup>34</sup> ezért e területen nem, illetve csak korlátozottan érvényesülnek a piaci viszonyok.

Az állami befolyásolás korlátait a gyógyszerügyben – és hasonlóképpen az orvosi műszerek, orvostechnikai berendezések területén is – az jelenti, hogy ezekben az ágazatokban a termelői és kereskedelmi piacot is világméretű cégek uralják. Ezért egyre nagyobb jelentőségre tesznek szert az európai uniós normák és a nemzetközi jogi előírások

<sup>33</sup> Vö. BARADLAI János (1930): *A Magyarországi gyógyszerészet története*. Magyarországi Gyógyszerész Egyesület, Budapest, 53–54. o.

<sup>34</sup> ANTALÓCZY Katalin (1997): *A magyar gyógyszeripar versenyképessége – adatok, hipotézisek, töprengések*. Műhelytanulmányok 17. kötete. Vállalatgazdaságtan Intézet, Budapest, 5. o.



is, melyek a gyógyszerkísérletekre, a forgalomba hozatal megelőző hatósági közreműködésre és a gyógyszerbiztonság kérdéseire terjednek ki.

A gyógyszerügyben az államok gyakran vállalnak szerepet a gyógyszerkutatások támogatásában, elsősorban az alapkutatások állami finanszírozásával, valamint mindenhol állami feladat a szabadalmi eljárások lefolytatása és a szabadalmi védelem biztosítása.

A gyógyszerügyben minden mozzanat állami engedélyhez kötött, így a gyógyszerkísérletek, a gyártás, a forgalomba hozatal (törzskönyvezés), a nagykereskedelmi tevékenység és a gyógyszer-kiskereskedelem is, azaz a patikák működésének engedélyezése.<sup>35</sup> A gyógyszergyártás és a forgalomba hozatal engedélyezésében az Európai Unióban a tagállami engedélyek szerepét egyre inkább átveszi az uniós szintű törzskönyvezési rendszer (lásd a centralizált törzskönyvezési eljárást, melyet az Európai Gyógyszerügynökségnél kell kezdeményezni, és az engedélyt a Bizottság adja ki).

Az egészségügyi ellátás során a gyógyszerekhez való hozzájutást a közfinanszírozás keretében is támogathatják. Ennek egyik formája lehet az ártámogatás, amit a biztosítási elvű egészségügyi rendszerekben a biztosító a biztosítottak nyújt a gyógyszer megvásárlásakor. A magyar egészségbiztosítás rendszerében a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ellátás ilyen **árhoz nyújtott szolgáltatásként** képezi a szolgáltatási csomag részét.

---

<sup>35</sup> 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól.

## 4. Fogalomtár

**Egészségügy-politika:** azon szabályok és szervezett cselekedetek összessége, amelyek az ellátórendszer szerkezetére, működésére, az ellátás minőségére, igénybevehetőségére, hatékonyságára, hozzáférésére hatnak. Fő eszközei: az ellátórendszerre szabályozása (jogszabályok és egyéb (etikai, belső szervezeti és működési) normák, fejlesztéspolitika eszközök, finanszírozás (forrásképzés és elosztás).<sup>36</sup>

**Népegészségügy:** állami és önkormányzati szervek, gazdasági, civil szervezetek, valamint egyének részvételével megvalósított, elsősorban lakossági csoportokat, közösségeket célzó tevékenység, az egészség védelme és fejlesztése, a betegségek, sérülések és rokkantság megelőzése érdekében.<sup>37</sup>

### **Közegészségügy:**

- a) tágabb értelemben: a népegészségüggyel szinonim fogalom (lásd „*public health*” – az uniós szabályozás magyar fordításaiban);
- b) szűkebb értelemben: a közösség egészségének védelme érdekében, a közhigiénét biztosító egészségügyi feladatcsoportok, és a hozzájuk rendelt közhatalmi (hatósági) jogosítványok: a közegészségügyi hatóságok (országos tisztifőorvos, területi népegészségügyi hatóságok) megfigyelő-ellenőrző tevékenységet folytatnak, az emberi egészségre káros tevékenységeket korlátozhatják vagy megtilthatják.

**Járványügy:** a fertőző megbetegedések, a járványok megelőzése és leküzdése, valamint az emberi szervezet fertőző betegségekkel szembeni ellenállóképességének fokozása céljából végzett tevékenységek összessége.<sup>38</sup>

**Beteg:** az egészségügyi ellátást igénybe vevő vagy abban részesülő személy.<sup>39</sup>

**Egészségügyi szolgáltatás:** az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában – vagy törvényben meghatározott esetben – az egészségügyi államigazgatási szerv által történő nyilvántartásba vétellel végezhető egészségügyi tevékenységek összessége, amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint a mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddővé tételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal – ideértve, az ehhez kapcsolódó – a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is.<sup>40</sup>

**Egészségügyi szolgáltató:** a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül minden, egészségügyi szolgáltatás nyújtására és az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély alapján jogosult egyéni egészségügyi vállalkozó, jogi személy vagy jogi személyiség nélküli szervezet.<sup>41</sup>

**Egészségügyi ellátás:** a beteg adott egészségi állapotához kapcsolódó egészségügyi tevékenységek összessége.<sup>42</sup>

**Egészségügyi ellátórendszer:** az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló egészségügyi intézményrendszer, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet (progresszív ellátás elve).<sup>43</sup>

<sup>36</sup> <http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy-politika>

<sup>37</sup> Eütv. 35. § (1) bekezdés.

<sup>38</sup> Eütv. 56. § (1) bekezdés.

<sup>39</sup> Eütv. 3. § a) pont.

<sup>40</sup> Eütv. 3. § e) pont.

<sup>41</sup> Eütv. 3. § f) pont.

<sup>42</sup> Eütv. 3. § c) pont.

<sup>43</sup> Eütv. 75. § (3) bekezdés.

**Egészségbiztosítás:** az államilag szervezett kötelező kockázatközösségnek, azaz a társadalombiztosításnak az egyik alrendszere, amely betegség és anyaság esetén biztosít a biztosítottak számára járulékfizetéssel megalapozott egészségügyi (természetbeni) és pénzbeli ellátásokat.

## 5. Felhasznált irodalom

1. Antalóczy Katalin (1997): *A magyar gyógyszeripar versenyképessége – adatok, hipotézisek, töprengések*. Műhelytanulmányok 17. kötete, Vállalatgazdaságtan Intézet, Budapest.
2. Balázs Péter (2004): „*Generale Normativum in Re Sanitatis*” 1770. *Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete*. Magyar Tudománytörténeti Intézet – Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Piliscsaba-Budapest.
3. Baradlai János (1930): *A Magyarországi gyógyszerészet története*. Magyarországi Gyógyszerész Egyesület, Budapest.
4. Bezerédyné dr. Hertelendy Magdolna – dr. Hencz Aurél – dr. Zalányi Sámuel (1967): *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. KJK, Budapest.
5. Gellérné Lukács Éva – Gyulavári Tamás: *Szociális politika*. In: Kende Tamás – Szűcs Tamás (2011): *Bevezetés az Európai Unió politikáiba*. CompLex Kiadó, Budapest.
6. Kovács M. Mária (2001): *Liberalizmus, radikalizmus, antiszemitizmus. A magyar orvosi, ügyvédi és mérnöki kar politikája 1867 és 1945 között*. Helikon Kiadó, Budapest.
7. Kereszty Éva: A helyi önkormányzatok szerepe és lehetőségei a betegjogok érvényesítésében 2012-ig - és azután? *Magyar Közigazgatás, Új folyam*, 2012/2. szám.
8. Kincses Gyula - Varga Eszter: *Reálisan a határon átnyúló egészségügyi ellátás perspektívájáról ESKI tanulmány*. (utolsó letöltés: 2013.08.22.).
9. Kovácsy Zsombor (2008): *Egészségügyi jog*. Semmelweis, Budapest.
10. Pálvölgyi Balázs (2011): *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867-1914*. Eötvös Kiadó, Budapest.
11. Ungvári György – Morvai Vera (2010): *Munkaegészségtan*. Medicina, Budapest.

## 6. Ellenőrző kérdések

### 6.1. Az első fejezethez

#### 1. Milyen csoportokba oszthatók az egészségügy állami feladatai?

Az egészségügy állami feladatai az egészségügyi közigazgatás kialakulásától kezdődően két nagy csoportba sorolhatók. Az egyik a közösség védelme a közegészségügyi kockázatokkal, járványokkal szemben, a másik a betegek gyógyításának megszervezésével összefüggő állami feladatok.

#### 2. Mikortól beszélhetünk szervezett állami egészségügyről, és melyek voltak a kezdeti legfontosabb feladatai?

A XVII. századtól az abszolút monarchiák részben a közegészségügyi és járványügyi rendszabályokkal és ezek érvényesítésével, részben az egészségügyi személyzetre vonatkozó képesítési és működési szabályok megalkotásával, helyenként a képzés királyi fennhatóság alá vonásával kezdték meg az állami egészségügy megteremtését.

#### 3. Mi volt Magyarország első „egészségügyi törvénye”?

Magyarországon az első „egészségügyi törvény” 1770-ben született meg; lásd Mária Terézia „*Generale Normativum in Re Sanitatis*” királyi rendelete. Ez a rendelet is alapvetően közegészségügyi és járványrendészeti tárgyú volt. Mária Terézia nevéhez fűződik a magyar orvosképzés megteremtése is.

#### 4. Mikortól vállal szerepet az állam Magyarországon a gyógyítás megszervezésben?

Ez a feladatkör a kiegyezés után jelenik meg, és alapvetően önkormányzati feladat volt.

Az orvosi ellátás biztosítására minden városnak és 6000 léleknél többet számláló községnek orvost, a kisebb községeknek pedig – több településre kiterjedő orvosi körzettel – körorvost kellett alkalmazni, aki a vagyonosokat díjazás ellenében, a szegényeket pedig ingyen volt köteles ellátni. A kórházak között voltak állami, önkormányzati, egyesületi, alapítványi, egyházi és magánintézmények, de 1855-től a közkórházak minden beteget kötelesek voltak ellátni, tulajdoni és működési formájuktól függetlenül.

#### 5. Mikor és hogyan jelenik meg a szociális újraelosztó funkció az egészségügyben?

Az egészségügyet érintő szociális újraelosztó funkció a kötelező betegbiztosítással jelenik meg Európában a XIX. század utolsó harmadában. Magyarországon 1891-ben vezették be. A kötelező betegbiztosítás – így a magyar is – a bismarcki modellt követte. Ez a kötelező biztosítás a munkavállalók és a munkáltatók járulékbefizetéseiből működött, a biztosított munkavállalók a betegsegélyező pénztárak tagjaivá váltak, és a pénztárak által alkalmazott vagy szerződött orvosoknál, illetve kórházakban vehették igénybe – általában – a szakellátásokat.

### 6.2. A második fejezethez

#### 1. Melyek az állam népegészségügyi feladatai?

A népegészségügy feladatai:

- a lakosság egészségi állapotának elemzése;
- az egészségkárosító tényezők felismerése, azonosítása;
- megelőzési stratégia alkotása;
- egészségfejlesztési, egészségnevelési programok kidolgozása, megvalósításuk szervezése.

#### 2. Mit jelent a közegészségügy?

A közegészségügy:

- tágabb értelemben: a népegészségüggyel szinonim fogalom (az uniós szabályozásban: „public health”);
- szűkebb értelemben: a közösség egészségének védelme érdekében, a közhigiénét biztosító egészségügyi feladatcsoportok, és a hozzájuk rendelt közhatalmi (hatósági) jogosítványok: a közegészségügyi hatóságok megfigyelő-ellenőrző tevékenysége és az ehhez kapcsolódó hatósági intézkedési jogok: az emberi egészségre káros tevékenységek korlátozása vagy megtiltása.

### **3. Sorolja fel, milyen járványügyi intézkedésekkel küzdenek az állam szervei a járványok megakadályozása érdekében!**

Védőoltás; szűrővizsgálat; kötelező vizsgálat, kötelező gyógykezelés; elkülönítés; megfigyelés, zárlat (karantén); járványügyi ellenőrzés; fertőzési lánc kutatás; fertőtlenítés

### **4. Mely szervek foglalkoznak a járványügy nemzetközi és az európai uniós feladataival?**

Nemzetközi: Egészségügyi Világszervezet (WHO), az ENSZ egészségügyi szakosított szerve  
EU: Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ

### **5. Milyen hatáskör illeti meg az Európai Unió szerveit a köz(nép-)egészségügyben, és hogyan gyakorolják a hatáskörüket?**

- A közegészségügy területén az Unió a tagállamokkal megosztott hatáskörben léphet fel.
- Munkaegészségügy – részletes irányelvi szabályozás;
- Közegészségügy (népegészségügy) – közösségi cselekvési programok;
- Járványügy – közösségi szintű bejelentési rendszer az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ keretében: korai figyelmeztető és gyorsreagáló rendszer

## **6.3. A harmadik fejezethez**

### **1. Melyek az alapvető betegjogok?**

Ellátáshoz való jog; emberi méltósághoz való jog fokozott védelme; kapcsolattartás joga; a gyógyintézet elhagyásának joga; tájékoztatáshoz való jog önrendelkezéshez való jog; az ellátás visszautasításának joga, életfenntartó kezelés visszautasítása; az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga; orvosi titoktartáshoz való jog.

### **2. Melyek a betegjogok érvényesítésének főbb intézményei?**

- az egészségügyi hatóság szakfelügyeleti jogosítványai;
- betegjogi képviselők
- polgári jogi kárfelelősség az orvosi műhibák miatt;
- büntetőjogi felelősségre vonás.

### **3. Mit jelent az egészségügyi ellátó rendszerben a progresszivitás elve?**

Az egészségügyi ellátó rendszer a progresszivitás elvére épül, ami az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszert jelent, ami a beteg állapotának legmegfelelőbb ellátást és az egészségügy korlátozott erőforrásainak leghatékonyabb felhasználását próbálja meg összeegyeztetni. Az ellátórendszer szintjei: alapellátás, járóbeteg szakellátás és fekvőbeteg ellátás, egyéb egészségügyi szolgáltatások.

### **4. Milyen szempontokat kell végiggondolni az egészségbiztosítás kialakítása során?**

- ellátásokra jogosultak köre, csoportjai;
- az ellátások fajtái, tartalma, meghatározásuk módja;
- az ellátást nyújtó szolgáltatók, kapcsolatuk a biztosítóval;
- az egészségbiztosítás szervezete;
- a szolgáltatások fedezete.

### **5. Milyen alapvető modelljei vannak a közfinanszírozású egészségügynek?**

- adóbevételekből finanszírozott egészségügyi rendszer
- kötelező egészségbiztosítási rendszer.

A Nemzeti Közszolgálati Egyetem kiadványa.



Nemzeti Közszolgálati Egyetem; Államtudományi és Közigazgatási Kar

[www.uni-nke.hu](http://www.uni-nke.hu)

Felelős Kiadó: Prof. Dr. Kis Norbert Dékán

Címe: 1083 Budapest, Üllői út 82.

Kiadói szerkesztő: Kiss Eszter

Tördelőszerkesztő: Bödecs László

978-615-5870-00-2 (PDF)

A hatályosított tananyag  
a KÖFOP-2.1.1-VEKOP-15-2016-00001  
„A közszolgáltatás komplex kompetencia,  
életpálya-program és oktatás technológiai  
fejlesztése” című projekt keretében  
készült el és jelent meg.

**SZÉCHENYI** 



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

**Európai Unió**  
Európai Szociális  
Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**