

Tartalomjegyzék

Bevezetés	1
1. Egészségbiztosítás	5
Nemzetközi összehasonlítás	5
Jogi szabályozás	6
Jogosultság	6
A biztosításból kizárt személyek	19
2. Az egészségügyi ellátórendszer felépítése	20
Ellátási formák	20
Egyéb egészségügyi ellátások	21
Az egészségügy szervezése és irányítása	24
3. Az egészségbiztosítási ellátások szabályozása	26
Egészségbiztosítási alapú természetbeni egészségügyi ellátások	26
Az orvosi ellátások általában: jogosultság-ellenőrzés és intézményi várólisták	26
Biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások	29
Az Egészségbiztosítási Alapból nyújtott orvosi ellátások	32
Részleges térítés mellett igénybe vehető ellátások	40
Méltányosságból igénybe vehető egészségügyi ellátások	41
Az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe nem vehető ellátások	42
Engedélyhez kötött külföldi gyógykezelés.....	44
Egészségbiztosítási alapú pénzbeli egészségügyi ellátások	45
Utazási költségtérítés	45
Táppénz	45
Baleseti táppénz	45
Gyermekápolási táppénz	46
Gyermekgondozási díj	46
Terhességi-gyermekágyi segély	46
Nem egészségbiztosítási alapú pénzbeli egészségügyi ellátások	47
Betegszabadság	47
Szülési szabadság	47
Anyasági támogatás	47
Ápolási díj	47
Temetési segély	48
Családi támogatások, amelyek alanyi jogon járnak, és nem egészségbiztosítási ellátások	48
Családi pótlék	48
Gyermekgondozási segély	48
Gyermeknevelési támogatás	49
4. Betegjogok	50
A szolgáltatást igénybevevők jogai és kötelezettségei	50
Az egészségügyi ellátáshoz való jog	51
Az emberi méltósághoz való jog	51
Az egészségügyi ellátás során a kapcsolattartás joga	52
Az egészségügyi intézmény elhagyásának joga	52
A tájékoztatáshoz való jog	52

Az orvosi titoktartáshoz való jog	54
Az önrendelkezéshez való jog.....	54
Az Egészségbiztosítási Felügyelet	55
5. Finanszírozás	58
Konkrét szabályozás.....	59
Várható trendek.....	60
6. Az egészségügy minőségügyi rendszere	62
Belső minőségügyi rendszer.....	62
Külső minőségügyi rendszer	63
7. Modernizációs törekvések az ezredfordulón.....	65

Bevezetés

A magyar lakosság egészségi állapotának mutatói – több évtizede – rendkívül kedvezőtlenül alakulnak. Egyes megbetegedések, halálokok tekintetében az ország negatív értelemben kiemelkedő helyet foglal el a nemzetközi statisztikákban. A megbetegedési és halálozási viszonyok az elmúlt évtizedben sem mutattak számottevő javulást. A daganatos betegségek okozta halálozás a legmagasabb a világon. A krónikus, nem fertőző megbetegedések súlya meghatározó az idő előtti halálozásban és a megbetegedésekben. A születéskor várható átlagos élettartam messze elmarad az Európai Unió tagállamainak mutatóitól, és különösen kedvezőtlen a középkorú férfiak kimagasló halálozása.

A magyar népesség kedvezőtlen egészségi állapotát egyrészt a nemzetközi összehasonlításban kiemelkedően rossz halandósági, megbetegedési adatok, valamint a kockázati tényezők gyakori előfordulása jellemzi.

A magyar népesség halandóságának története három jól elkülöníthető időszakra osztható: az 1960-as évek közepéig a halandóság csökkent, 1968 és 1993 között nőtt, 1994 óta pedig újra csökken. A magyar lakosság születéskor várható átlagos élettartama a férfiaknál a 60-as évektől kezdve a 90-es évek elejéig csökkent, azóta lassú emelkedést mutat, míg a nők esetében az elmúlt évtizedekben folyamatos, kismértékű emelkedés figyelhető meg. A születéskor várható élettartam kedvezőtlen alakulását döntően a 15-64 éves korúak igen magas halálozása okozza, 1993-ban meghaladta az 1930-as évek elejének halálozási szintjét.

Az országon belül a halálozás jelentős területi egyenlőtlenséget mutat. A halálozás miatt legveszélyeztetettebb megyék az ország északkeleti megyéi, ahol a halandóság a nyugat-magyarországi megyék halandóságának másfélszeresét is eléri.

A csecsemőhalandóság folyamatosan csökkent az elmúlt évtizedekben. 2001 szeptemberében Magyarországon már csak 6,0 a csecsemőhalálozás ezer élve születésre számítva, szemben az EU-átlag 5,6-tal. Az ezer élveszületésre számított érték 2003-ra 7,3-ra csökkent az 1993-as 12,5-ös értékről.

Vezető halálokok a keringési rendszer betegségei, a daganatok és az erőszakos halálokok, valamint az 1980-as évek eleje óta a krónikus májbetegségek.

A halálloki struktúrában a keringési rendszer betegségei, a daganatok, az emésztőrendszer és a légzőrendszer betegségei, valamint a balesetek, mérgezések és az erőszak szerepelnek, mint leggyakoribb halálokok (2003-ban együttes arányuk 93,8 %). A halálozások több mint fele a keringési betegségeknek tulajdonítható. A rosszindulatú daganatos betegségek okozta halálozás évtizedek óta rendkívül magas, ebben hazánk vezető helyet foglal el az európai régióban. A külső okok miatti halálozás legnagyobb részét a járműbalesetek és egyéb balesetek teszik ki, ezeket követik a halállal végződő öngyilkosságok (2003-ban a külső okokból bekövetkezett halálesetek együttesen 6,9 %-ot tettek ki az összes halálozáson belül). A magyarországi öngyilkossági arány nemzetközi összehasonlításban igen magas volt. 1990-es évek elejétől folyamatosan csökkent, 1990-ben 39,8, 2002-ben 28, 2003-ban 27,7 eset jutott százezer lakosra. Ugyanakkor a mutató értéke még mindig magas, egyike a világon legmagasabbaknak (2000-ben az OECD tagországok többségét figyelembe vevő átlag 12,3 haláleset volt százezer lakosra, korszpecifikus standardizált adatok alapján). Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozás az elmúlt két évtizedben igen jelentős

mértékben növekedett. E főcsoport betegségei 1970-ben az összhalálozás 3,8 %-át és 2003-ban 6,9 %-át okozták. A légzőrendszeri betegségek okozta halálozási arányok kedvezően alakultak az elmúlt két évtizedben, és nemzetközi összehasonlításban is kedvezőbb a helyzetünk. 1980 és 2002 között számottevően javult ezeknek a betegségeknek a halálozása. A 100 ezer lakosra jutó halálozások aránya 1980-ban 94, 1990-ben 64, 2003-ban 54 volt.

Összegezve elmondható, hogy az életesélyek a 35 évnél fiatalabb népességben soha nem voltak olyan jók, mint manapság, a 35 és 64 év között azonban a férfiak továbbélési valószínűsége nagymértékben rosszabbodott a legutóbbi három évtizedben. Az idő előtti halálozások száma és aránya igen nagy, az összes meghalt férfi 40 %-a és a nők 20 %-a 65 éven aluli.

A születéskor várható átlagos élettartam az 1990. évi 69,3 évről 2002-ben 72,4 évre növekedett. Ez a legmagasabb érték a várható élettartamok csaknem százéves idősorában, nemzetközi összehasonlításban azonban alacsony. (A születéskor várható átlagos élettartam magyarországi értékei 1970-ben 2 évvel, 2000-ben pedig már 7,3 évvel maradtak el az EU átlagától.) A születéskor várható élettartam 2003-ban a férfiaknál 68,3 év, a nőknél 76,5 év.

Megbetegedések

A betegségben leélt életéveket főként az ideg- és elmebetegségek (25%), a keringési betegségek (18%), a rosszindulatú daganatok (10%), valamint férfiaknál a balesetek (10%), nőknél pedig a mozgásszervi betegségek (15%) okozzák.

Férfiaknál a 25-49 éves korcsoportban az alkoholfogyasztással összefüggő betegségek, az idősebb korosztályokban a keringési betegségek a kórházi felvétel leggyakoribb okai. Nőknél 45 éves korig a felvétel indokát legtöbbször a művi terhesség megszakítás illetve a nőgyógyászati betegségek jelentik. Idősebb nőknél leggyakrabban az epekőbetegség, a gerincbántalmak és az emlőrák vezet kórházi felvételhez. A keringési betegségek súlya a kórházi felvételekben nőknél az 55. életévtől kezdve nő meg.

A morbiditási struktúrában a keringési rendszer betegségei jelentős helyet foglalnak el hazánkban, 2002-ben 439.000 beteg került kórházi kezelésre e főcsoport betegségei miatt. A magasvérnyomás-betegség az egyik leggyakoribb népbetegség.

A cukorbetegek száma 2001-ben több mint 470.000 fő volt, azaz a lakosság közel 5 %-át érinti.

Évente mintegy 65.000 új rosszindulatú daganatos betegséget diagnosztizálnak. A 19-54 éves korban a nők körében jelentősen gyakoribbak a daganatos betegségek (emlőrák, vastagbél, végbél daganatai, tüdődaganatok), 55 éves kor felett pedig a férfiak rákos megbetegedése a gyakoribb (főleg a tüdőrák miatt).

Az emésztőrendszer megbetegedései közül a leggyakoribb a gyomor- és nyombélfekély. A megnőtt alkoholbetegségek száma miatt a krónikus májbetegségek miatti halálozás előfordulása is igen magas.

A mozgásszervi megbetegedések, ezen belül a gerincbetegségek, az ízületi porckopás, a derékfájás és a csonttritkulás a keresőképtelenség leggyakoribb okai.

Hazánkban a járványügyi helyzet összességében kedvező, európai viszonylatban is jónak mondható. A tbc-s betegek száma az 1970-es évektől az 1990-es évekig folyamatosan csökkent, azonban 2002-ben a nyilvántartottak száma 30/100.000 lakos volt, az EU átlag több mint kétszerese.

Kockázati tényezők

Dohányzás

A férfiak körében a kilencvenes évek elején csökkent a dohányosok részaránya, majd az évtized végén ismét növekedett és meghaladta az 50 %-ot. A nők körében a dohányosok részaránya folyamatosan növekszik, napjainkra elérte a 31 %-ot.

A dohányzás az elkerülhető és korai halálozás hátterében meghúzódó legjelentősebb kockázati tényező, melyet közegészségügyi szempontból indokolt súlyos népbetegségnek tekinteni. A Központi Statisztikai Hivatal szerint Magyarországon évente 28 ezer ember halála tulajdonítható a dohányzásnak (2002). Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF2000) szerint, Magyarországon a 18 éves és idősebb nők 26,3%-a, a férfiak 40,7%-a dohányzott, napi rendszerességű dohányzás a nők 23,0%-ára a férfiak 38,3%-ára jellemző.

Alkoholfogyasztás

A betegforgalmi és halálozási adatok alapján egyértelmű, hogy a magyar lakosság körében az alkoholfogyasztás igen jelentős probléma. A rendelkezésre álló kutatási adatok azt mutatják, hogy növekedett az alkoholt rendszeresen fogyasztók aránya, férfiak körében 89 %-ra, nők esetében 64 %-ra. A 15 éves fiúk közül minden harmadik, a lányok közül minden tizedik fogyaszt hetente szeszesitalt.

A betegforgalmi és halálozási adatok alapján egyértelmű, hogy a magyar lakosság körében az alkoholfogyasztás igen jelentős probléma. A rendelkezésre álló kutatási adatok azt mutatják, hogy növekedett az alkoholt rendszeresen fogyasztók aránya. Az OLEF2000 adatai szerint a férfiak 19,2%-a, a nők 5,1%-a nagyivó, de módszertani okok miatt a tényleges adatok ennél valószínűleg magasabbak. A nagyivók aránya férfiak esetében a középkorúak, nők esetében a fiatalok között a legmagasabb, 21,6%, illetve 6,4%. Az évtized legjelentősebb pozitívuma, hogy a 90-es évek második felében lényegesen csökkent a 30-39 évesek alkoholfogyasztása. Negatív jelenség viszont, hogy a középiskolások, különösen a lányok körében nőtt a fogyasztás. E jelenség nem magyar sajátosság. Nemzetközi összehasonlításban a középiskolások alkoholfogyasztása egyelőre nem számít magasnak. Negatív jelenség továbbá, hogy a problémás alkoholfogyasztás egyre fiatalabbakra jellemző. A nyilvántartott alkoholisták száma az 1990. évi 58,4 ezer főről 2003-ra 32,5 ezer főre csökkent. (Az alkoholisták tényleges száma megalapozott becslések szerint, és a meghatározástól függően fél és egymillió között van, a KSH 2003-as hivatalos becslése 718 ezer.) 2007-ben összesen 35.197 beteg volt kezelésben alkoholfogyasztás miatt, ebből 26.020 férfi és 9.177 nő.

Kábítószer-fogyasztás

A nyilvántartott, illetve az első alkalommal kezelésre jelentkezett kábítószer-fogyasztók száma 1995 óta folyamatosan nőtt (3.500-ról 9.500-ra), majd az 1999. évi törvénymódosítás után 3.000 körüli értékre csökkent. A 16 éves középiskolások 29 %-a kipróbált már valamilyen kábítószer.

A kábítószer-fogyasztással kapcsolatos adatok értékelése a számos statisztikai-módszertani probléma miatt rendkívüli óvatosságot kíván, sokkal nagyobb, mint az egészségügy más területén. Az egészségügyi intézményben kezelt kábítószer-fogyasztók száma 1999 óta 12 700 körüli 2001-ben a számuk 12 ezer, 2003-ban közel 15 ezer. A kezelt betegek között a férfiak száma nagyjából kétszerese a nők számának. A droghalálozások száma az 1997-es 339 főről 2002-re 276 főre, 2003-ban 257 főre csökkent.

Táplálkozás

Az elhízottak aránya 1994-ben a férfiak körében közel 50%, a nők körében 40% volt. Az 1990-es évek második felétől kedvező változások tapasztalhatók a táplálkozási szokásokban: megnövekedett a gyümölcsöt, a zöldséget, a szárnyasokat fogyasztók aránya, csökkent a zsírt, a szalonnát, a disznóhúst fogyasztók aránya. A kedvező változások ellenére még mindig magas az állati eredetű zsírok bevitele, és nagyon alacsony a friss zöldségfélék és a gyümölcsök fogyasztása, különösen az alacsony iskolai végzettségű és alacsony jövedelmű lakosság körében.

Az **elhízás** Magyarországon is első számú népegészségügyi probléma, több mint 1,5 millió embert érint, további 2,7 millió ember pedig túlsúlyos. A túlsúly főleg a 40 éven aluli férfiak körében gyakoribb, az ilyen korú férfiaknak mintegy a fele túlsúlyos. 65 év fölött meredeken csökken az elhízottak aránya, de ez csak látszólag kedvező jelenség, mivel az elhízással kapcsolatos megbetegedéseknek tulajdoníthatóan, az elhízottak az idősebb kort ritkábban érik el, mint normál súlyú társaik.

Testmozgás

A lakosság kevesebb, mint 20 %-a végez rendszeres testmozgást, és körülbelül minden második személy nem végez semmilyen sporttevékenységet.

A lakosság rossz egészségi állapotának egyik oka a testi edzettség hiánya. Felmérések adatai szerint Magyarországon a 15-64 éves korcsoportba tartozó férfiaknak csupán 21%-a, a hasonló korú nőknek pedig a 14%-a végez rendszeres testedzést. A fizikai aktivitásra vonatkozó arányszám értéke a korrallal rohamosan csökken. Míg a 20-29 évesek 25%-a jelezte, hogy rendszeresen edz, a 30-39 éveseknél már 15%-ra, az ennél idősebbeknél pedig 10%-ra esett vissza ez a mutató.

Környezet

Az ország területének 13 %-a szennyezett levegőjű, a lakosság közel fele ezeken a területeken él. Az egészségre káros ivóvizet fogyaszt a lakosság 3 %-a. Hazánkban az élelmiszerek biztonsága magas szintű, rendszeresen ellenőrzött.

Előrelépések

Nagy előrelépés az egészségügyi vezetőket képző intézmények és egyetemi szakok megindulása. A képzések nyomán az egészségügyi intézmények menedzsmentje elsajátította az önállóbb gazdálkodáshoz szükséges fogalomkészletet, és a gazdaságos intézményi működés szempontjait az orvos társadalom is széles körben elfogadta.

A főbb ellátási területeken megtörtént:

- a teljesítmény-finanszírozás bevezetése,
- a szektorsemlegesség deklarálása,
- a szabad orvos és intézet választás deklarálása, (minőségi) verseny a szolgáltatók között,
- az intézetek önállóságának részleges elérése,
- a hatékonyabb munkában való érdekeltég megjelenése, az intézeti menedzsment erősödése,
- a privatizáció megindulása.

Továbbá jelentős lépések történnek a környezet védelme érdekében, az Európai Unió Környezetvédelmi Akcióprogramja keretében.

További előrelépések tapasztalhatók a hulladék-gazdálkodás területén is.

Az egészségmegőrzés területén az egészségesebb táplálkozás, a drog-prevenációs intézkedések, a dohányzásellenes programok, stb. irányába tett lépések is az egészségesebb életmód irányába mutatnak.

1. Egészségbiztosítás

Nemzetközi összehasonlítás

A gazdaságilag fejlett országok egészségügyi rendszerét három alaptípusba szokták sorolni. Az egyikbe az adóból finanszírozott állami egészségügyi szolgálatok tartoznak - ez az ún. Beveridge modell, ilyen van például az Egyesült Királyságban. A másik csoportba a magánbiztosításokkal kiegészített erős társadalombiztosítási alapú egészségügyi szolgálatok tartoznak - ez az ún. Bismarck modell, ilyen van például Németországban. A harmadik csoportba a gyenge társadalombiztosítással és erős üzleti jellegű magánbiztosítással jellemezhető rendszerek tartoznak, ilyen van például az Egyesült Államokban.

A magyarországi egészségügyi rendszer a rendszerváltozás előtt az adóból finanszírozott rendszerekre hasonlított, hiszen nem volt biztosítás alapú, azzal a különbséggel, hogy gyakorlatilag adó sem volt, hanem az adónak megfelelő pénzüsszeget az állam eredendően elvonta, nem fizette ki, és beépítette az állami szolgáltatások rendszerébe. Így lett az egészségügyi ellátás névlegesen ingyenes, és gyakorlatilag mindenki jogosult volt az egészségügyi ellátásra.

Magyarország az 1980-as évtized végén, meglehetősen világosan a Bismarck-típusú rendszer mellett kötelezte el magát azáltal, hogy az Osztrák-Magyar Monarchia idején és a II. Világháború előtti időszakban kialakult társadalombiztosítási örökségre támaszkodott. Ez a rendszer a hangsúlyt tekintve folyamatosan kisebb ingamozgásban van a biztosítási, illetve adóból finanszírozott rendszerek között. A korábbi években az inga mintha a biztosítási elem megerősödése, az utóbbi években pedig az adóból finanszírozott rendszerek irányában mozdult volna el.

Az adóból finanszírozott rendszerre emlékeztető jel, hogy a járulékfizetés minden aktív kereső számára kötelező, a járulékfizetés mértéke lényegében az adóköteles jövedelemmel arányos. A szabályozás miatt egészségügyi ellátásra gyakorlatilag mindenki jogosult, függetlenül a járulékfizetéstől vagy annak mértékéről. Ez nem annyira konkrét járulékfizetéssel alátámasztott célbiztosítás, hanem eléggé általány jellegű.

Magyarországon a társadalombiztosításon belül jelenleg egybiztosítós egészségbiztosítási modell működik, melyet önkéntes tagsági részvétellel non-profit egészségpénztárak és üzleti biztosítók tevékenysége egészít ki. Önálló balesetbiztosítási ág egyelőre nem létezik, de létrehozását tervezik.

A 2006-ban a kormány célul tűzte az egészségügy átfogó reformját, ezen belül az egészségbiztosítás átalakítását is. A tervezett több biztosítási modell nem valósult meg. A 19 megyei egészségbiztosítási pénztár helyett 7 regionális egészségbiztosítási pénztár kezdte meg működését 2009. január 1-jétől az Országos Egészségbiztosítási Pénztár irányításával.

Jogi szabályozás

A társadalombiztosítás ellátásaira és a magánnyugdíjra jogosultakról, valamint e szolgáltatások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (ún. Társadalombiztosítási törvény), a végrehajtására kiadott 195/1997. (XI. 5.) Kormányrendelet, továbbá a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény és a végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) számú Kormányrendelet meghatározza az egészségbiztosítási ellátásra jogosultak körét. Eszerint valamennyi, a Társadalombiztosítási törvény szerint biztosított, továbbá egészségügyi szolgáltatás igénybevételére, valamint baleseti ellátásra és szerződés alapján egyes egészségbiztosítási ellátásokra jogosult személy, jogosult egészségbiztosítási ellátásra. Az egészségbiztosítási ellátások igénybevételének feltétele a biztosítottak, illetőleg a foglalkoztatók járulékfizetése.

Jogosultság

1) Belföldiek ellátásra jogosultsága:

Az egészségügyi természetbeni szolgáltatásra és pénzbeli ellátásokra alapján véve a biztosított jogosult. A biztosítottak személyi körét a Tbj. törvény 5.§-a ismerteti. A biztosítottak valamennyi egészségbiztosítási ellátásra jogosultak. A biztosítottak körén kívül egyes további személyek csak az egészségügy természetbeni szolgáltatásaira jogosultak, így például a közoktatásról szóló törvény hatálya alá tartozó alapfokú, középfokú nevelési-, oktatási vagy felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató magyar állampolgár mellett az a külföldi állampolgár is, aki nemzetközi szerződés vagy az Oktatási és Kulturális Minisztérium által adományozott ösztöndíj alapján létesített tanulói, hallgatói jogviszonyban áll.

Egészségügyi szolgáltatásra jogosultak még a rehabilitációs járadékban, mezőgazdasági járadékban, házasársi pótlékban, házasársi jövedelempótlékban, rendelkezésre állási támogatásban, táppénzben, terhességi-gyermekágyi segélyben, gyermekgondozási díjban, baleseti táppénzben, baleseti járadékban, saját jogán nyugdíjban, hozzátartozói

nyugellátásban, öregségi, munkaképtelenségi, özvegyi járadékban, növelt összegű öregségi, munkaképtelenségi, özvegyi járadékban, átmeneti járadékban, rendszeres szociális járadékban, egészségkárosodási járadékban, fogyatékosági támogatásban, rokkantsági járadékban, nemzeti gondozási díjban, hadigondozotti ellátásban, bányászati keresetkiegészítésben, gyermekgondozási segélyben, egyháztól, felekezettől nyugdíjban, rendszeres szociális segélyben, időskorúak járadékában, ápolási díjban, gyermeknevelési támogatásban, munkanélküliek jövedelempótló támogatásában részesülők, az illetékes hatóság által igazoltan legalább 50%-ban megváltozott munkaképességű személyek, valamint azok akik egészségkárosodásának mértéke a 40 százalékot eléri, a reá irányadó nyugdíjkorhatárt betöltött és a minimálbér 30 százalékánál alacsonyabb jövedelmű személyek, a települési önkormányzat polgármestere által kiállított hatósági bizonyítvánnyal szociálisan rászorultként elismert személy, az egészségügyi szolgáltatás megszerzése érdekében megállapodást kötött személy, az egészségügyi szolgáltatási járulék fizetésére kötelezett személy, a minimálbér 30 százalékánál alacsonyabb járulékalapot képező havi jövedelemmel rendelkező nevelőszülői tevékenységet folytató személy, ha az érintett személy belföldinek minősül.

A fenti jogcímek szempontjából a törvény alapján belföldinek minősül a Magyar Köztársaság területén a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény szerint bejelentett lakóhellyel rendelkező magyar állampolgár, élő magyar állampolgár, a bevándorolt és a letelepedett jogállású, valamint a menekültként elismert személy, a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyek beutazásáról polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló törvény szerint bejelentett lakóhellyel rendelkezik és tartózkodásáról szóló törvény hatálya alá tartozó személy, ha a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló törvény szerint bejelentett lakóhellyel rendelkezik, valamint a hontalan.

Meghatározott feltételek esetén egészségügyi szolgáltatásra jogosultak még a Magyar Köztársaság területén, illetve magyar állampolgár esetén a lakóhellyel vagy tartózkodási hellyel rendelkező kiskorú személy, személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális intézményben elhelyezett személy (külföldi állampolgárok kivételével), a gyermekvédelmi rendszerben utógondozási ellátásban részesülő 18-24 éves fiatal felnőtt, továbbá az illetékes magyar hatóság által ideiglenes hatállyal elhelyezett, otthont nyújtó ellátás keretében átmeneti és tartós nevelésbe vett külföldi kiskorú személy, a fogvatartott és a hajléktalan.

Teljes körű baleseti ellátásra – a baleseti egészségügyi szolgáltatás mellett a baleseti pénzbeli ellátásra is – jogosult valamennyi biztosított személy. Ennél szűkebb a jogosultsága azoknak a személyeknek, akik a törvény rendelkezése alapján csak a társadalombiztosítás egyes ellátásaira szereznek jogosultságot. Nemcsak a biztosítottak, hanem az is jogosult a baleseti ellátásra, aki egyéni, illetőleg társas vállalkozóként kiegészítő tevékenységet folytatónak minősül. Az egyéni vállalkozó, illetőleg a társas vállalkozás tagja, mint társas vállalkozó akkor minősül kiegészítő tevékenységet folytatónak, ha saját jogú nyugdíjasként végzi ezt a tevékenységet.

Baleseti egészségügyi szolgáltatásra jogosult a külföldi munkavállaló is. (Amennyiben a külföldi személy a munkabaleset napján alkalmi munkát végzett, és az érték teherjeggel igazolt, akkor baleseti ellátások igénybe vételére jogosult. Belföldiek esetében pedig az alkalmi munkavállalók a Tbj. 39. § (2) bekezdés alapján járulékfizetésre kötelezettek.) A nevelési-oktatási és felsőoktatási intézmény, iskola, illetőleg az iskolarendszeren kívüli oktatásban gyakorlati képzésben részesülő tanuló, hallgató (kivéve a külföldi állampolgár), a

szocioterápiás intézetben gyógykezelt elmebeteg, illetőleg szenvedélybeteg, az őrizetbe vett, előzetesen letartóztatott, elzárásra utalt, szabadságvesztés büntetést töltő személy, aki közcélú munka – különösen életmentés, baleset-, illetőleg katasztrófa-elhárítás vagy véradás – során szenved balesetet vagy egészségkárosodást, aki közérdekű munkát, közérdekű önkéntes tevékenységet végez.

2) A külföldiek ellátásra jogosultsága

Külföldi állampolgárok ideiglenesen, illetve állandó jelleggel, életvitelszerűen tartózkodhatnak Magyarországon. Ez utóbbi esetben a külföldi állampolgár lakóhelyét Magyarországra helyezte át munkavállalási célból, nyugdíjasként, tanulási célból, illetőleg egy magyarországi munkavállaló (biztosított) eltartott hozzátartozójaként, esetleg menekült, menedékes és befogadott jogcímen. Társadalombiztosítási szempontból a Magyarországon tartózkodásra engedélyezett, állandó lakóhellyel rendelkező külföldi állampolgár belföldinek minősül. Társadalombiztosítási szempontból a külföldiek köre nem kizárólag a külföldi állampolgárságot jelenti, hanem külföldinek minősül mindenki, akit nem kell belföldinek tekinteni, tehát a magyar állampolgár is, ha nem rendelkezik a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény szerint bejelentett lakóhellyel.

Társadalombiztosítási szempontból kit tekintünk belföldinek, illetve külföldinek?

Külföldinek minősül (társadalombiztosítási szempontból):
Külföldinek minősül mindaz a természetes személy, akit nem kell belföldinek tekinteni.

Belföldinek minősül (társadalombiztosítási szempontból):

- a Magyar Köztársaság területén élő magyar állampolgárok
- bevándorolt
- letelepedési engedéllyel rendelkező (letelepedett)
- menekültként elismert
- a szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező személyek beutazásáról és tartózkodásáról szóló 2007. évi I. törvény hatálya alá tartozó személy, aki a szabad mozgás és a három hónapot meghaladó tartózkodás jogát a Magyar Köztársaság területén gyakorolja, és itt jogszabálynak [a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény 4. § (1) a)–b)] megfelelő bejelentett lakóhellyel rendelkezik. Ide tartoznak az:
 - EGT állampolgárok (EGT tagállam állampolgárai,) amennyiben rendelkeznek EGT tartózkodási engedéllyel, regisztrációs igazolással,
 - EGT állampolgárokat kísérő családtagjai (amennyiben rendelkeznek a magyar idegenrendészeti hatóság által kiadott tartózkodási kártyával regisztrációs igazolással,)
 - A magyar állampolgárt kísérő nem magyar állampolgárságú családtagjai, amennyiben rendelkeznek tartózkodási kártyával
 - a magyar állampolgár vagy – magyar tartózkodási engedéllyel rendelkező – EGT állampolgárságú személy eltartottjai, vagy vele legalább egy éve egy háztartásban élő személyek, illetve akiről súlyos egészségügyi okból a magyar/EGT állampolgár személyesen gondoskodik, ha a magyar idegenrendészeti hatóság a családtagként beutazást és tartózkodást engedélyezte
 - Az EGT tagállamok állampolgáraival azonos jogállást élvező, de nem EGT tagállam állampolgárai, ha rendelkeznek tartózkodási engedéllyel,
- hontalan

3) Az EGT állampolgárokra vonatkozó ellátási jogosultságok:

Az EU tagállamok szociális biztonsági rendszereit koordináló szabályozás jellemzői

Az EU akcióprogramokra épülő közös szociálpolitikája nem tűzte ki célul egy olyan egységes európai szociális biztonsági jog kialakítását, amelynek közvetlenül alkalmazandó szabályai a huszonöt különböző tagállami szociális jogot felváltva egységes európai szociális kódexet alkothatnának. Nincs tehát közös EU-s társadalombiztosítási jog, amely egyformán vonatkozik az összes EU-tagállam valamennyi állampolgárára; az egyes tagállamok megtartják a saját szabályaikat. Minden állam szabadon dönti el, hogy milyen társadalombiztosítási rendszert működtet, milyen ellátásokat nyújt és milyen feltételekkel, mennyi járulékot kell fizetni, stb.

A dolgozók szabad mozgásának garantálása az EU egyik alapelve. Ebből következik, hogy minden dolgozó, aki valamelyik tagállam állampolgára, - az új tagállamokra vonatkozó átmeneti korlátozások figyelembevételével - jogosult átmenni bármely másik tagállamba, hogy ott kereső tevékenységet végezzen, vagy munkát vállaljon.

Mivel minden tagállamban eltérő társadalombiztosítási szabályok vonatkoznak a foglalkoztatásra, az EU-nak kell biztosítania, hogy a rendszerek közötti eltérések ne akadályozzák a dolgozók szabad mozgását.

Az EU „társadalombiztosítási joga” tehát harmonizáció helyett koordinációra épül. Az Unió csupán arra törekszik, hogy a személyek szabad mozgásának jogával élő, az EU-tagállamok között vándorló tagállami állampolgárok és családtagjaik részére biztosítsa az ellátások igénybevételére való jogosultságot más tagállamok területén is, azaz a migráció során. A koordináció jogforrása a 1408/71/EGK, és a végrehajtására kiadott 574/72/EGK rendelet.

Összefoglalva:

A társadalombiztosítás terén tehát alapvetően minden tagállamban a tagállami jogszabályok érvényesek továbbra is. Azt viszont, hogy egy másik tagállam állampolgárai közül ki, mikor és milyen mértékben tartozik a másik tagállam jogszabályainak hatálya alá, az Unió jogszabály határozza meg.

A koordináció jogforrásai:

A fenti elveknek megfelelően az EU szociális biztonsági rendszerét a 1408/71. EGK rendelet és ennek végrehajtásáról szóló 574/72. EGK rendelet (e két jogszabály együttesen a továbbiakban: a Rendelet) határozza meg. A két rendelet meghozatala óta eltelt idő alatt számos alkalommal került sor a módosításukra, így a rendeletek ma az Európai Unió egyik legbonyolultabb szabályozását képezik. 2010. május elsejétől lép hatályba a 883/2004/EK rendelet, mely az 1408/71/EGK, és annak végrehajtására vonatkozó 574/72/EGK rendelet váltja fel.

A „migráns munkások szociális biztonságáról szóló” Rendelet a biztosítási kötelezettség elbírálása, továbbá az egészségbiztosítási ellátások szempontjából olyan rendelkezéseket tartalmaz, melyek végrehajtása Magyarországon az Országos Egészségbiztosítási Pénztár feladata. A Rendelet természetesen nem csak az Európai Unió (a továbbiakban: EU) egyéb tagállamaiban munkát vállaló magyar állampolgárok, továbbá a Magyarországon munkát végző EU polgárok társadalombiztosítási kérdéseit rendezi, hanem kiemelkedő jelentőségű az EU egyéb államaiból érkező turisták és diákok egészségügyi ellátása, valamint az EU tagállamaiban szabadságukat töltő magyar biztosítottak, továbbá az ún. „ingázó” (határon átjáró munkavállalók) ellátásában is.

Alapelvek:

1. Azonos bánásmód: vagyis az EU tagországainak állampolgárai társadalombiztosítási szempontból ugyan olyan jogokkal rendelkeznek és ugyan olyan kötelezettségek terhelik őket egy másik tagállamban, mintha annak állampolgárai lennének. Azaz röviden: egyetlen tagállamban sem érhet bennünket hátrányos megkülönböztetés azon az alapon, hogy más állam állampolgárai vagyunk.
2. Munkavégzés helye szerinti biztosítás: az EU állampolgárai főszabály szerint ott biztosítottak, ahol kereső tevékenységüket folytatják, kivéve Szlovákia, mert esetükben az egyéni vállalkozói jogviszony esetében akkor is fennáll a biztosítás, ha ez mellett egy másik EGT tagállamban a vállalkozó keresőtevékenységet is végez.
3. Biztosítási idők összeszámítása: az egyik tagállamban megállapítandó ellátások nyújtásánál amennyiben szükséges – biztosítási előzményként figyelembe kell venni az EU egyéb tagállamaiban biztosításban töltött időszakokat is. Azaz röviden: itthon megszerzett jogainkat más tagállamok elismerik.
4. Ellátások exportja: az egyik tagállamban megállapított ellátásokat megszorítások nélkül akkor is folyósítani kell, ha a jogosult valamely más EU tagállamban tartózkodik.

Kire vonatkozik a Rendelet?

A Rendelet személyi hatálya alapvetően

1. a foglalkoztatottakra,
2. az önálló vállalkozókra,
3. köztisztviselőkre/közalkalmazottakra és
4. mindhárom kategória családtagjaira, valamint
5. a tagállamok területén állandó jelleggel lakó menekültekre, hontalanokra és családtagjaikra, továbbá
6. a diákokra és családtagjaikra terjed ki.

Az EU-n belül „koordinált” társadalombiztosítási ellátásokat a Rendelet – jelenleg hatályos szövege – alapján az EU-tagállamok, illetve Norvégia, Izland és Liechtenstein és Svájc állampolgárai vehetik igénybe. A fent említett államok állampolgárain túl lehetőség van az egyéb nem EU-tagországok (az ún. „harmadik országok”) állampolgárainak is a jogosultság megszerzésére, amennyiben az illető egy EU-tagállamban állandó lakóhellyel és érvényes biztosítással rendelkezik.

Foglalkoztatott, önálló vállalkozó, a Rendelet szerint „...minden olyan személy, aki biztosítva van, kötelezően vagy önkéntes alapon, megszakítás nélkül, egy vagy több olyan véletlen eseményre, amelyekre vonatkoznak a társadalombiztosítási rendszer különböző ágazatai a foglalkoztatott és az önálló vállalkozó tekintetében.”

Családtag a Rendelet szerint „minden olyan személy, akit családtagnak határoz meg, vagy ismer el, vagy a háztartás tagjának jelöl meg az a jogrend, amelynek alapján a ellátásokat biztosítják”, továbbá "ahol ... az említett jogrend családtagnak vagy a háztartás tagjának csak egy olyan személyt tekint, aki egy fedél alatt lakik a dolgozóval, ezt a feltételt teljesülnnek kell tekinteni, ha a kérdéses személy főleg annak a dolgozónak eltartottja”. Természetesen a „családtag” fogalom országonként eltérő, e tekintetben mindig a családtag tartózkodása szerinti állam joga az irányadó. (Pl. egy Belgiumban élő biztosított Franciaországban élő hozzátartozójának „családtagi” minősége a francia szabályok szerint állapítandó meg.)

Mit koordinál a Rendelet? - A Rendelet tárgyi hatálya

A Rendelet az alábbi szociális biztonsági rendszereket koordinálja az EU tagállamai között:

1. betegségi anyasági ellátások,
2. rokkantsági ellátások,
3. öregségi ellátások (*öregség és halál*),
4. özvegyi és árvaellátások (*ellátások nyugdíjasok eltartott gyerekei számára és árvaellátás*),
5. munkahelyi balesettel és foglalkozási megbetegedésekkel kapcsolatos ellátások,
6. haláleseti ellátások (*haláleseti juttatások*),
7. munkanélküli ellátás,
8. családi támogatások (*családi ellátások*).

(A dőlt betűs rész kizárólag az 1408/71/EKG rendelet alapján tett pontosítás.)

A Rendelet nem alkalmazható a szociális segélyekre, a szociális partnerek közötti egyéb megállapodásokra, illetve a kiegészítő nyugdíjpénztárakra.

Kétoldalú szociális biztonsági egyezmények a csatlakozás után:

A Rendelet tartalmaz szabályokat a tagállamok által egymás között kötött bilaterális szociális biztonsági egyezmények további sorsáról is. Főszabályként hatályon kívül helyezi az egyezményeket, de ha azok magasabb szintű védelmet nyújtanak az állampolgároknak akkor ezen cikkelyek tekintetében hatályában fenntartja azokat. A jelenlegi EU tagállamokkal vagy az EU-hoz Magyarországgal egy időben csatlakozó államokkal szemben már alkalmazott egyezményeink bizonyos – a Rendeletre képest többlétszabályt megállapító – rendelkezései tehát továbbra is hatályosak maradnak.

Munkavállalás - Mely állam szabályait kell alkalmazni?

A Rendelet 13-17. cikkelyei rögzítik azokat az általános és különös szabályokat, amelyek alapján meghatározható, hogy adott esetben az EU-n belül mozgó munkavállaló/egyéni vállalkozó esetében, mely tagország jogszabályait kell a szociális biztonsági rendszer keretébe tartozó juttatásokat vonatkozásában alkalmazni.

Általános szabály, hogy a dolgozó abban az államban biztosított, ahol kereső tevékenységét végzi (lex loci laboris elve):

A Rendeletben megfogalmazott általános szabály (13. cikk) szerint csupán egyetlen tagállam jogszabályait lehet alkalmazni, az alábbiak szerint:

1. akit valamely tagállam területén foglalkoztatnak, azon ország jogszabályai alá tartozik, ahol a foglalkoztatás történik,
2. aki egyéni vállalkozó azon tagállam jogszabályai alá tartozik, ahol ezen önálló vállalkozási tevékenységet kifejti,
3. akit hajó fedélzetén foglalkoztatnak, azon tagállam jogszabályai alá tartozik, amely tagország lobogója alatt hajózik,
4. a köztisztviselők és a velük azonos jogállású személyek azon tagország jogának hatálya alá tartoznak, amelynek hatóságai foglalkoztatják.

Ezen általános szabályok alkalmazására csak akkor kerülhet sor, ha a Rendelet 14-17. cikkelyei nem állapítanak meg az általánostól eltérő különös szabályokat.

Különös szabályok:

A Rendelet (14-16. cikkelyek) különös szabályai az alábbi foglalkoztatások esetében határoznak meg eltérő szabályokat:

1. Kiküldetés:

Amennyiben egy munkáltató munkavállalóját egy másik tagállam területére munkavégzés céljából küldi ki, vagy egy önálló vállalkozó tevékenységét egy másik tagállamban fejti ki, akkor a másik tagállamban történő munkavégzés ellenére a dolgozó/önálló vállalkozó továbbra is a kiküldő állam jogszabályai szerint lesz biztosítva úgy, mintha továbbra is ennek a területén dolgozna. A kiküldetés időtartama 12 hónap lehet, melyet egyszer – újabb 12 hónappal – meg lehet hosszabbítani. A kiküldetés igazolására szolgáló nyomtatvány (E 101) igazolja a munkavégzés helye szerinti ország illetékes hatóságának, hogy adott dolgozó továbbra is abban az államban marad biztosított, amelyből kiküldték továbbá, hogy a munkavégzés helye szerinti országban mentesül a járulékfizetési kötelezettség alól.

2. Munkavégzés egyszerre több tagállamban:

- 2/a. Amennyiben a munkavállaló egyidejűleg több tagállamban vállal munkát, akkor annak az államnak a jogszabályait kell alkalmazni, amelyben a munkavállaló állandó lakóhelye van, ha ebben a tagállamban is végez munkát. Ez a szabály megfelelően irányadó az önálló vállalkozókra is.
- 2/b. Ha az illető munkavállaló több tagállamban is végez munkát, de egyikben sincs lakóhelye, akkor annak az államnak a joga lesz az irányadó, melyben a munkáltató székhelye van, illetve a vállalkozásnak bejegyzett irodája van.
- 2/c. Önálló vállalkozók esetében annak az államnak a jogát kell alkalmazni, melyben az önálló vállalkozó tevékenységének túlnyomó részét folytatja.
- 2/d. Amennyiben az illető személy munkavállaló az egyik tagállamban és ezzel egyidejűleg egy másik tagállamban önálló vállalkozó, akkor rá – fő szabály szerint – annak a tagállamnak a joga lesz az irányadó, melyben a munkaviszony keretében alkalmazzák. Egyes speciális esetekben megengedett a kettős járulékfizetés is.

A rendelet 17. cikkelye alapján két vagy több tagállam, illetve ezek illetékes hatóságai közös megállapodással eltérhetnek fenti rendelkezésektől is, bizonyos személyek, vagy személyek bizonyos csoportjai érdekében. Magyarország tekintetében az illetékes hatóság az Országos Egészségbiztosítási Pénztár.

Egészségügyi ellátás:

A Rendelet arra biztosít lehetőséget, hogy a hatálya alá tartozó személyek a „koordinált” szociális biztonsági ellátásokat egy másik tagállam illetékes szervétől is megkaphassák – mégpedig ezen másik tagállam állampolgáraival azonos feltételek mellett.

1. Dolgozók és családtagjaik:

Az EU egy másik tagállamában dolgozók és családtagjaik – főszabály szerint – a biztosításuk szerinti országban, annak szabályai szerint vehetik igénybe az egészségügyi ellátásokat. (Pl. egy Magyarországon dolgozó belga állampolgár Magyarországon a magyar szabályok szerint veheti igénybe az ellátásokat.)

2. Turisták:

A Rendelet azonban nemcsak azokra a dolgozókra terjed ki, akik egy másik tagállamban munkát vállalnak, hanem minden olyan turistára is, aki az EU állampolgárként valamelyik tagállamban biztosítottnak minősül. A turisták azokra a sürgősségi, illetve szükséges ellátásokra jogosultak, amelyek a tartózkodásuk tervezett hosszára és az egészségi állapotukra tekintettel orvosilag szükségesek az egészség helyreállításához, a maradandó egészségkárosodás elkerüléséhez. Ezeket az ellátásokat ugyanolyan feltételek mellett vehetik igénybe, mint az adott tagállam biztosítottjai. Az ellátást a tagállami egészségbiztosítóval, illetve a tagállami egészségbiztosítók biztosítók valamelyikével szerződésben álló szolgáltatóknál lehet igénybe venni. Az ellátás költségeit pedig az a biztosító vállalja, amelyiknél az illető személy biztosítva van. Mindennek azonban feltétele, hogy az illető rendelkezzen az Európai Egészségbiztosítási Kártyával, vagy a meghatározott tartalmú, teljes körű ellátás igénybevételére jogosító E 112 jelű igazolással (*Az E 112 jelű igazolás a rendszeres, de sürgősséginek nem minősülő ellátások igénybevételét teszi lehetővé. Pl. vese dialízis.*), melyen a biztosítója előzetesen vállalja a felmerülő költségek fedezetét. Abban az esetben, ha nem volt Európai Egészségbiztosítási Kártya az ellátásra szoruló személynél, akkor az ellátásért helyben fizetnie kell, és hazatérése után igényelheti vissza a költségek egy részét.

Hangsúlyozandó, hogy ebben az esetben nem a teljes költségeket fogja visszakapni az illető, hanem csak azt a részt, melyet a biztosítójának akkor kellett volna kifizetnie, ha az Európai Egészségbiztosítási Kártyát használják az ellátás igénybevételekor. (Az Európai Egészségbiztosítási Kártya nélkül igénybe vett ellátás esetében a szolgáltató azt az árat tudja érvényesíteni, amennyit a többi, helyben biztosított ellátása után kap a biztosítóktól, Európai Egészségbiztosítási Kártya nélkül azonban nincs azonos elbírálási kötelezettség és a szolgáltató a „piaci árat” is érvényesítheti.)

3. Nyugdíjasok:

A rendelet értelmében a nyugdíjasoknak is biztosítani kell a megfelelő szociális védelmet. Ez nem csak azokra a migráns munkavállalókra vonatkozik, akik éppen egy a lakóhelyüktől eltérő másik tagállam területén érték el a nyugdíjkorhatárt, hanem azokra is, akik munkavállalóként soha nem hagyták el a lakóhelyüket, de nyugdíjasként egy másik tagállamban kívánnak tartózkodni, letelepedni. A másik tagállam területén élő nyugdíjasokat a Rendelet értelmében, megilleti az egészségügyi ellátások teljes köre, még akkor is, ha a tartózkodási helyük szerinti tagállamban soha nem voltak biztosítva. Ebben az esetben az ellátások összes költségét az az állam viseli, amelyiktől a nyugdíjat kapják. Természetesen, mint minden ellátáshoz, ennek igényléséhez is külön formanyomtatványok használandók (E 120, E 121).

4. Ingázó munkavállalók és családtagjaik:

Külön személyi kategóriát képeznek a rendelet alkalmazásában azok a munkavállalók és családtagjaik, akik az egyik tagállamból a másikba ingáznak. Az ő esetükben különleges jogosultság, hogy mindkét érintett tagállamban igénybe vehetik az egészségügyi szolgáltatásokat, jóllehet, a családtagok – külön megállapodás hiányában – a biztosított munkavégzése szerinti államban csak az orvosilag szükséges egészségügyi ellátásra jogosultak. Az ingázó munkavállaló és családtagjai „odahaza”, tehát lakóhelyük szerinti államban viszont – a munkavállaló biztosítása szerinti egészségbiztosító terhére – ugyanolyan feltételekkel vehetik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, mintha annak területén lennének biztosítva. A pénzbeli ellátást a biztosított részére ilyen esetben természetesen a munkavégzés helye szerinti biztosító folyósítja. (Az ingázók egészségügyi ellátásokra való jogosultságát az E 106 jelű nyomtatvány igazolja.)

4) Ideiglenesen, rövid ideig Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárok

Egészségügyi államközi egyezmények

Viszonyosság, illetve különböző egyezmények alapján az egyezményben részes államok állampolgárai külföldi tartózkodásuk idejére kölcsönösen különböző egészségügyi ellátási jogosultságokat biztosítanak.

Az egyezményes országokból érkező, Magyarországon nem biztosított külföldi állampolgárok (különböző elszámolási módok alapján az egészségbiztosítás terhére) az itt tartózkodásuk alatt feltétlenül szükséges mértékben, heveny megbetegedés illetve sürgős szükség esetén jogosultak egészségügyi ellátásra. Ez az ellátás magában foglalja az alap orvosi ellátást, a járóbeteg-ellátást, a fekvőbeteg-gyógyintézeti (kórházi) ellátást is.

A Magyarországon munkát vállaló külföldiek

A munkavállalás céljából Magyarországra érkező külföldi állampolgár főszabály szerint a Magyarországon belföldinek minősülő munkáltatóval fennálló munkaviszonya kezdetétől biztosítottnak számít, utána a munkáltató járulékot fizet. Ennek alapján jogosultságot szerez az egészségbiztosítás valamennyi ellátására.

Ezek eltartott közeli hozzátartozói

2007. április 1-jével az eltartott hozzátartozó, mint ellátásra jogosultságot keletkeztető státusz megszűnt, ezért ezt követően a Magyarországon biztosított külföldiek közeli hozzátartozói a megyei egészségbiztosítási pénztárnál kötött megállapodás alapján válhatnak egészségügyi ellátásra jogosulttá.

5) Magyarországon tanuló külföldi állampolgárok

A Magyarországon tanulmányokat folytató magyar és külföldi állampolgárságú személyek egészségügyi ellátásra való jogosultságával kapcsolatban egyébként az alábbi szabályok irányadók:

A Társadalombiztosítás ellátásaira és magánnyugdíjra jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 1997. évi LXXX. törvény (Tbj.) 16. § (1) bekezdés i) pontja alapján a felsőoktatási intézmény nappali tagozatán tanulmányokat folytató magyar állampolgár, valamint az a külföldi állampolgár, aki nemzetközi szerződés, vagy az oktatásért felelős miniszter által adományozott ösztöndíj alapján létesített hallgatói jogviszonyban áll, jogosult a magyar egészségbiztosítás természetbeni ellátásaira.

Amennyiben a külföldi állampolgár a fenti feltételeket nem teljesíti (nem rendelkezik nemzetközi szerződés vagy az oktatásért felelős miniszter által adományozott ösztöndíjjal), Magyarországon csak az alábbiak szerint válhat egészségügyi szolgáltatásra jogosulttá:

- a) Magyar felsőoktatási intézményben hallgatói jogviszonnyal rendelkező EGT-állampolgárok egészségügyi ellátásra való jogosultsága
 - aa) Az Európai Gazdasági Térség (EGT) tagállamaiból érkező személyek, amennyiben hazájukban jogosultak egészségbiztosítási szolgáltatásra, Magyarországon az illetékes biztosítójuk által kiállított Európai Egészségbiztosítási Kártyával vehetik igénybe a tartózkodásuk tervezett idejére és egészségi állapotukra tekintettel orvosilag szükséges egészségügyi ellátásokat.
 - ab) Amennyiben a magyar felsőoktatási intézményben hallgatói jogviszonnyal rendelkező EGT-állampolgár a hazájában nem rendelkezik egészségügyi ellátásra való jogosultsággal, de rendelkezik EGT-tartózkodási engedéllyel, akkor a Tbj. 4. § u) pontja alapján társadalombiztosítási szempontból belföldinek minősül. A belföldi személyek (a Tbj. 39. § (2) bekezdése értelmében) kötelesek (2009-ben) havi 4.500,- Ft egészségügyi szolgáltatási járulékot fizetni. Ennek a kötelezettségnek azonban feltétele, hogy a természetes személy a bejelentkezését megelőzően megszakítás nélkül legalább egy éve a polgárok személyi adatainak és lakcímének nyilvántartásáról szóló 1992. évi LXVI. törvény szerint bejelentett lakóhellyel rendelkezzen a Magyar Köztársaság területén. Az egyéves időtartamba beszámít az a kilencven napos időszak is, amely alatt a belföldi személy nem rendelkezett a Magyar Köztársaság területén bejelentett lakóhellyel. Azon belföldinek minősülő személyek, akik ezen feltétellel nem rendelkeznek, annak megszerzéséig megállapodást köthetnek az egészségügyi szolgáltatások megszerzése érdekében. A jogszabály nem tesz különbséget a külföldi állampolgárságú belföldi, illetve a magyar állampolgárságú belföldi személy között.

b) Magyar felsőoktatási intézményben hallgatói jogviszonnal rendelkező EGT-államokon kívüli ún. harmadik állam polgárainak egészségügyi ellátásra való jogosultsága

ba) Amennyiben Magyarország és az érintett személy állampolgársága szerinti állam között kétoldalú szociálpolitikai/szociális biztonsági egyezmény van hatályban, akkor az illető az egyezményben foglaltak szerint veheti igénybe Magyarországon az egészségügyi ellátásokat.

bb) Magyarországgal hatályos egyezményben nem részes államok polgárai: a Tbj. 34. § (10) bekezdése alapján amennyiben nem biztosítottak, és egészségügyi szolgáltatások igénybevételére egyéb jogcímen sem jogosultak, megállapodást köthetnek a saját, valamint a velük együtt élő gyermekük egészségügyi szolgáltatásának biztosítására. Ez teljes körű egészségügyi ellátások igénybevételét teszi lehetővé. A megállapodás megkötésének 2009. július 1-jétől már nem feltétele a magyarországi tartózkodást legalizáló tartózkodási engedély megléte.

A havi járulékfizetés mértéke nagykorú állampolgár esetén a minimálbér 50%-a (jelenleg 35.750,- Ft) 18 évesnél fiatalabb gyermek esetén a minimálbér 30 %-a (jelenleg 21.450,- Ft). A Magyar Köztársaság területén oktatási intézményben nappali rendszerű oktatás keretében tanulmányokat folytató külföldi állampolgár egészségügyi szolgáltatásra a minimálbér 30 %-ának megfelelő havi összegű egészségbiztosítási járulék megfizetésének vállalása esetén köthető megállapodást. A megállapodás megkötését követő hat hónapban az érintett személy sürgősségi ellátásra jogosult Magyarországon, de amennyiben a megállapodás megkötésével egyidejűleg egy összegben befizeti az első hat hónapra eső járulékot, akkor a megállapodás-kötés napjától teljes körben jogosult az egészségbiztosítás természetbeni ellátásaira. Ezt a megállapodást az a tartózkodási engedéllyel rendelkező személy is megkötheti, aki egyezményes országból érkezik, de a sürgősséginél szélesebb körben kívánja magát Magyarországon biztosítani.

bc) Amennyiben a harmadik állam polgára Magyarországon letelepedési engedéllyel rendelkezik, akkor a Tbj. 4. § u) pontja alapján társadalombiztosítási szempontból belföldinek minősül és megfelel a Tbj. 39. § (3) bekezdésben meghatározott feltételeknek, akkor a Tbj. 39. § (2) bekezdése alapján havi 4.500,- Ft egészségügyi szolgáltatási járulék megfizetésével teljes körű egészségügyi ellátások megszerzésére szerezhet jogosultságot. Amennyiben nem, akkor annak megszerzésére megállapodást köthet. foglalt kötelezettség a minimálbér 16%-ának megfelelő járulékfizetésre.

Amennyiben a magyar állampolgár Magyarországon működő külföldi felsőoktatási intézményben folytat tanulmányokat, amely alapján nem keletkezik a felsőoktatásról szóló 2005. évi CXXXIX. törvényben meghatározott hallgatói jogviszony, amennyiben a Tbj. 5.§-ban és 16. §-ban felsorolt egyéb jogcímen nem rendelkezik biztosítási jogviszonnal, a Tbj. 39. § (2) bekezdésében meghatározott járulékfizetésre kötelezett.

Ugyanez vonatkozik a Magyarországon működő külföldi felsőoktatási intézményben tanulmányokat folytató EGT-tartózkodási engedéllyel rendelkező EGT-állampolgárra, illetve a letelepedési engedéllyel rendelkező harmadik állambeli polgárra, amennyiben nem rendelkezik a koordinációs rendelet alapján, illetve a nemzetközi egyezményben meghatározott jogosultság-igazolással (Európai Egészségbiztosítási Kártya, nyomtatvány).

Magyarországon működő külföldi felsőoktatási intézményben tanulmányokat folytató harmadik állam polgára, amennyiben tartózkodási engedéllyel rendelkezik, a Tbj. 34. § (10) bekezdése alapján köthet megállapodást a tartózkodási helye szerint illetékes megyei egészségbiztosítási pénztárral, a havi járulék mértéke ebben az esetben megegyezik a minimálbérrel.

6) A Magyarországon letelepedett külföldi állampolgár nyugdíjasok

Azok a letelepedett külföldi állampolgár nyugdíjasok, akiknek állandó lakhelye Magyarország területén van, és akik a Macedón (Szkopjei) Köztársaság, a Horvát Köztársaság és Szerbia vagy Montenegró társadalombiztosítási szerveinek terhére részesülnek nyugellátásban, valamint e személyek igényjogosult családtagjai a magyar állampolgárságú nyugdíjasokkal megegyező módon részesülnek kórházi ápolásban. Ennek feltétele, hogy a nyugellátást folyósító külföldi szerv a nyugdíjas számára erről igazolást állítson ki.

A Magyarországra áttelepült jugoszláv nyugdíjasok nagy számára tekintettel a kizárólag jugoszláv társadalombiztosítási szervtől nyugellátásban részesülő személy részére, ha állandó lakóhelye magyar területen van, az egészségügyi szolgáltatásokat a magyar társadalombiztosítási jogszabályok szerint a magyar biztosító terhére nyújtják.

A magyarországi térítésmentes ellátásra való jogosultság tehát megállapítható, ha az igénylő személyi igazolvánnyal rendelkezik és nyugdíját az egyezmény alapján Magyarországra utaltatják. Tekintettel arra, hogy jelenleg a jugoszláv nyugdíjbiztosító - az egyezménnyel ellentétesen - nem utal külföldre nyugdíjakat, Magyarországon eltekintenek a nyugdíj Magyarországra való átutalásától, amennyiben hiteles fordítással, nyugdíjmegállapító határozattal igazolják, hogy Jugoszláviában nyugdíjat kapnak.

Azoknak a Magyarországra települt nyugdíjas külföldi állampolgároknak, akik nem állnak a fent említett országokkal kötött kölcsönös egyezmények hatálya alatt, a magyarországi egészségügyi ellátásokat akkor vehetik igénybe, ha költségtérítést fizetnek érte, vagy természetesen az egészségbiztosítási ellátásokra megállapodást is köthetnek.

7) Külföldiek megállapodáson alapuló egészségügyi szolgáltatásra jogosultsága

A Magyarország területén huzamosabb ideig tartózkodó külföldi állampolgároknak, ha hazájukkal nincs érvényes szociális biztonsági egyezmény, vagy más jogviszony alapján sem jogosultak egészségbiztosítási ellátásra, lehetőségük van az egészségbiztosítóval kötött megállapodással gondoskodniuk az egészségügyi ellátásukról, egy előre meghatározott összegű járulék fizetésének vállalása mellett. Ugyanilyen feltételeknek kell megfelelni a társadalombiztosítási szempontból külföldinek minősülő magyar állampolgároknak (ide tartoznak azok a személyek, akik nem rendelkezhetnek érvényes magyar személyi igazolvánnyal) is.

Az egészségügyi ellátásra jogosultságot biztosítani lehet a megállapodást kötő külföldi személlyel együtt élő gyermek számára is.

A külföldiek a tartózkodási helyük szerint illetékes megyei egészségbiztosítási pénztárnál kezdeményezhetik az ellátások igénybevitelére jogosító megállapodás megkötését, ahol a külföldi személy részére egy, az egészségügyi szolgáltatásra jogosultságot igazoló nyomtatványt is kiállítanak. A jogosultságot a befizetés helyén vagy a MEP-nél igazolják.

Külföldiek által, megállapodás alapján fizetendő járulék

Nagykorú külföldi állampolgár a megállapodás megkötésének napján érvényes minimálbér (2009-ben 71.500,- Ft) 50 %-ának (35.750,- Ft), a 18 évesnél fiatalabb gyermek, illetve a magyarországi oktatási intézményben nappali tagozaton tanuló külföldi a minimálbér 30 %-ának (2009-ben 21.450,- Ft) megfizetésével szerezhet egészségügyi ellátásra jogosultságot.

Az első hónapra esedékes járulékot nyomban a megállapodás megkötésekor be kell fizetni, a későbbiekben pedig havonta előre, a jogosultsági hónapot megelőző hónap 12. napjáig kell megfizetni.

A megállapodás a megkötését, vagyis az első befizetést követő hónap első napjától hatályos, de az első hat hónapban korlátozott mértékű ellátásra jogosít.

A megállapodás kedvezményezettje a társadalombiztosítás által támogatott egészségügyi szolgáltatásra a megállapodás megkötését követő hatodik hónap első napjától lesz jogosult, azzal, hogy a megállapodás megkötését követő hónap első napjától a hatodik hónapig a sürgősségi ellátást veheti igénybe.

Lehetőség van a megállapodás megkötésekor a hat hónapra esedékes járulékot visszamenőleg egy összegben befizetni, ebben az esetben a megállapodás megkötését követő hónap első napjától lehet a megállapodás kötésén alapuló jogosultaknak járó valamennyi társadalombiztosítási támogatással nyújtott egészségügyi szolgáltatást igénybe venni.

Lehetőség van olyan megállapodás megkötésére is, amely alapján a járulékfizetést más személy vagy szerv teljesíti, a megállapodásban meghatározott személy (kedvezményezett) javára.

A megállapodás szerint vállalt járulékfizetésen alapuló egészségügyi ellátásra való jogosultság esetén, az e jogcímen egészségügyi ellátásra jogosultak a járulékfizetés megszüntetését követően nem szereznek további 45 napos, ún. passzív jogon is igénybe vehető ellátási jogosultságot.

Aki a befizetési határidőig nem teljesíti a kötelezettségét, a következő hónaptól elveszti az egészségügyi szolgáltatásra jogosultságát, és ezzel egyben a megállapodás is megszűnik. A jogosultság megszűnését követő 3 napon belül a jogosultság igazolására szolgáló nyomtatványt a MEP-en le kell adni.

A megállapodáson alapuló egészségügyi szolgáltatások köre:

A megállapodáson alapuló egészségügyi szolgáltatások szűkebb ellátási kört biztosítanak, mint az egyéb jogviszony alapján az egészségbiztosítás keretében járó ellátások.

Megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy a fogászati ellátások közül tb. támogatással csak sürgősségi ellátásra jogosult.

Továbbá nem jogosult az EGT tagállamon kívüli harmadik állam területén az életét, testi épségét súlyosan veszélyeztető ellátás költségének, illetve az EGT tagállamban a nem a közösségi jogszabálynak megfelelő formában igénybe vett ellátás költségének a belföldi költség mértékéig való megtérítésére sem.

A megállapodás alapján egészségügyi szolgáltatásra jogosult személy nem veheti igénybe a Magyarországon nem hozzáférhető gyógyító eljárásokat a magyar egészségbiztosítása terhére egy másik országban.

8) Menekültek egészségügyi ellátása:

A menekültet a magyar állampolgárokra vonatkozó jogok illetik, és kötelezettségek terhelik, ezért az egészségügyi ellátásra való jogosultságukat az egészségbiztosítási pénztártól igényelt TAJ kártyával igazolhatják, és egészségbiztosítási járulékfizetési kötelezettségük is a magyar állampolgárok által fizetendő kötelezettségekkel azonos.

A biztosításból kizárt személyek

A biztosítás nem terjed ki a külföldi állam diplomáciai képviselőjére, a képviselet személyzetének külföldi állampolgárságú tagjára, a diplomáciai mentességet élvező nemzetközi szerv külföldi állampolgárságú képviselőjére (munkatársára), a diplomáciai mentességet élvező nemzetközi szerv külföldi állampolgárságú alkalmazottjára, valamint az említett személyek Magyarországon tartózkodó külföldi állampolgárságú alkalmazottjára, továbbá a felsorolt személyek Magyarországon tartózkodó, velük együtt élő külföldi állampolgárságú házastársára és gyermekére.

Ugyancsak nem terjed ki a biztosítás a külföldi munkáltató által Magyarországon foglalkoztatott olyan személyre, aki külföldinek minősül. Nem terjed ki a biztosítás a magyar jogszabályok szerint be nem jegyzett külföldi munkáltató által a Magyar Köztársaság területén foglalkoztatott külföldi személyre, ha az a szociális biztonsági rendszereknek a közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló 1408/71/EGK rendelet hatálya alatt áll, vagy kiküldetés, kirendelés, illetve munkaerő-kölcsönzés keretében végez munkát Magyarországon.

2. Az egészségügyi ellátórendszer felépítése

A hatályos Magyar Alkotmány (a többször módosított 1949. évi XX. tv.) szerint a Magyar Köztársaság elismeri és érvényesíti mindenki jogát az egészséges környezethez. Törvényi szintű szabályok határozzák meg az egészségügyi ellátás állami rendszerét, és az ellátás anyagi fedezetét. A Magyar Köztársaság területén élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ezt a jogot a Magyar Köztársaság a munkavédelem, az egészségügyi intézmények és az orvosi ellátás megszervezésével, a rendszeres testedzés biztosításával, valamint az épített és a természetes környezet védelmével valósítja meg.

A Magyar Köztársaság az ellátáshoz való jogot a társadalombiztosítás útján és a szociális intézmények rendszerével valósítja meg. A ún. szociális biztonság jogi szabályozásának alapját elsősorban a parlament által hozott törvények képezik. A konkrét szabályozás nemegyszer rendkívül bonyolult.

Ellátási formák

Megelőző ellátások

Célja a lakosság fertőző betegségekkel szembeni ellenálló képességének fokozása, szűrővizsgálatok elvégzése, az élet- és munkakörülményekből adódó egészségkárosodások korai felismerése, egészségi alkalmasság megállapítása, a betegség szövődésének korai felismerését célzó vizsgálatok elvégzése, intézkedés a felismert elváltozások, kóros eltérések megszüntetése érdekében, továbbá a fertőző betegségek megelőzése, az egyéni kockázati tényezőkön alapuló megelőzés, a magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése és a várandós anya egészségi állapotának védelme.

Alapellátás feladata, hogy a beteg lakóhelyén, illetve annak közelében választása alapján igénybe vehető, hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül, térítésmentesen folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény a háziorvosi szolgálat piaci alapú működését tovább erősítette. A háziorvosi ellátás a szabad orvosválasztás elvén működik.

Járóbeteg-szakellátás

Az általános, térítésmentes járóbeteg-szakellátás a beteg folyamatos ellátását, gondozását végző orvos beutalása vagy a beteg jelentkezése alapján, szakorvos által végzett egyszeri, illetve alkalmyszerű egészségügyi ellátás, továbbá fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség esetén a folyamatos szakorvosi gondozás. Az általános járóbeteg-szakellátást a beteg lakóhelyének közelében kell biztosítani. Beutaló nélkül vehető igénybe a bőrgyógyászati, a fül-orr-gégészeti, a nőgyógyászati, a sebészeti, a szemészeti, az onkológiai, az urológiai, pszichiátriai szakellátás, továbbá a gondozók (pl. az ideggondozó, tüdőbeteg-gondozó) által nyújtott orvosi ellátás.

Fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás

Az általános, térítésmentes fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézeti keretek között végzett egészségügyi ellátása. Ennek igénybevétele a külön jogszabályba foglaltak szerint a beteg folyamatos ellátását végző orvos, a kezelőorvos vagy az arra feljogosított más személy beutalása, valamint a beteg jelentkezése alapján történik. Az ellátás lehet folyamatos benntartózkodás mellett végzett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás, ideértve a hosszú ápolási idejű ellátásokat is, vagy meghatározott napszakokban történő ellátás, vagy egyszeri, vagy kúraszerű beavatkozás, amelyet követően meghatározott idejű megfigyelés szükséges, illetve a megfigyelési idő alatt szükség esetén a további azonnali egészségügyi ellátás biztosított. Egyes speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel, illetve szakmailag összetett feladatok megoldását igénylő betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra - a külön jogszabályban foglaltak szerint - speciális fekvőbeteg-szakellátást kell működtetni.

Egyéb egészségügyi ellátások

Az egyéb egészségügyi ellátások között szerepel az ügyeleti ellátás, mentés, betegszállítás, katasztrófa-egészségügyi ellátás, vérellátás, ápolás, haldokló beteg gondozása, rehabilitáció, orvostechnikai eszközök biztosítása, gyógyszerellátás, pszichoterápia és klinikai szakpszichológia, nem konvencionális gyógyító eljárások, egyéb gyógyászati eljárások, valamint az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység.

Ügyeleti ellátás

Az ügyeleti rendszer a napi munkarenden kívül bekövetkező sürgősségi esetekben az egészségügyi ellátás folyamatos igénybevételének lehetőségét biztosítja. Sürgős esetben a betegek a mentőszolgálat, a kórházak ügyeletei és a háziorvosi ügyelet mellett, minden orvos segítségét igénybe vehetik, bármely időpontban.

Mentés

A mentés az azonnali egészségügyi ellátásra szoruló betegnek a feltalálási helyén, mentésre feljogosított szervezet által végzett sürgősségi ellátása, illetve az ehhez szükség szerint kapcsolódóan - az egészségi állapotának megfelelő ellátásra alkalmas - egészségügyi intézménybe szállítása, valamint a szállítás közben végzett ellátása. A mentés feladatait az ország egész területére kiterjedően az Országos Mentőszolgálat (OMSZ), valamint más, - az OMSZ koordinálása mellett - mentésre feljogosított szervezetek látják el.

Betegszállítás

A betegszállítás célja, hogy az orvos rendelése alapján biztosítsa az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést abban az esetben, ha az egészségügyi ellátás elérhetősége másként nem

biztosítható. Az, hogy az egészségügyi ellátás elérhetősége nem biztosítható másként akkor lehet megállapítani, ha a beteg:

- szállításra szorul, de egészségi állapota nem indokolja mentés igénybevételét,
- mozgásában korlátozott, járóképtelen,
- fertőzésveszély vagy kóros magatartása miatt közforgalmú járművet nem vehet igénybe,
- ellátásának eredményességét tömegközlekedési eszköz hiánya vagy annak igénybevételéből eredő késedelem veszélyeztetné.

Gyógyintézetből elbocsátott beteg otthonába szállítása akkor vehető igénybe, ha az ellátást követően a beteg:

- szállításra szorul, de mentés igénybevételét nem indokolja
- csak speciális testhelyzetben szállítható
- mozgásában korlátozott, járóképtelen
- fertőzés veszély vagy kóros magatartás miatt közforgalmú járművet nem vehet igénybe.

A közterületen vagy nyilvános helyen tartózkodó, magatehetetlen ittas személyt a mentőszolgálat kijózanító állomásra szállítja. A beszállított személyt kijózanodásáig, de legfeljebb 24 órai időtartamra lehet a kijózanító állomáson visszatartani. A szállítás és a kijózanítás költsége a beteget, ill. az ittas személyt terhelik, s ez nem tartozik a biztosítás körébe.

Katasztrófa-egészségügyi ellátás

Ez az ellátás katasztrófa esetén gondoskodik a veszély elhárításához szükséges feltételek biztosításáról, továbbá ellátja az annak elhárítását célzó tevékenységek általános irányítását.

Vérellátás

A vérellátás a gyógyításhoz szükséges vér és vérkészítmények biztosítására, illetőleg a vérkészítmények terápiás felhasználására irányuló egészségügyi és társadalmi tevékenység.

Ápolás

Az ápolás azoknak az ápolási és gondozási eljárásoknak az összessége, amelyek feladata az egészségi állapot javítása, az egészség megőrzése és helyreállítása, a beteg állapotának stabilizálása, a betegségek megelőzése, a szenvedések enyhítése a beteg emberi méltóságának a megőrzésével, környezetének az ápolási feladatokban történő részvételre való felkészítésével és bevonásával.

A haldokló beteg gondozása

A haldokló beteg gondozásának (hospice ellátás) célja a hosszú lefolyású, halálhoz vezető betegségben szenvedő személy testi, lelki ápolása, gondozása, életminőségének javítása, szenvedéseinek enyhítése és emberi méltóságának haláláig való megőrzése. A hospice ellátást lehetőség szerint a beteg otthonában, családjá körében kell nyújtani.

Rehabilitáció

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

Orvostechnikai eszközellátás

Orvostechnikai eszköz - ideértve a gyógyászati segédeszközt is - akkor hozható forgalomba, illetve akkor használható, ha kielégíti a külön jogszabály szerinti minőségi követelményeket és erre vonatkozóan a kijelölt szerv megfelelőségi vizsgálatot folytatott le, valamint a külön jogszabályban meghatározott szerv nyilvántartásba vette, és megfelelőségi jelzéssel látta el.

Gyógyszerellátás

Az egészségügyi ellátás része a gyógyszerellátás, amelynek célja – a külön törvényben foglaltak szerint - biztosítani a gyógyító és megelőző tevékenységhez a gyógyszerek hivatalos jegyzékében szereplő megfelelő minőségű, biztonságos, hatásos és költség-hatékony gyógyszereket.

Pszichoterápia és klinikai szakpszichológia

A pszichoterápia többféle módszeren alapuló, tudományosan megalapozott, a pszichés és pszichoszomatikus zavarok esetén alkalmazott, egyéni vagy csoportos formában, több meghatározott időtartamú terápiás ülésben történő, orvosi vagy pszichológusi végzettséggel és szakirányú szakképesítéssel végezhető terápiás eljárás.

Nem hagyományos gyógyító eljárások

A nem hagyományos gyógyító és természetgyógyászati eljárások az egészség és betegség eltérő szemléletéből fakadó módszereken alapulnak. Ezek gyógyító eljárást helyettesítő eljárásként csak orvosi ellenőrzés mellett alkalmazhatók.

Egyéb gyógyászati ellátások

A gyógyászati ellátások körébe tartoznak azok a kiegészítő jellegű egészségügyi szolgáltatások, amelyek az orvos rendelése alapján a gyógykezelés részét képezik, de orvosi rendelés hiányában is igénybe vehetők.

Az egészségügyi ellátás keretében végzett szakértői tevékenység

Az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik a gyógyító-megelőző ellátás keretében végzett, valamint a társadalombiztosítási ellátások igénylésével összefüggő egészségügyi szakértői tevékenység, így különösen a munkára, illetőleg a szakmára való egészségi alkalmasságnak, a keresőképességnek, a rokkantság fokának és a megmaradt munkaképesség

mértékének és minőségének, illetve a további foglalkoztatás feltételeinek egészségügyi elbírálása, illetőleg véleményezése.

Az egészségügy szervezése és irányítása

Az állam felelős a lakosság egészségi állapotáért, különösen az ehhez szükséges feltételrendszer kialakításán keresztül. Az egészségügy szervezésével és irányításával kapcsolatos feladatok ellátásáért, valamint az ezekkel összefüggő jogok gyakorlásáért és kötelezettségek teljesítéséért való felelősség az Országgyűlést, a Kormányt, az egészségügyi minisztert, az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot (ÁNTSZ), illetőleg a helyi önkormányzatokat, továbbá az egészségbiztosítási szerveket, valamint az egészségügyi intézmény fenntartóját terheli.

Az Országgyűlés feladatai

Az Országgyűlés az egészségüggyel kapcsolatosan tevékenysége során figyelembe veszi és érvényesíti a lakosság egészségének megőrzéséhez fűződő érdekeket és az ehhez rendelt egészségpolitikai célokat. Elfogadja az egészségügyet, az ellátórendszereket, azok működését szabályozó törvényeket, valamint a Nemzeti Egészségfejlesztési programot. Értékeli programban foglaltak végrehajtását és a lakosság egészségi állapotának általános helyzetét.

Nemzeti Egészségfejlesztési Program

A Nemzeti Egészségfejlesztési Program az egészségügyi tervezés alapja. E programban foglaltakat a gazdaságpolitikai, a terület-, illetőleg településfejlesztési, továbbá valamennyi állami tervezés körébe tartozó döntés meghozatala, illetőleg végrehajtása során érvényre kell juttatni. Ezt a programot legalább négyévenként felülvizsgálják.

A Kormány feladatai

A Kormány az egészségügyi miniszter útján gondoskodik a program előkészítéséről, s annak az Országgyűlés elé terjesztéséről, meghatározza az egészséget támogató Kormányzati politika, ezen belül az egészségpolitika elveit, céljait és főbb irányait, irányítja és összehangolja az egészségügyi államigazgatási feladatok végrehajtását, gondoskodik az egészségügyet érintő nemzetközi szerződésekben foglalt kötelezettségek teljesítéséről, és törvényességi felügyeletet gyakorol az egészségbiztosítási szervek tevékenysége felett.

Nemzeti Egészségügyi Tanács

A Kormány egészségügyi szervezéssel és irányítással kapcsolatos feladatainak ellátását a Nemzeti Egészségügyi Tanács segíti, mely a Kormányzati egészségpolitika kialakításában és az ezzel összefüggő döntések meghozatalában kezdeményező, véleményező és tanácsadó, a Kormányzati egészségpolitikai döntések végrehajtásának folyamatában ellenőrző, elemző és értékelő tevékenységet végez.

Az egészségügyi miniszter feladatai

Az egészségügyi, miniszter a vonatkozó törvényben foglaltaknak, valamint a Kormány egészségpolitikai döntéseinek megfelelően, ellátja az egészségügy ágazati irányítását. A miniszter ágazati irányító jogköre kiterjed minden egészségügyi tevékenységre és minden egészségügyi szolgáltatóra. A miniszter tevékenységét az Egészségügyi Tudományos Tanács, a szakmai kollégiumok, valamint az országos intézetek segítik.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat feladatai

Az ÁNTSZ központi és területi szervei ellátják a népegészségügy, valamint az egészségügyi szakigazgatás és koordináció körében a meghatározott állami feladatokat és hatásköröket.

Helyi önkormányzatok

A települési önkormányzat az egészségügyi alapellátás körében gondoskodik a háziiorvosi, házi gyermekorvosi ellátásról, a fogorvosi alapellátásról, az alapellátáshoz kapcsolódó ügyeleti ellátásról, a védőnői ellátásról és az iskola-egészségügyi ellátásról. Az önkormányzat képviselő-testülete megállapítja és kialakítja az egészségügyi alapellátások körzeteit, megállapítja a körzet székhelyét. A helyi önkormányzat biztosítja a tulajdonában vagy használatában levő járóbeteg-szakellátást, valamint a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmények működését.

Az egészségbiztosítási szervek feladatai

Az egészségbiztosítási szervek biztosítják az egészségügyi intézmények által nyújtott egészségügyi szolgáltatásoknál a szükséges kapacitás megfelelő időben történő lekötését, valamint a teljesített és ellenőrzött szolgáltatás finanszírozását.

Egészségügyi intézmények fenntartója

Az egészségügyi intézmények fenntartójának hatásköre az alapítói jogok, a létesítés, az átszervezés, illetve a megszüntetés, az intézmény költségvetésével kapcsolatos jogok, az intézmény vezetőinek tekintetében a munkáltatói jogok, a szervezeti és működési szabályzat, házirend jóváhagyása, az intézmény működésének folyamatos felügyelete és ellenőrzése.

3. Az egészségbiztosítási ellátások szabályozása

A társadalombiztosítás keretében nyújtott egészségbiztosítási ellátások két nagy csoportra oszthatók:

- a természetben nyújtott egészségügyi szolgáltatások, amelyek közé tartoznak, egyebek mellett, az alapellátás, a járóbeteg-szakellátás, a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátás, és a baleseti egészségügyi szolgáltatások,
- pénzügyi ellátások, amelyek közé tartoznak egyebek mellett a táppénz, a terhességi-gyermekágyi segély, a baleseti táppénz, a baleseti járadék.

Egészségbiztosítási alapú természetbeni egészségügyi ellátások

Az orvosi ellátások általában: jogosultság-ellenőrzés és intézményi várólisták

Azt az egészségügyi szolgáltatást, amelynek fedezete a központi költségvetésben és az Egészségbiztosítási Alapon keresztül nincs biztosítva, állami támogatás nélkül, az egészségügyi szolgáltató által meghatározott térítési díj ellenében lehet igénybe venni. A költségvetési támogatással igénybe vehető orvosi ellátásokat az állam a központi költségvetésből vagy az Egészségbiztosítási Alapból támogatja azzal, hogy az alapsomag részeként nyújtott ellátások az alapul szolgáló jogviszony előzetes igazolása nélkül is igénybe vehetők.

Az egészségügyi ellátás azonos szakmai tartalommal illeti meg az ellátásokra jogosult személyeket, az egészségi állapot által indokolt mértékben, a vizsgálati, terápiás és finanszírozási rendek figyelembevételével.

A egészségbiztosítás által támogatott orvosi ellátások igénybevétele során az ellátásra jogosultságot TAJ kártyával (illetve külföldi biztosítottak esetén nemzetközi egyezményben, közösségi rendeletben megállapított, erre a célra rendelt jogosultságigazolással), a személyazonosság igazolása mellett lehet igénybe venni.

A támogatott egészségügyi ellátás keretében a beteg a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségügyi miniszter által az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárási rend, valamint a vizsgálati és terápiás eljárási rend szerinti szolgáltatásokra jogosult. E szabályoktól a kezelőorvos akkor térhet el, ha a beteg állapota és a gyógyítás szempontjai azt szükségessé teszik. Amennyiben a beteg kérésére az ellátó orvos eltér a finanszírozási-, illetve vizsgálati és terápiás eljárási rendben foglaltaktól, és ez többletköltséget okoz, a beteg részleges térítési díj megfizetésére köteles. Amennyiben a beteg a vizsgálatok eredményét vitatja, vagy a javasolt vizsgálati, illetve terápiás módszerrel nem ért egyet, jogosult egy további orvosi szakvéleményre és javaslatra.

Amennyiben az egészségbiztosítás által támogatott ellátásra az egészségügyi intézmény a társadalombiztosítási támogatást meghaladóan, jogellenesen térítési díjat fizettetett a beteggel, vagy az ellátás költsége más forrásból megtérül az intézménynek, az egészségbiztosító

kötelezi az intézményt a térítési díjnak a beteg részére való visszafizetésére. Ugyanez a szabály vonatkozik az el nem végzett, de a beteggel megfizettetett, társadalombiztosítás által támogatott ellátások után fizettetett költségekre is.

Jogviszony-ellenőrzés:

2007. április 1-jétől elindult az ún. előzetes jogviszony ellenőrzés, amelynek hosszú távú célja, hogy az egészségbiztosítás természetbeni ellátásait csak az arra ténylegesen jogosultak vehessék igénybe.

Ennek során az OEP nyilvántartásában szereplő jogviszony adatokat ellenőrzik az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele során, hogy meggyőződjenek arról, hogy az azt igénybe venni kívánó beteg szerepel-e az OEP nyilvántartásában.

A tb. támogatással igénybevett egészségügyi ellátások előtt az egészségügyi szolgáltató – a TAJ számot és egyéb személyazonosítást igazoló okmány bemutatását követően, az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét megelőzően – az OEP nyilvántartásában ellenőrzi, hogy a tb. támogatott ellátás igénybevételére jelentkezett beteg a jogviszony nyilvántartásban az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásaira jogosultként szerepel-e. A nyilvántartásban való ellenőrzést főszabály szerint időbeli korlát nélkül elektronikus úton biztosítja az OEP, a közvetlen hozzáféréssel nem rendelkező házi orvosoknak pedig havonta küld összesítőt.

Ha a beteg állapota az ellátás azonnali megkezdését indokolja, az ellenőrzést közvetlenül az egészségügyi szolgáltatás igénybevételét követően, fekvőbeteg-szakellátás esetén legkésőbb az annak kezdetét követő első munkanapon kell elvégezni.

A jogviszony ellenőrzés eredményéről tájékoztatni kell a beteget.

Ha a jogviszony ellenőrzés eredménye szerint a beteg az OEP nyilvántartásában jogosultként nem szerepel, erről és a jogviszonyának rendezési lehetőségeiről az egészségügyi szolgáltató írásban köteles tájékoztatni a beteget. 2008. január 1-jét követően a beteg adatait az OEP köteles átadni az állami adóhatóságnak.

Fontos tudni, hogy ha nem szerepel valaki az OEP nyilvántartásában, az a beteg ellátását nem érinti, mert az ellenőrzés eredményétől függetlenül – az egyéb feltételek fennállása esetén – el kell látni a beteget, ezért térítési díj nem kérhető, és az ellátás sem tagadható meg az OEP nyilvántartás adataira hivatkozással. Az előzetes jogviszony ellenőrzés jelenleg a betegek tájékoztatását illetve az OEP nyilvántartás rendezését szolgálja, és felkészülést tesz lehetővé a biztosítási jogviszony jövőbeli ellenőrzésére.

A jogviszony ellenőrzés eredményéről való tájékoztatás megtörténtét a betegnek (vagy képviselőjének) aláírásával igazolnia kell.

A jogosultság-ellenőrzést az ellátások igénybevételének ellenőrzése egészíti ki. Az egészségbiztosító ugyanis az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét is ellenőrzi. Ennek keretében összesíti a beteg által társadalombiztosítási támogatással igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokat. Az összesítés érdekében a személyes- és egészségügyi adataira vonatkozóan adategyeztetést is kezdeményezhet a beteggel, aki köteles ebben közreműködni. Ha az adategyeztetés során az érintett beteg az egészségbiztosító által megállapított összesítésben

szereplő valamely egészségügyi szolgáltatás igénybevételét vitatja, az egészségbiztosító az adott egészségügyi szolgáltatást rendelő, illetve az azt nyújtó egészségügyi szolgáltatónál rendelkezésre álló dokumentációt is ellenőrzi.

Intézményi várólisták:

Az egészségügyi intézmény egyes ellátások elvégzését – az ellátás természete, vagy tartós kapacitáshiány esetén – várólista alapján is teljesítheti, ha a beteg egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását. Az így kialakított intézményi várólista az adott egészségügyi intézményben a betegellátás sorrendjét meghatározó jegyzék, amelyet – a központi várólista alapján igénybe vehető ellátások kivételével – egészségügyi ellátások meghatározott sorrend szerinti elvégzése érdekében alakítanak ki.

A várólista szerinti sorrendben igénybe vehető ellátásokat [nagy költségű ellátások és a különböző szervátültetések: szívátültetés, májátültetés, tüdőátültetés, veseátültetés, kombinált vese- és hasnyálmirigy-átültetés csontvelő átültetés] és a kapcsolódó eljárási szabályokat a várólista alapján nyújtható ellátások részletes szabályairól szóló 287/2006 (XII. 23.) Kormányrendelet) határozza meg.

A várólista szerinti sorrendet még térítési díj megfizetésével és méltányosságból sem lehet megelőzni. Állapotrosszabbodás esetén indokolt az újbóli vizsgálatok kezdeményezése és elvégzése, melynek eredményétől függően a várólista módosulhat, ennek érdekében a beteg jogosult a kezelőorvosánál mindazon vizsgálatok kezdeményezésére és – a kezelőorvos javaslata alapján – elvégeztetésére, amelyek a várakozás sorrendjét befolyásoló egészségi állapotváltozás megállapításához szükségesek.

Központi és intézményi várólistát kell megkülönböztetni.

A központi várólista a nagy költségű ellátások igénybevételére, illetve a szerv, vagy véresejt képző őssejt átültetésére váró betegek (transzplantációs várólista) jegyzéke, amelyet az Országos Vérellátó Szolgálat Központja (OVSZK) működtet. A transzplantációs várólistára a biztosítottak, a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosult személyek, illetve azok a külföldiek kerülhetnek fel, akiknek a saját egészségbiztosítója az ellátás igénybevételét előzetesen engedélyezte. A nagy költségű ellátás, illetve a transzplantációs várólista szerinti ellátások szükségessége esetén a beteget kizárólag az OVSZK által vezetett központi várólistára lehet felvenni és a központi várólistán elfoglalt helye szerint lehet számára az egészségügyi szolgáltatást nyújtani.

A központi várólistán szereplő, nagy költségű ellátások:

1. PET-CT

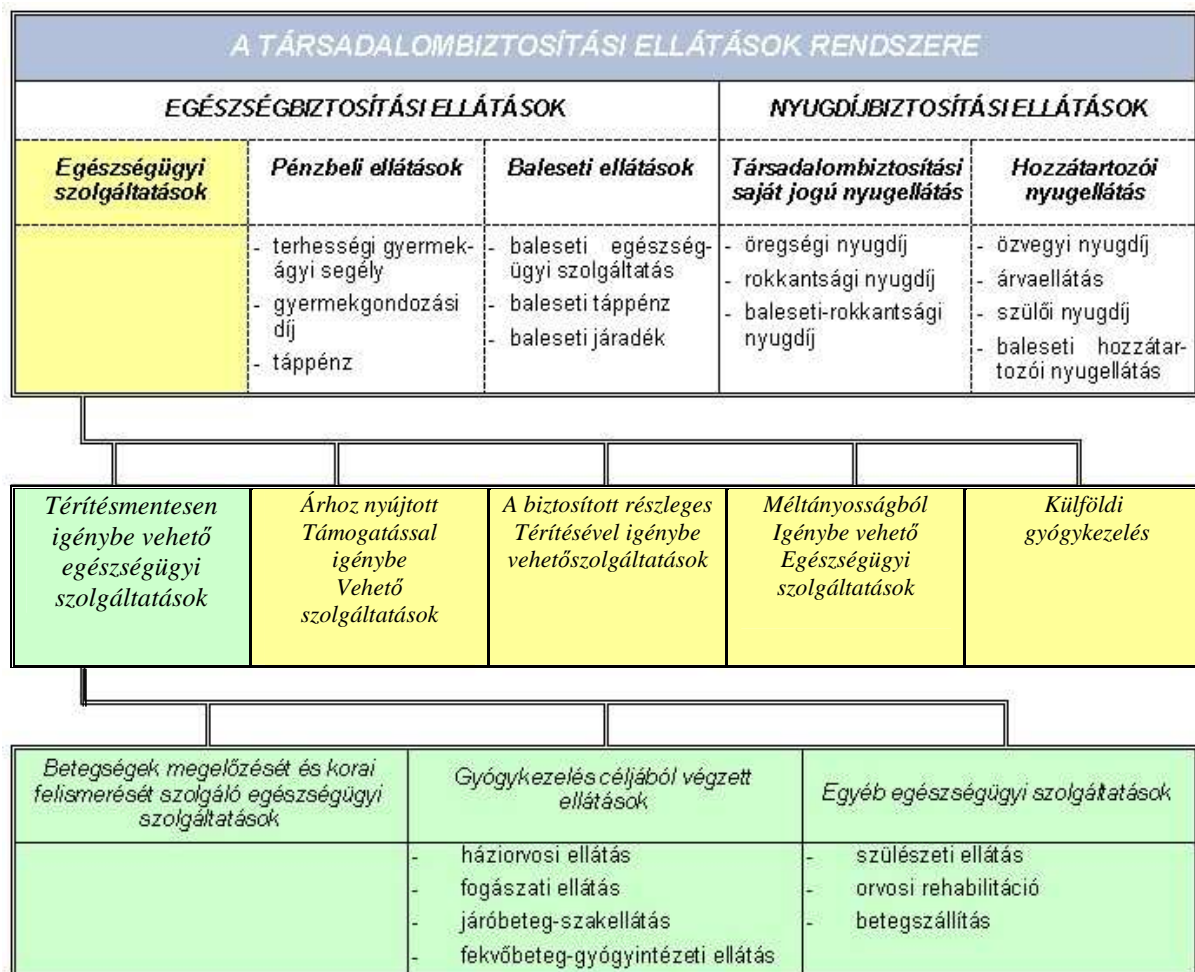
Gamma sugársebészet

A PET-CT (pozitronemissziós tomográfia-komputertomográfia) vizsgálat várólistájára való felvételre a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet klinikai onkológus, idegsebész, valamint neurológus szakorvosa tehet javaslatot jogszabályban meghatározott indikáció esetén.

A transzplantációs várólista a biztosítottak a kizárólag egészségügyi ellátásra jogosult személyek, illetve azok a külföldiek kerülhetnek fel, akiknek EU szabály vagy nemzetközi egyezmény alapján a saját egészségbiztosítója az ellátás igénybevételét előzetesen engedélyezte.

A várólisták adatai személyazonosításra alkalmatlan módon nyilvánosak. Az intézményi várólista az ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató honlapján, a központi várólista pedig az Országos Vérellátó Szolgálat Központjának honlapján szerepel, de az Egészségbiztosítási Felügyelet honlapjáról is elérhetőek. A várólista adatait a változásokat 3 napon belül át kell vezetni, oly módon, hogy a várólistán elfoglalt saját helye a beteg számára egyértelműen megállapítható legyen.

Az egészségügyi reform orvosi ellátások igénybevételével kapcsolatos fenti változtatásainak ismertetése után, az alábbiakban rátérünk az egészségbiztosítás egészségügyi szolgáltatásainak ismertetésére a hatályos jogszabályok szerint:



Biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül igénybe vehető ellátások (alapsomag)

A Magyarország területén tartózkodó személyeknek az igénybevétel alapjául szolgáló jogviszony (pl. biztosítás) előzetes igazolása nélkül, az egészségügyi ellátási alapsomag részeként a következő egészségügyi ellátások járnak:

- **a járványügyi ellátások közül**
 - a kötelező védőoltás (kivéve a külföldre történő kiutazás miatt szükséges védőoltást),
 - a járványügyi érdekből végzett szűrővizsgálat,
 - a kötelező orvosi vizsgálat,
 - a járványügyi elkülönítés,
 - a fertőző betegek szállítása,
- azonnali ellátásra szoruló személy **mentése**
- **sürgős szükség** esetén a jogszabályban meghatározott ellátások

Az állam a **központi költségvetésből** biztosítja a következő ellátások támogatását:

- a biztosítási jogviszony előzetes igazolása nélkül is igénybe vehető, fent felsorolt ellátások,
- a Magyarországon lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére a család- és nővédelmi gondozás keretében
- az egészségi állapotának védelmét és magzata egészséges fejlődésének ellenőrzését szolgáló szűrővizsgálatok,
- a magzat egészséges fejlődését biztosító életmódról való tájékoztatás,
- a szülésre, szoptatásra és csecsemőgondozásra való felkészítés,
- a Magyarországon lakóhellyel (tartózkodási hellyel) rendelkező magyar állampolgár és a nemzetközi egyezmény alapján ellátásra jogosultak részére az állami érdekből végzett orvosi biológiai kutatások keretén belüli gyógyító célú eljárások alkalmazásával kapcsolatos ellátások,
- a Magyarországon tartózkodó személy elhalálózását követően a halottvizsgálat, illetve a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal összefüggő ellátások,
- a vérellátás megszervezése, valamint a vér rendelkezésre állása,
- a népegészségügyi feladatok,
- az egészség fejlesztése, az egészségnevelés szervezése, a családtervezési tanácsadás,
- a katasztrófa-egészségügyi ellátás,
- a Magyarországon lakóhellyel rendelkező személy részére nyújtott, a pszichiátriai betegek intézeti sürgősségi és kötelező gyógykezelésének máshonnan meg nem térülő költségei.

A sürgős szükség:

Sürgős szükségnek minősül az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Sürgős szükség körébe tartozó, életet veszélyeztető állapotok és betegségek

1. Életet veszélyeztető, vagy maradandó egészségkárosodás veszélyével járó (külső vagy belső) vérzés
2. Átmeneti keringés- és/vagy légzésleállással járó állapotok (pl. embólia, Adams-Stokes-Morgagni szindróma, syncope, fulladások, életet veszélyeztető ritmuszavarok, klinikai halál állapota)
3. Életveszélyes endokrin- és anyagcsere állapotok, a folyadék- és ion- háztartás életveszélyes zavarai
4. Központi idegrendszeri kompresszió veszélyével járó kórképek (pl. agyödéma, fejfájás, szédülés, tumor, gyulladás, fejlődési rendellenesség, trauma)
5. Eszméletlen állapotok

6. Status epilepticus és tüneti görcsrohamok
7. Hirtelen fellépő látászavar, látásvesztés, „vörös szem”, szemsérülés
8. Szepszis
9. Magas halálozású, vagy súlyos szövödmények kialakulásának veszélyével járó hirtelen fellépő, vagy progrediáló, nem-sebészeti betegségek és érkatasztrófák ellátása
10. Szülés, koraszülés, lepényleválás, súlyos terhességi toxémia, eclampsia újszülött ellátása, akut nőgyógyászati vérzés
11. Sokk megelőző és sokkos állapotok, életveszélyes allergiás és anaphylaxiás állapotok, szisztémás és poliszisztémás autoimmun betegségek krízis-állapotai
12. Az immunrendszer fokozott, vagy kóros működésén, illetve a csontvelői véresejtképzés elégtelenségén alapuló heveny véresejthiány-állapot
13. Veleszületett, vagy szerzett véralvadási zavar alapján létrejövő heveny életveszély
14. Akut légzési elégtelenség, légút szűkület (Pl. gégeödéma, asthmás roham, idegentest, fulladás)
15. Mérgezések
16. Akut hasi katasztrófák és azok képében jelentkező, nagy fájdalommal, görcsökkel járó kórképek (Pl. bélelzáródás, appendicitis, perforatio, méhenkívüli terhesség, petefészek ciszta megrepedése, tuboovariális tályog, kocsánycsavarodott cysta, kizárt sérv, epegörcs, vesegörcs, vérvizelés)
17. Égés-fagyás (III.-IV. fokú és nagykiterjedésű I-II. fokú, és/vagy az életminőség szempontjából különösen veszélyeztetett testtájat vagy a légutakat érintő)
18. Elsődleges sebellátás
19. Testüregek (koponya, mellkas, has) és parenchymás szervek (szív, tüdő, lép, máj, vese) sérülése
20. Compartement szindrómák
21. Nyílt törések és decollement sérülések
22. Amputációk (replantációs lehetőségekkel vagy azok nélkül)
23. Súlyos medencegyűrű törések
24. Politraumatizáció, többszörös sérülések
25. Búvárbalesetek, magassági betegség, keszonbetegség, barotrauma
26. Áramütés, elektrotrauma
27. Hő- és hidegártalom, kihűlés, hypothermia, hyperthermia, napszúrás, hóguta
28. Súlyos akut sugárártalom és sugárbetegség
29. Öngyilkossági kísérlet és szándék, mentális állapottal összefüggő közvetlen veszélyeztető állapot
30. Heveny pszichés zavarok, pszichózisok
31. Infektológiai kórképek, melyek önmagukban vagy szövödményeik révén az életet veszélyeztető állapotot idéznek elő.

A beutaló-köteles, de beutaló nélkül, illetve a beutalási rendtől eltérően igénybevett ellátások során, a sürgős szükség körébe tartozónak minősül minden olyan egészségügyi tevékenység, amelyet a fent idézett jogszabályi felsorolásban szereplő, az életet veszélyeztető állapotok és betegségek, szakszerű ellátása, valamint azok maradandó egészségkárosító hatásának megelőzése érdekében fekvőbeteg-ellátás keretében végeznek, a diagnózis felállításától a tisztázott kórállapot első alkalommal történő szakszerű ellátásáig.

A beteg orvosi beutaló nélkül akkor kezdeményezheti a járóbeteg- vagy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátást, ha azt feltételezi, hogy egészségi állapota az azonnali ellátását indokolja és a beutalásra jogosult orvos felkeresése az ellátását jelentősen késlelteti. Az ellátó

intézményben a beteg vizsgálatát követően döntenek az azonnali ellátás szükségességéről. Amennyiben a vizsgálat megállapítása szerint a beteg egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását, az egészségügyi szolgáltató orvosa a biztosítottat a beutalására jogosult orvoshoz irányítja, ha pedig a beteg ennek közlése ellenére is kezdeményezi az azonnali ellátását, tájékoztatni kell az orvosi beutaló nélkül indokolatlanul igénybe vett egészségügyi ellátásért fizetendő térítési díjról.

A beutaló-köteles ellátás beutaló nélküli, ettől eltérő esetben való igénybevétele során más szakellátásra már nem lehet társadalombiztosítási támogatással menni.

Az ügyeleti ellátás

Az ügyeleti rendszer a munkaidőn kívül bekövetkező sürgősségi esetekben biztosítja az alapellátás, illetve a járóbeteg- és fekvőbeteg- egészségügyi ellátás folyamatos igénybevételeinek lehetőségét. Az ügyeleti ellátás célja az egészségügyi intézményekben a napi munkaidő befejezésének időpontjától a következő napi munkaidő kezdetéig terjedő időben a beteg vizsgálata, alkalomszerű és azonnali sürgősségi beavatkozások elvégzése, a fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő sürgősségi beutalása, stb.

Az Egészségbiztosítási Alapból nyújtott orvosi ellátások

3.1. A háziorvosi ellátás:

Annak érdekében, hogy a beteg ember számára biztosítható legyen, hogy lakóhelyén vagy annak közelében, választása alapján, nemétől, korától, betegsége természetétől függetlenül folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, az alapellátás keretében szervezett egészségügyi szolgáltatás, a háziorvosi és házi gyermekorvosi /továbbiakban: háziorvos/ ellátás működik.

A háziorvosi ellátás feltételeinek megteremtése, az ellátandó terület meghatározása (utcajegyzék), a rendelési idő elfogadása az önkormányzat feladata. A háziorvos az önkormányzattal kötött megállapodás alapján látja el a feladatait, de a háziorvosi tevékenység szakmai-, tartalmi előírásait, személyi-, tárgyi feltételeket jogszabályok határozzák meg. A háziorvosi tevékenység az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat által kiadott működési engedély alapján végezhető. A tartósan betöltetlen háziorvosi körzetek megfelelő alapellátása biztosítása érdekében lehetőség van arra, hogy helyettesítő orvoscént, felügyelettel háziorvosi feladatokat lásson el olyan orvos, akinek még nincsen meg a háziorvostan szakorvosi szakképesítése. Ez a helyettesítő orvosi feladat csak területi ellátási kötelezettséggel látható el. Az ilyen típusú helyettesítéshez az érintett önkormányzatnak előzetesen igazolnia kell, hogy a területi ellátási érdek fennáll.

Háziorvostan szakorvosi szakképesítése nélkül a háziorvostan szakorvosi szakképesítése megszerzéséig (max. 4 évig) láthat el helyettesítő orvosi feladatokat az az orvos, aki a háziorvostan szakorvosi szakképesítést *ráépített szakképesítésként* megszerezheti. Továbbá háziorvostan szakorvosi szakképesítés nélkül a háziorvostan szakorvosi szakképesítés megszerzéséhez szükséges önálló háziorvosi tevékenység folytatására való jogosultsága

megszerzéséig (max. 6 évig) az az orvos is, aki a háziorvosi szakképesítés megszerzéséhez szükséges *klinikai gyakorlatok megszerzésére vonatkozó egyéni képzési tervének elfogadását követően, a háziorvostan szakorvosi szakképzést megkezdte*. A házi gyermekorvosi tevékenység még a tartósan betöltetlen háziorvosi körzetekben sem folytatható a megfelelő háziorvostan szakorvosi szakképesítés nélkül.

A háziorvosi szolgálat működését a megyei egészségbiztosítási pénztárakkal kötött szerződés alapján az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozzák, a háziorvoshoz bejelentkezett ellátásra jogosultak száma alapján.

A háziorvos személyes és folyamatos orvosi ellátást nyújt a hozzá bejelentkezett lakosok számára. A betegek fogadása naponta, meghatározott rendelési időben, az orvosi rendelőben történik. A betegeket érkezési sorrendben kell ellátni, de a rendelési idő egy részében biztosítani kell az előjegyzés lehetőségét is. A háziorvos hetente legkevesebb 15 órát, de munkanapokon legkevesebb 2 órát rendel. Rendelési időn kívül (munkaidőben) az ügyelet kezdetéig elérhetőséget kell biztosítani (pl.: telefon). Ha szükséges, az orvos a beteg otthonában is biztosítja az ellátást. A munkaidőn kívüli folyamatos ellátás biztosítása érdekében ügyeletet kell szervezni, a háziorvos és az önkormányzat közti megállapodás alapján.

A háziorvos - házi gyermekorvos - köteles ellátni az ellátási területén (körzetben) lakókat, a hozzá bejelentkezett és általa elfogadott személyeket, továbbá rendelési időben a körzetébe nem tartozó, de nála megjelent beteget is. Vannak olyan háziorvosok, akik területi ellátási kötelezettséget nem vállalnak, de ha egyéb feltételekkel rendelkeznek, működési engedély birtokában az egészségbiztosítóval kötött szerződés alapján a bejelentett, és az őt választó betegek számára biztosítják a folyamatos háziorvosi ellátást. Lehetőség van a korábban választott háziorvos helyett másik háziorvost választani. Évente egy alkalommal indoklás nélkül, ezen túlmenően indokolt esetben lehet átjelentkezni másik háziorvoshoz. Az ilyen átjelentkezéskor, az átjelentkezést elfogadó háziorvos – a biztosított írásbeli hozzájárulása alapján – átkéri az egészségügyi törzskarton kivonatát az előző háziorvostól.

A háziorvos feladatai:

- az egészséges ember számára tanácsadás
- szűrővizsgálatok elvégzése (közreműködés a népegészségügyi célú, célzott szűrővizsgálatokban)
- a beteg ember vizsgálata, gyógykezelése
- a beteg ember egészségi állapotának ellenőrzése
- rehabilitáció
- gondozás
- ha szükséges, beutalás az ellátórendszer magasabb szintjére (szakrendelések, gondozóintézetek, kórházak, klinikák)
- a beteg keresőképtelenségének igazolása
- védőoltással kapcsolatos teendők
- fertőző betegségek bejelentése és gyógykezelése
- kórokozó hordozókkal kapcsolatos teendők
- egészségnevelés, egészségügyi felvilágosításban való részvétel.

A háziorvos, házi gyermekorvos munkáját **ápoló(nő) vagy asszisztens** segíti, illetve ahol terhelességi és gyermekellátást is folytatnak, ott **védőnő** közreműködése is szükséges.

Munkájukat a házi orvos irányítja, de szakképzettségüknek megfelelően egyes feladatokat önállóan végeznek.

Az ápolónő feladata a házi orvos megbízása alapján:

- az orvos feladataihoz kapcsolt ápolási munka
- megelőzésben, szűrésben, gondozásban való részvétel a beteg otthonában is
- eszközök, anyagok előkészítése, fertőtlenítés, sterilizálás
- a beteg testi higiéniájának biztosítása vagy ennek megszervezése, abban segítségnyújtás
- sürgős orvosi ellátást igénylő esetben az ellátás megszervezése (házi orvos, ügyelet, mentő)
- otthonápolással, szakápolással együttműködés

A házi orvos a lakosság egészségének megóvása érdekében minden intézkedést megtesz a fertőző megbetegedések vagy arra utaló gyanús esetek, járvány, kórokozó hordozás, ételmérgezés, ételfertőzés, rendkívüli események esetén. Szükség szerint hatóság vagy egyén kérelmére általános vizsgálatot végez, látelvet készít, gépjárművezetői alkalmasságot igazol, rendkívüli esetben a mentést szervezi és irányítja a mentőszervezet megérkezéséig, ellátja a halottvizsgálatot és az ehhez kapcsolódó feladatokat. A házi orvos, házi gyermekorvos külön megállapodás alapján oktatási intézményben (óvoda, általános iskola), szociális vagy egyéb intézményben szükséges orvosi ellátás elvégzését is vállalhatja.

3.2. A járóbeteg-szakellátás:

A járóbeteg-szakellátás az ágyhoz nem kötött betegek gyógyító, megelőző ellátása. Az egyes betegségek gyakorisága alapján meghatározott lakosságszámra, területi egységenként (általában városokban) biztosítják a járóbeteg-szakellátás különféle formáit és a speciális diagnosztikai és terápiás háttérrel működő szakellátást [erről részletesebben az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. Törvény rendelkezik]:

- belgyógyászat
- sebészet
- szülészeti - nőgyógyászat
- gyermekgyógyászat
- szemészet
- fül-orr-gége
- ideggyógyászat
- reumatológia
- ortopédia
- bőrgyógyászat
- röntgen
- laboratórium

Gonozók:

- tüdőgonozó
- bőr- és nemi beteggonozó
- onkológiai gonozó
- pszichiátriai gonozó
- addiktológiai gonozó

A járóbeteg-szakellátás rendelési időben biztosított, ahol az orvos mellett asszisztens, ápolónő is tevékenykedik. A járóbeteg-szakellátást nyújtó intézmények tevékenységüket önállóan, vagy más intézményekkel együtt, működési engedély alapján végzik.

A járóbeteg-ellátás igénybevételének módja

A járóbeteg-szakellátás igénybevételének általában az a feltétele, hogy a beteget a beutalásra jogosult orvos oda beutalja. A beutalónak tartalmazni kell a beutaló orvos és munkahelyének azonosítására szolgáló, valamint az ellátás tényét igazoló adatokat, a beutaló szerinti ellátást nyújtó intézmény pedig ez alapján az orvos beutalásra jogosultságát megvizsgálja

A beutaló orvos – saját szakmai javaslata és az ÁNTSZ beutalásra vonatkozó előírásai alapján – a vizsgálatot és gyógykezelést a beteg egészségi állapota által indokolt szakellátási szinten működő egészségügyi intézménynél kezdeményezheti.

A beutalás során elsődlegesen a beteg bejelentett lakóhelye vagy tartózkodási helye szerint ellátásra kötelezett *járóbeteg*-szakellátásra, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe, illetve a háziorvosa beutalása esetén annak telephelye szerint ellátásra kötelezett járóbeteg-szakellátásra, illetőleg fekvőbeteg-gyógyintézetbe kell beutalni a beteget.

A beteg kérésére be lehet utalni a nem a lakó/tartózkodási helye szerinti területi ellátásra kötelezett intézménybe is, ha a választott intézmény – az erre feljogosított személy – a beutaló orvos vagy a beteg részére írásban nyilatkozott arról, hogy fogadja a beteget. Az érintett egészségügyi intézmény a beutaló orvos megkeresésére 48 órán belül írásban (postai vagy elektronikus úton) nyilatkozik arról, hogy fogadja-e a beteget, azzal, hogy az ellátást csak a következő bekezdésben ismertetett esetben tagadhatja meg. A fogadónyilatkozat egy példánya a betegnél marad.

Az egészségügyi ellátásra jogosult beteg ellátását nem tagadhatja meg a beutaló szerinti szolgáltató. Az egészségügyi intézmény akkor sem tagadhatja meg a beteg ellátását, ha a beutaló orvos előzetes jelzése alapján az ellátást vállalta. A beteg területi ellátására nem kötelezett szolgáltató az ellátást csak akkor tagadhatja meg, ha a területi ellátási kötelezettségű feladatainak folyamatos ellátását az ellátási területén kívül lakó betegek fogadása veszélyezteti, és a feladat ellátására az egészségbiztosító által lekötött szabad kapacitással nem rendelkezik.

A beutalás szerinti egészségügyi szolgáltató abban az esetben utalhatja tovább magasabb progresszivitási szintű ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz a beteget, ha az ellátásához szükséges feltételekkel nem rendelkezik.

Ha a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg további szakorvosi vizsgálatát tartja szükségesnek, orvosi konzíliumot kérhet, illetőleg a beteget továbbutalja a szakmailag illetékes másik szakrendelésre. Amennyiben a járóbeteg-szakellátás orvosa a beteg fekvőbeteg-gyógyintézeti elhelyezését tartja szükségesnek, a beteget fekvőbeteg-gyógyintézetbe utalja.

Ha a beutaló szerinti fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa a gyógyintézet szolgáltatásait meghaladó vizsgálat szükségességét állapítja meg, a beteget átutalja a vizsgálatok, illetőleg a

gyógykezelés elvégzéséhez megfelelő személyi és tárgyi feltételekkel rendelkező szakellátást végző intézetbe.

A beutalásra jogosult orvosok jogosultsága részletesen a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény végrehajtásáról rendelkező 217/1997.(XII.1.) Korm. rend.2–5. §-ában szabályozott.

Ezek szerint beutalásra az egészségbiztosító által támogatott intézmények orvosai jogosultak, illetve, egyes külön jogviszonyban álló orvosok pedig szűkebb körben, általában az általuk ellátott feladatkörben jogosultak beutalásra.

Beutalásra jogosult az egészségbiztosító által finanszírozott:

- a házi orvos, a házi gyermekorvos,
- a fogorvos szakkonzílium céljából,
- a járóbeteg-szakellátás (gondozók és a genetikai tanácsadók) orvosa,
- pszichiátriai betegek és a fogyatékosok otthona, illetve rehabilitációs intézmény orvosa,
- fekvőbeteg-gyógyintézetek orvosa
- iskola- és ifjúság-egészségügyi szolgálat orvosa
- Belügyminisztérium, Honvédelmi Minisztérium, büntetésvégrehajtás, vám- és pénzügyőrség orvosa,
- Országos Rehabilitációs és Szociális Szakértői Intézet orvosi bizottságainak orvosa,
- a megyei (fővárosi) egészségbiztosítási pénztár ellenőrző főorvosi hálózatának orvosa,
- a személyes gondoskodást nyújtó bentlakásos szociális intézmény orvosa,
- országos sportegészségügyi hálózat orvosa, a hivatásos sportolók vizsgálatának kivételével a sportegészségügyi vizsgálatok keretében
- Az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartásában szereplő orvos saját magát és közeli hozzátartozóját jogosult beutalni egészségügyi szakellátásra, ha pro familia rendelésre jogosító szerződést kötött az egészségbiztosítóval.

Az egészségbiztosítóval kötött finanszírozási szerződéstől függetlenül, beutalásra jogosult:

- a foglalkozás-egészségügyi szolgálat orvosa, e feladata keretében jogosult a járóbeteg ellátásra beutalni.
- A magánorvos a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásra beutalhatja a tb. ellátásra egyébként jogosult betegét, ha az orvos megállapítása szerint közvetlen életveszély áll fenn, és az életveszély csak fekvőbeteg-gyógyintézetben alkalmazható gyógymóddal hárítható el. Ebben az esetben a magánorvos a beteget azonnal fekvőbeteg-gyógyintézetbe szállíttatja és a magánorvosi rendelvényen feltünteti a kórismét, valamint az azonnali felvétel szükségességének indokait.

Közvetlenül – beutalás nélkül – igénybe vehetőek a gondozóintézetek szolgáltatásai első alkalommal – tüdőgondozó, bőr- és nemi beteg gondozó, onkológiai gondozó,–, illetve a kúraszerű ellátás keretében gondozásba vett betegek, továbbá, a bőrgyógyászat, pszichiátria és addiktológiai, nőgyógyászat, urológia, fül-, orr- gégeészeti-, szemészeti, általános- és baleseti sebészeti, illetve onkológiai szakrendelése. Nem szükséges beutaló a különböző tb. vagy szociális ellátásokra való jogosultság megállapításához szükséges vizsgálatok igénybevételéhez sem.

Egyes speciális diagnosztikai vizsgálatok – a kivizsgálási sorban meghatározott helyükre, illetve a vizsgálattal járó veszélyekre tekintettel – csak szakorvosi beutalóval vehetők igénybe. Az MRI (mágneses magrezonancia), CT (komputertomográfia) és DSA (digitális szubsztrakciós angiográfia) vizsgálatra kizárólag a járó- és fekvőbeteg szakellátás szakorvosa, PET-CT (pozitronemissziós tomográfia) vizsgálatra pedig kizárólag a fekvőbeteg szakellátás szakorvosa jogosult beutalni.

A járóbeteg-szakellátás keretében igénybe vehető laboratóriumi vizsgálatokra az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 2. mellékletében külön jelzéssel ellátott, továbbá a járóbeteg-szakellátás tevékenységi kódlistájának alkalmazásáról szóló Szabálykönyvben meghatározott esetekben, kizárólag a járóbeteg-szakellátás és a fekvőbeteg-gyógyintézet szakorvosa utalhatja be.

Rehabilitációs ellátásra a rehabilitációt megalapozó megbetegedés gyógykezeléséhez szükséges szakorvos vagy e megbetegedéshez kapcsolódó esetleges szövődmények tekintetében illetékes szakorvos utalhat be, a szenvedélybeteg akut elvonási időszakot követően pedig pszichiáter, addiktológus szakorvos vagy házi orvos jogosult rehabilitációs ellátásra beutalni.

A beutalásban foglalt ellátási szintű ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatóhoz akkor lehet tovább utalni a beteget, ha az ellátásához szükséges feltételekkel nem rendelkezik az adott egészségügyi intézmény.

Részleges térítés megfizetése mellett, a beteget orvosválasztási jog illeti meg, ennek keretében joga van az egészségügyi intézmény munkarendje szerint, a beteg ellátására beosztott orvos helyett másik orvost választani. Az orvos megválasztásáért a terhes-gondozás és a szülészeti ellátás során nem kell részleges térítési díjat fizetni.

A járóbeteg-ellátás további olyan szolgáltatásokat is biztosít, amelyek árához az egészségbiztosító támogatást nyújt. A járóbeteg-ellátás keretében lehet gyógyszer, gyógyászati segédeszköz és különböző gyógyászati ellátásokat támogatással igénybe venni, illetve a betegnek a járóbeteg ellátás igénybevételével felmerült utazási költségeihez is jár - meghatározott feltételek esetén - egészségbiztosítási támogatás.

Amennyiben szükséges, a beteg vizsgálatát követően, a befejezett ellátás érdekében más szakellátó helyre, speciális szakellátásra vagy fekvőbeteg intézetbe küldik a beteget. Az ellátást követően a vizsgálat eredményéről a beutaló orvost, de amennyiben a beutaló orvos nem a beteg házi orvosa - és egészségi állapota miatt a beteg tartós gondozásra szorul -, a házi orvosát is értesíteni kell.

A járóbeteg-ellátás keretében a gyógyszerterápiás javaslatot hatóanyag megjelölésével - szükség esetén továbbá a hatásereőség és a gyógyszerforma megjelölésével - kell megadni.

A betegnek joga, hogy állapotáról számára teljes körű tájékoztatást adjanak, illetve egészségügyi adatairól tájékoztatást kapjon.

3.3. Fekvőbeteg-szakellátás:

A fekvőbeteg szakellátás a járóbetegként el nem látható, ágyhoz kötött betegek gyógyintézeti ellátása. Az egyes fekvőbeteg intézményekben a szakellátási formákat intézményenként, területi egységenként másként alakítják ki. A fekvőbeteg szakellátás különféle formáit a kórházak, klinikák, országos intézetek, szanatóriumok és egyéb intézmények látják el. Ezeket az egyes betegségek gyakorisága alapján, meghatározott lakosságszámra, területi egységenként, általában városokban biztosítják.

A beteg az egészségi állapota által indokolt szintű fekvőbeteg szakellátás során a következő **ellátások igénybevételére** jogosult:

- a betegség megállapításához szükséges vizsgálatokra,
- az orvos előírása szerinti gyógykezelésre, ideértve a műtéti beavatkozásokat, az annak során felhasznált gyógyászati anyagokat, protetikai eszközöket,
- a gyógykezeléséhez szükséges gyógyszerre, vérkészítményekre, kötszerre, gyógyászati segédeszközre,
- a gyógykezeléséhez szükséges ápolásra,
- életvezetési és diétás tanácsadásra,
- étkezésre, orvos által rendelt diétára,
- a rendelkezésre álló, az ellátás szakmai és etikai követelményeinek megfelelő színvonalú elhelyezésre arra az időtartamra, amíg az ellátás fekvőbeteg-gyógyintézeti körülmények között indokolt.
- A beteg jogosult még a fekvőbeteg gyógyintézeti kezelés alatt számára rendelt végleges gyógyászati segédeszköz árához nyújtott egészségbiztosítási támogatásra, illetve a gyógyászati segédeszköz javítási- és kölcsönzési díjához nyújtott támogatásra is.

A kórházakban, klinikákon a fekvőbeteg ellátás módja többféle lehet, például benntartózkodás mellett diagnosztikai, gyógykezelési, rehabilitációs vagy ápolási célú kórházi ellátás. Ezek kiszolgálhatók folyamatosan vagy csak meghatározott napszakokban, lehet egyszeri, vagy kúraszerű a beavatkozás, amelyet meghatározott ideig még megfigyelés is követhet. Megkülönböztethetjük még az úgynevezett **egynapos beavatkozást** is, amelyet főként aktív fekvőbeteg ellátó intézményben végeznek, úgy, hogy a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátják.

Az általános fekvőbeteg szakellátást az egészségbiztosító által támogatott szolgáltató orvosának, vagy az orvos saját magának/közeli hozzátartozójának kiállított **orvosi beutalása alapján lehet igénybe venni**. A fekvőbeteg intézeti ellátást kiváltó otthoni szakápolásra, otthoni hospice ellátásra szintén a kezelőorvos jogosult beutalni. Az otthoni szakápolás körébe tartozó szolgáltatásokra kizárólag a megbetegedés szerinti szakorvos, vagy annak kezdeményezésére a háziorvos, az intézeti krónikus ápolásra pedig a háziorvos és a fekvőbeteg-gyógyintézet orvosa jogosult beutalni.

A beteg – a sürgős szükség esetét kivéve – részleges térítést köteles fizetni, ha a fekvőbeteg szakellátást beutaló nélkül, vagy a beutalási rendtől eltérően nem a beutalón megnevezett egészségügyi szolgáltatónál veszi igénybe. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevétele esetén fizetendő részleges térítési díjak összege:

- A fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásnak a beutalási rendtől eltérő igénybevétele esetén fizetendő részleges térítési díj mértéke annak az összegnek a 30 százaléka, ami az adott

ellátásért az egészségbiztosító felé elszámolható azzal, hogy a beteg által fizetendő összeg nem haladhatja meg a 100 000 forintot.

- A beutaló nélkül igénybevett ellátás után fizetendő térítés az adott ellátásra az OEP-től elszámolható összeg 30 %-a, de maximum 100.000 Ft.

Részleges térítés megfizetése mellett a beteget orvos választási jog illeti meg, ennek keretében joga van az egészségügyi intézmény munkarendje szerint a beteg ellátására beosztott orvos helyett másik orvost választani. Az orvos megválasztásáért a terhes-gondozás és a szülészeti ellátás során nem kell részleges térítési díjat fizetni. Amennyiben a beteg él az orvosválasztás lehetőségével, és emellett térítési díjat kellene fizetnie, mert beutaló nélkül vagy a beutalótól eltérően veszi igénybe a fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést, csak az orvosválasztásra eső térítési díjat kell megfizetnie.

Az egészségügyi intézményen belüli orvosválasztás:

2007. január 1-jétől külön, részleges térítési díj megfizetése mellett lehetőség van arra, hogy az egészségügyi intézmény munkarendje alapján a beteghez beosztott orvos helyett másik orvost kérjen a beteg, ha ezt a választást a beteg egészségi állapota által indokolt ellátás szakmai tartalma és az ellátás sürgőssége nem zárja ki. A részleges térítési díj ellenében a beteg olyan orvost is választhat, aki az ellátó egészségügyi szolgáltatónál nem áll munkaviszonyban (közalkalmazotti jogviszonyban).

Az orvos megválasztásáért részleges térítési díjat kell fizetni kivéve a terhesgondozás és a szülészeti ellátás esetét. Az egészségügyi intézményben jól látható helyen ki kell függeszteni az orvosválasztás lehetőségéről, illetve az orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díj mértékéről szóló tájékoztatót is. Az orvosválasztás esetén fizetendő térítés az adott ellátásra az OEP-től elszámolható összeg 30 %-a, de maximum 100.000 Ft. Amennyiben a beteg él az orvosválasztás lehetőségével, és emellett térítési díjat kellene fizetnie, mert beutaló nélkül vagy a beutalótól eltérően veszi igénybe a fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést, csak az orvosválasztásra eső térítési díjat kell megfizetnie.

Az orvosválasztást 3 példányban írásba kell foglalni (orvosválasztási nyilatkozat) és mindhárom példányát alá kell írni a biztosítottnak és a választott orvosnak is. Az orvosválasztási nyilatkozatban meg kell határozni a kapcsolattartás módját, a választott orvos közreműködésével nyújtott ellátás igénybevételének rendjét, az orvosválasztásért fizetendő részleges térítési díj mértékét és várható összegét, a nyilatkozatban foglaltak módosítására és visszavonására vonatkozó rendelkezéseket is.

A kezelés befejezése, a beteg tájékoztatása és elbocsátása:

A fekvőbeteg ellátást nyújtó intézményeknek a beteg elbocsátásával egyidejűleg tájékoztatást kell adniuk az ellátás elszámolásáról egy ún. elszámolási nyilatkozatban. Az elszámolási nyilatkozat két példányban készül, közérthetően és magyar nyelven tartalmazza a beteg által igénybevett ellátások megnevezését és ezeknek az egészségbiztosítóval való elszámolás során alkalmazott kódjait, az ellátásokért igényelhető legmagasabb finanszírozási összeget, illetve, ha valamely ellátásért külön térítési díjat kellett fizetni, akkor a térítési díj összegét is.

A betegnek az intézmény elhagyása előtt, az elszámolási nyilatkozat mindkét példányát alá kell írnia, ezzel igazolva, hogy az azon szereplő ellátásokat igénybe vette, majd az egyik példány a betegnél marad, a másik példány pedig az ellátó fekvőbeteg intézményénél, a betegdokumentációba kerül. Ha a beteg nem ért egyet a nyilatkozatban foglaltakkal, akkor ezt külön írásba kell foglalni és a betegnek aláírni, ami szintén a betegdokumentációba kerül. Ha a beteg előzetesen be nem jelentett távozása, vagy a beteg állapota miatt nem tudja aláírni az elszámolási nyilatkozatot, akkor két tanúval igazolja az intézmény, hogy a beteg helyett milyen okból írta alá más (a beteg hozzátartozója) a nyilatkozatot. Ilyen esetben az aláírásra jogosultak sorrendjét jogszabály [1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 16. § (1)–(2) bekezdése] határozza meg. Ha a beteg elhalálozott, a közeli hozzátartozó kérésére az elszámolási nyilatkozatot részére kell kiadni. Amennyiben a ténylegesen elvégzett ellátásról szóló elszámolási nyilatkozatot nem írja alá a beteg, akkor a nyilatkozat pótlása érdekében bírósághoz fordulhat az intézmény. Ez az elszámolási nyilatkozat fontos eleme az egészségbiztosító és az egészségügyi intézmény elszámolásának, ugyanis, ha e nyilatkozat nem megfelelő, az egészségbiztosító csökkentett finanszírozási összeget fizet az elvégzett ellátás után.

Az ellátást követően, a vizsgálat eredményéről a beutaló orvost, – amennyiben a beutaló orvos nem a beteg háziorvosa, és egészségi állapota miatt a beteg tartós gondozásra szorul a háziorvosát is – értesíteni kell.

A kórházi zárójelentésben a gyógyszerterápiás javaslatot hatóanyag megjelölésével - szükség esetén továbbá a hatásereőség és a gyógyszerforma megjelölésével - kell megadni.

Részleges térítés mellett igénybe vehető ellátások

Az egészségbiztosítás által támogatott ellátások igénybevétele során a betegnek a következő felsorolásban szereplő esetekben az ellátások után részleges térítést kell fizetni:

- orvosválasztás, (kivéve a terhes-gondozást és szülészeti ellátást)
- a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás során, ha azt – sürgős szükség körébe tartozó ellátások kivételével – beutaló nélkül, vagy a beutalási rendtől eltérően veszik igénybe,
- a beteg kérelmére a finanszírozási, terápiás rendtől – többletköltséget okozó – eltérő tartalommal nyújtott ellátás,
- a beteg kérésére egyéni igényei szerinti nyújtott étkezés, ha a feltételek rendelkezésre állnak, és ez nem érinti az ellátás szakmai színvonalát;
- a beteg kérésére az egészségi állapota által nem indokolt, az intézményben e célra kijelölt részlegében biztosított magasabb színvonalú elhelyezés; (ennek feltétele, hogy az ellátás szakmai színvonalát nem érintheti, és e többletszolgáltatások teljesítése mellett a szolgáltató a lekötött kapacitását folyamatosan és teljes körűen el tudja látni);
- az egészségügyi ellátás keretében igénybe vett egyéb kényelmi szolgáltatásokra;
- ápolási célú ellátásra,
- szanatóriumi ellátásra;
- külsődleges nemi jellegek megváltoztatására irányuló beavatkozásra, kivéve, ha fejlődési rendellenesség miatt a genetikailag meghatározott nem külsődleges jegyeinek kialakítása a cél.

A részleges térítési díj képzésének szabályai, illetőleg több esetben pontos összege jogszabályban [a térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások

térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 1. sz. melléklete] meghatározott, attól érvényesen eltérni nem lehet.

Az egészségügyi intézményben jól látható helyre ki kell függeszteni a térítési díjak feltüntetésével a szolgáltatónál térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatások jegyzékét. A térítési díj fizetése mellett igénybe vehető szolgáltatás/ellátás megkezdése előtt a beteget tájékoztatni kell az indokolt és az általa igényelt térítésköteles szolgáltatások díjáról. Amennyiben a beteg él az orvosválasztás lehetőségével, és emellett térítési díjat kellene fizetnie, mert beutaló nélkül vagy a beutalótól eltérően veszi igénybe a fekvőbeteg gyógyintézeti kezelést, csak az orvosválasztásra eső térítési díjat kell megfizetnie.

Méltányosságból igénybe vehető egészségügyi ellátások

A beteg jövedelmi viszonyai és különböző orvos-szakmai indokok mérlegelése alapján lehetőség van arra, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár méltányosságból – az Egészségbiztosítási Alap terhére – átvállalja az orvosi ellátásért a beteg által fizetendő térítési díjat vagy annak egy részét, amelyet egyébként a beteg csak részleges térítési díj megfizetésével vehetne igénybe.

Mely ellátásokra lehet méltányossági alapú támogatást igénybe venni?

A méltányossági alapú egészségügyi szolgáltatások körében leggyakrabban különböző implantátumok, lézer kezelések költségeinek és a fogpótlások térítési díjának támogatását, átvállalását kérik.

Csak az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott, vagyis a regionális egészségügyi szolgáltatásokkal szerződésben álló egészségügyi szolgáltatóknál végzett beavatkozásra lehet méltányossági alapú támogatást nyújtani, ezért a magánkórházban, magánorvosnál fizetendő térítési díjra az Egészségbiztosítási Alapból nem kérhető támogatás.

Nem lehet méltányosságot gyakorolni a kizárólag beutalóval igénybe vehető ellátás beutaló nélküli igénybevitelére, vagy a beutalási rendtől eltérő igénybevitelből eredő fizetési kötelezettségre, továbbá az orvosválasztás esetén fizetendő térítési díjra, a finanszírozási-vizsgálati- és terápiás eljárási rendtől a beteg kérésére való eltérés esetén fizetendő többletköltségekre, az egészségügyi intézményben magasabb színvonalú elhelyezésre, vagy az egyéni igény szerinti étkezésre, valamint a szakmai szempontok figyelembevételével összeállított, ún. várólista alapján igénybe vehető ellátásokra sem.

Nem vállalható át azoknak a szolgáltatásoknak a térítési díja sem, amelyekre a beteg a finanszírozott egészségügyi szolgáltatóknál térítésmentesen jogosult, ezért szükséges tájékozódni, hogy a kívánt gyógykezelés elvégezhető-e valamelyik, az Egészségbiztosítási Alapból finanszírozott intézménynél.

A méltányossági kérelem

A méltányossági alapú támogatás igénybeviteléhez a beteg vagy közeli hozzátartozójának **írásos kérelme** szükséges. A kérelmet a beteg lakóhelye szerint illetékes megyei egészségügyi biztosítási pénztárhoz kell benyújtani. A kérelmet minden esetben az **ellátás**

igénybevételét megelőzően kell benyújtani. A kérelemben közölni kell a beteg személyes adatait és taj-számát is. A kérelemhez **csatolni kell:**

- az ellátás szakmai indokoltságát alátámasztó **orvosi dokumentumot**,
- az ellátást, beavatkozást végző egészségügyi szolgáltató nevét és az aláírt, lepecsételt nyilatkozatot, arról, hogy az intézmény vállalja és orvos-szakmai szempontból indokoltnak látja a beavatkozást, ellátást (fogadókészség).
- igazolást a beavatkozás várható költségéről (árajánlat),
- nyilatkozatot a beteg és a vele közös háztartásban élő családtagjainak a kérelem benyújtását megelőző 12 hónapra vonatkozó nettó jövedelmi viszonyairól
- fogászati rekonstrukció esetén, a megyei szakfőorvos véleményével alátámasztott kezelési tervet,

A döntésről a beteget és a beavatkozást végző egészségügyi szolgáltatót is értesíti az OEP. A kérelem elfogadása esetén az átvállalt térítési díjat a beavatkozás elvégzése után a kórházi zárójelentés és a szolgáltató által megküldött, a beavatkozás költségét igazoló számla ellenében az OEP az egészségügyi szolgáltatónak fizeti ki. A méltányossági kérelem tárgyában született döntés (határozat/végzés) ellen nem lehet fellebbezéssel élni.

Az Egészségbiztosítási Alap terhére igénybe nem vehető ellátások

Nem az egészségbiztosítás keretében járnak a következő felsorolásban szereplő ellátások, azzal, hogy a már fent kifejtetteknek megfelelően, egyes ellátásokhoz az állam támogatást nyújt. Azon ellátások költségeiről, amelyeket az állam a központi költségvetésben nem támogat, és az Egészségbiztosítási Alap terhére sem vehetők igénybe, a betegnek térítést kell fizetnie.

Nem az Egészségbiztosítási Alap terhére, hanem a központi költségvetésből nyújtott állami támogatással igénybe vehetők:

- az alapsomag részeként támogatott járványügyi ellátások, illetve, ennek keretében, részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a magyarországi lakóhellyel rendelkező várandós és gyermekágyas anya részére támogatott ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- az állami érdekből végzett orvosbiológiai kutatás során támogatott ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a halottvizsgálati ellátások,
- vérellátás
- a népegészségügyi feladatok illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások,
- a katasztrófa-egészségügyi ellátás, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.

Nem állami támogatásból finanszírozott egészségügyi ellátások:

- munkahigiénés szűrő- és ellenőrző vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- foglalkozás-egészségügyi alapszolgáltatások, amennyiben azok nem az ellátást igénybevevő biztosított foglalkozási megbetegedése, illetőleg üzemi balesete miatt váltak

szükségessé, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.

- a gondnokság alá helyezési eljárás során a beteg elmeállapotára vonatkozó szakorvosi véleményezés, továbbá a jogszabály által elrendelt orvosszakértői vizsgálatok és szakvéleményezés, kivéve, ha a vizsgálatra és szakvéleményezésre társadalombiztosítási vagy szociális juttatásra, kedvezményre, illetve egészségbiztosítási ellátásra való jogosultság megállapítása céljából kerül sor, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások
- különösen veszélyes (extrém) sportolás szórakoztató-szabadidős tevékenység közben bekövetkezett baleset miatt szükségessé vált ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- hivatásos sportolók sportegészségügyi ellátása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a nem gyógyító célú, kizárólag esztétikai vagy rekreációs célból nyújtott egészségügyi szolgáltatás, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a nem egészségügyi indokból végzett művi meddővé tétel, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- az egészségi állapotot pozitív irányban alapvetően nem befolyásoló, szakmailag nem bizonyítottan hatásos ellátás, és a következményeinek elhárítására, illetve az eredeti állapot visszaállítására irányuló egészségügyi szolgáltatások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a Magyarországon szakmailag elfogadott, de a támogatásba még be nem fogadott eljárás, gyógyszer, gyógyászati segédeszköz alkalmazása, illetve a befogadott egészségügyi szolgáltatás befogadástól eltérő alkalmazása, kivéve a méltányosságból támogatható ellátásokat, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a kizárólag orvostudományi kutatás keretében nyújtott ellátások, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a fogyatékos beteg kivételével a beteg kísérlőjének részére az egészségügyi intézményben biztosított szállás és étkezés, (nem minősül kísérlő személynek, így nem térítésköteles a beteg vagy koraszülött gyermekét szoptató anya), illetve a 14. évesnél fiatalabb beteg gyermekkel a kezelés idején lévő szülője/törvényes képviselője és közeli hozzátartozója sem),
- a járművezetői alkalmassági vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a lőfegyvertartásra vonatkozó orvosi alkalmassági vizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- alkohol, illetve kábítószer hatása alatt állás esetén a detoxikálás, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- alkohol, illetve kábítószer szintjének kimutatása érdekében végzett vérvizsgálatok, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- látlelet kiadása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.
- a nem kötelező védőoltással a beteg immunizálása, illetve, ennek keretében/részeként kezdeményezett további járóbeteg-szakellátások.

Az egészségbiztosítás keretében igénybe nem vehető egyes ellátások térítési díj képzésének szabályait, illetőleg több esetben pontos összegét jogszabály [A térítési díj ellenében igénybe vehető egyes egészségügyi szolgáltatások térítési díjáról szóló 284/1997. (XII. 23.) Korm. rendelet 2. sz. melléklete] határozza meg.

Az egészségügyi ellátás finanszírozása szempontjából különösen veszélyes, extrém sportnak minősülő, és ezáltal az e sportok igénybevételével kapcsolatban szükségessé vált egészségügyi ellátások költségeit nem a társadalombiztosítás, hanem a sportoló fizeti meg, célszerűen valamely öngondoskodásra épülő külön biztosítás alapján.

Különösen veszélyes, extrém sport, szórakoztató szabadidős tevékenység:

- vízisízés,
- jet-ski,
- vadvízi evezés,
- hegy- és sziklamászás az V. foktól,
- magashegyi expedíció,
- barlangászat,
- bázisugrás, mélybe ugrás (bungee jumping),
- falmászás,
- roncsautó (auto-crash) sport, rally,
- hőlégballonozás,
- félkezes és nyílttengeri vitorlázás,
- sárkányrepülés, ejtőernyőzés, paplanernyőzés, műrepülés.

Engedélyhez kötött külföldi gyógykezelés

Engedélyhez kötött külföldi gyógykezeléshez a szakmailag illetékes országos intézet javaslata szükséges. Ezt a betegnek vagy kezelőorvosának kell beszereznie. A külföldi gyógykezelés indokoltságáról országos státusú gyógyintézet szakmai bizottsága dönt. A kedvező döntés feltétele, hogy külföldön már eredményesen alkalmazzák a gyógymódot, és a hazai kezelés külföldi szakember meghívásos közreműködésével sem oldható meg. A szakmai bizottság javaslatot tesz a gyógyintézetre, tájékozik annak fogadókészségéről, a kezelés kezdetről, várható időtartamáról és költségeiről. A külföldi kezelést kezdeményező személy benyújtja az egészségbiztosítási pénztárnak a szakmai bizottság javaslatát, a külföldi gyógyintézet fogadó nyilatkozatát és a költségbecslést. Mérlegelés alapján az OEP dönt a támogatás összegének nagyságáról. A külföldi gyógykezelésről hazatérő beteg nyolc napon belül köteles eljuttatni a kórházi zárójelentést és a kapott számlákat a pénztárnak. A külföldi gyógykezeléssel kapcsolatos utazási költséget, mely a másodosztályú vonatjegy ára lehet, a lakóhely szerint illetékes egészségbiztosítási pénztár megelőlegezi. Az utazásiköltség-térítés, ha az orvos indokoltnak tartja, az utazó kísérőt is megilleti. Az előleggel a hazatérés után a felvétel helyén kell elszámolni.

Egészségbiztosítási alapú pénzbeli egészségügyi ellátások

Utazási költségtérítés

Utazási költségtérítés illeti meg a jogosultakat a járóbeteg- és fekvőbeteg szakellátás igénybevételekor, továbbá gyógyászati segédeszköz készítéséhez, próbájához szükséges utazás esetén, ha ehhez nem helyi közlekedési eszközt vesznek igénybe, és a területileg illetékes vagy a lakóhelyükhöz legközelebb eső egészségügyi intézményt keresik fel. A jogosult a illetékes orvos által kiállított utalvánnyal a vasút- és az autóbusz-társaságok járatain utazhat. Aki utalvány nélkül utazik az egészségügyi szolgáltatóhoz, csak a visszaútra kaphat támogatást, és csak akkor, ha azonnali ellátása indokolt volt. Szűrővizsgálatra beutaltaknak is jár utazási költségtérítés.

Táppénz

A munkaviszonyban, közalkalmazotti, köztisztviselői jogviszonyban álló biztosított a betegsége esetén legkorábban csak a betegszabadságra való jogosultság lejártát követő naptól jogosult táppénzre. Táppénz akkor jár a biztosítottnak, ha a biztosítás tartama alatt, vagy annak megszűnését követő három napon belül betegszik meg, és 2 százalékos pénzbeli egészségbiztosítási járulék fizetésére (volt) kötelezett. A táppénz legfeljebb egy évig jár, feltéve, ha a biztosítottnak volt a betegséget megelőzően egy év biztosítási jogviszonya. Ennek hiányában a táppénz a folyamatos biztosítás időtartamával azonos ideig jár. A biztosítás megszűnését követő jogosultság esetén a táppénz a korábbi 45 nap helyett 2009. augusztus 1-jétől 30 napig jár. A táppénz napi összegének kiszámításához általában azt a keresőképtelenséget közvetlenül megelőző naptári évben elért jövedelmet kell alapul venni, amely után a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulékfizetésre kötelezett volt. A táppénz összege a megállapított naptári napi átlagkereset 50 százaléka, két év folyamatos biztosítás esetén annak 60 százaléka. Folyamatos a biztosítási idő akkor, ha abban harminc napnál hosszabb megszakítás nincs. A fekvőbeteg-gyógyintézeti ápolás idejére az átlagkereset 50 százaléka jár.

A keresőképtelenség első napjától jár a táppénz, ha a dolgozó terhesség vagy szülés miatt nem tudja végezni a munkáját, és terhességi-gyermekágyi segélyre nem jogosult, vagy ha járványügyi, illetve állategészségügyi zárlat miatt munkahelyén megjelenni nem tud, és más munkahelyen (munkakörben) átmenetileg sem foglalkoztatható. Ilyenkor a táppénzt teljes egészében az egészségbiztosító fizeti. Az egyéni és társas vállalkozók, a segítő családtagok, akik nem jogosultak betegszabadságra, szintén a keresőképtelenség első napjától jogosultak táppénzre.

Baleseti táppénz

Baleseti táppénzre jogosult, aki üzemi baleset vagy foglalkozási megbetegedés következtében keresőképtelen. Azt is keresőképtelennek kell tekinteni, aki az üzemi balesettel összefüggő és gyógykezelést igénylő egészségi állapot romlása vagy a gyógyászati segédeszköz hiánya miatt nem tud munkát végezni. Baleseti táppénz a biztosítottnak az előzetes folyamatos biztosítási időre tekintet nélkül keresőképtelensége időtartamára jár, legfeljebb azonban egy évig. A baleseti táppénz folyósítását az Országos Rehabilitációs és

Szociális Szakértői Intézet egy évvel meghosszabbíthatja. A baleseti táppénz napi összege azonos a baleseti táppénzre való jogosultság kezdő napját közvetlenül megelőző naptári hónapban végzett munkáért kifizetett, a biztosított pénzbeli egészségbiztosítási járulékalapot képező jövedelemének naptári napi összegével. A baleseti egészségügyi szolgáltatás alapján az üzemi balesetből (foglalkozási megbetegedésből) eredő egészségkárosodás miatt szükségessé vált gyógyszerhez, gyógyászati segédeszközökhöz 100 százalékos ártámogatás jár, de a teljes összegű támogatás feltétele, hogy az igénybe vett gyógyszerhez az OEP egyébként is támogatást nyújtson. A baleset üzemiségét, illetve a foglalkozási megbetegedés tényét a baleseti táppénz megállapítására jogosult szerv állapítja meg.

Gyermekápolási táppénz

A szülőnek ápolás címén gyermekápolási táppénz jár:

- a gyermek egyéves koráig, 1 évesnél idősebb, de 3 évesnél fiatalabb gyermek esetén évenként és gyermekenként bármelyik szülőnek 84 naptári napig,
- 3 évesnél idősebb, de 6 évesnél fiatalabb gyermek esetén évenként és gyermekenként bármelyik szülőnek 42, egyedülállónak 84 naptári napig,
- 6 évesnél idősebb, de 12 évesnél fiatalabb gyermek esetén évenként és gyermekenként bármelyik szülőnek 14, egyedülálló esetében 28 naptári napig.

Az igénybe vehető gyermekápolási táppénzes napok nem naptári évre, hanem a gyermek két születésnapja közti időszakra vonatkoznak, s a fel nem használt napok nem vihetők át a következő időszakra.

Gyermekgondozási díj

A kétévesnél fiatalabb gyermeket gondozó szülőknek gyermekgondozási díj (GYED) jár. A GYED feltétele, hogy az igénylő a jogosultság kezdőnapján biztosítási jogviszonyban álljon, és az anya a szülést megelőző két évben legalább 180 napi biztosítási idővel rendelkezzen. Az anyának akkor is jár a GYED, ha a biztosítása a terhességi-gyermekágyi segélyezése alatt szűnt meg, feltéve, hogy a terhességi-gyermekágyi segélyre való jogosultsága a biztosítási jogviszonyának fennállása alatt keletkezett és szülést megelőzően két éven belül 180 napon át biztosított volt. Amennyiben az apa vagy a szülők helyett más jogosult személy (pl. a gyermeket örökbe fogadó, a gyermek gyámja) kívánja igénybe venni a GYED-et, akkor számára a jogosultság kezdőnapját megelőző két évben 180 napos biztosítási idővel kell rendelkeznie. A gyermekgondozási díj iránti igényt a foglalkoztatónak írásban kell benyújtani. A gyermekgondozási díj, a naptári napi átlagkereset 70%-a, de legfeljebb havonta a mindenkori minimálbér kétszeresének 70 %-a - maximálva van, 2009-ben a GYED maximális összege havi 100.100,- Ft, napi 3.336,66,- Ft. A GYED összegét egyebekben a táppénzre vonatkozó keresetek alapján kell számítani.

Terhességi-gyermekágyi segély

Terhességi-gyermekágyi segélyre jogosult, aki a biztosítása tartalma alatt, vagy annak megszűnését követő 42 napon belül szül, és a szülést megelőző két éven belül legalább 180 napig biztosítási idővel rendelkezik. Terhességi-gyermekágyi segélyre az is jogosult, aki

táppénzben, baleseti táppénzben részesül, és az ellátás folyósításának az időtartama alatt, vagy az ellátás folyósításának a megszűnését követő 28 napon belül szül, és a szülést megelőző két éven belül van összesen 180 napi biztosítási ideje. A terhességi-gyermekágyi segély a szülési szabadságnak megfelelő időre jár, ez a Munka Törvénykönyve szerint 168 naptári nap. A terhességi-gyermekágyi segély a napi átlagkereset 70 százaléka.

Nem egészségbiztosítási alapú pénzbeli egészségügyi ellátások

Betegszabadság

Betegszabadsága időtartamára a munkavállaló a munkaszerződésben meghatározott, de pótlékokkal csökkentett havi bérének 70 százalékát kapja meg. Ezt a munkáltatónak kell kifizetnie, aki emellett a betegszabadságra járó összeg után társadalombiztosítási járulékot és egészségügyi hozzájárulást is köteles fizetni. A kezelőorvosnak a betegszabadság teljes időtartamára igazolnia kell a keresőképtelenséget. A betegszabadság időtartama legfeljebb évi 15 munkanap. Nem kell a munkáltatónak betegszabadságot fizetnie, ha a biztosított beteg gyermeke ápolása vagy üzemi baleset, illetve foglalkozási megbetegedés miatt válik keresőképtelenné.

Szülési szabadság

A szülési szabadság a Munka Törvénykönyve szerint 24 hét (168 naptári nap) lehet. A várandós anya (kismama) választhat, hogy a szülési szabadságot a szülés várható időpontját megelőző 28 napon belül vagy a szülés napjától veszi igénybe. A szülési szabadság megszűnik, ha a gyermek halva születik, vagy a gyermeket állami gondozásba adják, de a terhességi-gyermekágyi segély 42 napig ez esetekben is jár.

Anyasági támogatás

Anyasági támogatásra az a szülő nő jogosult, aki a terhessége alatt legalább négy alkalommal, koraszülés esetén legalább egyszer részt vett terhesgondozáson. Az anyasági támogatás összege gyermekeként azonos a gyermek születésekor érvényes öregségi nyugdíj minimum 225 százalékaival. Ikorszülés esetén az öregségi nyugdíjminimum 300 %-a jár. Anyasági támogatásra jogosult az örökbe fogadó szülő, ha a szülést követő 180 napon belül az örökbefogadást jogerősen engedélyezték, továbbá a gyám, ha a gyermek a születését követő 180 napon belül jogerős határozattal a gondozásába kerül. Az anyasági támogatás iránti igény a szülést követő 180 napon belül érvényesíthető.

Ápolási díj

Az ápolási díj a tartósan gondozásra szoruló személy otthoni ápolását ellátó hozzátartozó részére biztosított anyagi hozzájárulás. Ápolási díjra jogosult a hozzátartozó, ha önmaga ellátására képtelen, állandó és tartós felügyeletre, gondozásra szoruló 2 év feletti súlyos fogyatékos vagy 18. életévét be nem töltött tartósan beteg személy gondozását, ápolását végzi. Az önkormányzat rendeletében meghatározott feltételek esetén ápolási díj állapítható meg annak a hozzátartozónak, aki 18. életévét betöltött tartósan beteg személy gondozását végzi.

Az ápolási díj megállapítása iránti kérelemhez csatolni kell a házi orvos arra vonatkozó szakvéleményét, hogy az ápolat önmaga ellátására képtelen, állandó és tartós felügyeletre, gondozásra szorul. Az ápolási díj összege nem lehet kevesebb az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegének 80 százalékánál. Az ápolási díj folyósításának időtartama szolgálati időre jogosít.

Temetési segély

A települési önkormányzat képviselőtestülete temetési segélyt nyújthat annak, aki a meghalt személy eltemettetéséről gondoskodott annak ellenére, hogy arra nem volt köteles, vagy tartására köteles hozzátartozó volt ugyan, de a temetési költségek viselése a saját, illetve családja létfenntartását veszélyezteti.

Családi támogatások, amelyek alanyi jogon járnak, és nem egészségbiztosítási ellátások

Családi támogatásokra a háztartásában gyermeket nevelő, itt élő magyar állampolgár, EU-s tagságunktól kezdődően a tartózkodási engedéllyel rendelkező EGT állampolgár, illetve a menekültként elismert és a bevándorlási engedéllyel rendelkező külföldi állampolgár jogosult. Főbb ellátások:

Családi pótlék

Családi pótlékra a vér szerinti és az örökbe fogadó szülő, valamint a szülővel együtt élő házastárs, a nevelőszülő és gyám jogosult, ha a háztartásában 16 éven aluli gyermeket vagy tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermeket (személyt) nevel vagy gondoz. Közoktatási intézményben tanulmányokat folytató gyermek után 23. életévének betöltéséig, illetve ennek a tanévnek a végéig jár a családi pótlék. Családi pótlék a gyermekotthonban vagy intézetben elhelyezett gyermek után, az intézmény vezetőjének jár. A családi pótlék havi összege 2009-ben egy-gyermekeseknél 12.200,- forint (egyedülállónál 13.700,- forint), kétgyermekeseknél gyermekenként 13.300,- forint (egyedülállónál 14.800,- forint), három- vagy többgyermekeseknél gyermekenként 16.000,- forint (egyedülállónál 17.000,- forint) és a tartósan beteg, súlyosan fogyatékos gyermekek esetén 23.300,- forint (tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermeket egyedül nevelő esetén: 25.900,- Ft)

Gyermekgondozási segély

Gyermekgondozási segélyre (GYES) az a szülő (nevelőszülő) jogosult, aki háztartásában 3 évesnél fiatalabb, vagy 10 évesnél fiatalabb tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermeket gondoz. A gyermekgondozási segélyben részesülő szülő a gyermek 1 éves koráig nem folytathat jövedelemszerző tevékenységet. A gyermek 1 éves kora után időkorlátozás nélkül folytatható. Meghatározott feltételek esetén a nagyszülő is jogosult GYES-re a gyermek első életévének betöltésétől. A GYES összege azonos az öregségi nyugdíjminimum összegével, ikerszülés esetén ennek kétszeresével.

Gyermeknevelési támogatás

Gyermeknevelési támogatásra (GYET) az a szülő jogosult, aki a háztartásában három *vagy* több kiskorú gyermeket nevel. A támogatás a legfiatalabb gyermek 3 éves korától 8 éves koráig jár. A gyermekgondozási támogatás összege azonos az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegével.

4. Betegjogok

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény megállapítja az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők jogait és kötelezettségeit.

A szolgáltatást igénybevevők jogai és kötelezettségei

Az egészségügyi jogalkotás egyik legjelentősebb fejleménye a betegjogokkal kapcsolatos, meglehetősen részletes rendelkezések meghozatala. A betegjogoknak ez az összefoglalása és részletezése sok segítséget nyújt a jogalkalmazásban, hasznos a betegek és az egészségügyi ellátó személyzet számára egyaránt.

A törvény mindenki számára segítségnyújtási kötelezettséget is előír a tőle elvárható módon, továbbá: mindenki köteles az egészségügyi szolgálatot értesíteni sürgős szükség esetén.

Mindenkinek joga van az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés területén az ismeretszerzésre. Ugyancsak joga van az egészségével kapcsolatos kérdésekben. A betegjogok részletes ismertetése előtt célszerű a törvény által követett rendszerben a főbb címeket felsorolni a jobb áttekinthetőség érdekében.

A betegek jogai:

- Az egészségügyi ellátáshoz való jog.
- Az emberi méltósághoz való jog.
- Az egészségügyi ellátás során a kapcsolattartás joga.
- Az egészségügyi intézmény elhagyásának joga.
- A tájékoztatáshoz való jog.
- Az önrendelkezéshez való jog (e körben kerül szabályozásra a beleegyezés és a nyilatkozatok kérdése).
- Az ellátás visszautasításának joga (e helyen szabályozzák a passzív eutanáziát és a „living will” (elő-végrendelet) intézményét.).
- Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga.
- Az orvosi titoktartáshoz való jog.
- Panaszjog.
- Betegjogi képviselő igénybevételének joga.
- Közvetítő tanács igénybevételének joga.
- Külön törvényekben és végrehajtási szabályokban rendelkeznek az egészségügyi adatok védelméről, ami elsősorban a titoktartásra, az adatok megismerésére, és az adatok feletti rendelkezésre vonatkozó normákat foglalja össze.

Az egészségügyi ellátáshoz való jog

Az egészségügyi ellátáshoz való jog a következőket jelenti: jogosultságot sürgős szükség esetén

- az életmentésre,
- súlyos és maradandó egészségkárosodás megelőzésére,
- fájdalomcsillapításra,
- a szenvedés csökkentésére.

Lehetősége van a betegeknek arra is, hogy szolgáltatót, vagyis intézményt, ill. ezen belül orvost választhassanak. A beteget ahhoz a szolgáltatóhoz kell irányítani, ahol a legrövidebb időn belül ellátható.

A magyar egészségügy új intézménye a várólista bevezetése. A beteget két esetben lehet várólistára tenni:

- ha más szolgáltatónál sem lehetséges az ellátása;
- a beteg más szolgáltatót nem fogad el. A beteg tájékoztatásnak ilyenkor ki kell terjednie a várakozás okára, időtartamára és következményére.

A várólisták csak egészségügyi, személyazonosító adatokat és a kiválasztási körülményekre vonatkozó információkat tartalmazhatnak.

Az emberi méltósághoz való jog

Az egészségügyi törvény rendelkezik arról, hogy a betegek emberi méltóságát tiszteletben kell tartani. A törvény az emberi méltóság védelmének tekinti azt a tilalmat, hogy a betegen csak az ellátáshoz szükséges beavatkozást végezhetik el. (Ez alól csak törvény tehet kivételt.) E körben rendelkezik a törvény arról, hogy magukat a betegjogokat is a beteg egészségi állapota által indokolt ideig és törvényben meghatározott mértékben és módon lehet korlátozni.

A betegek személyes szabadságát az egészségügyi ellátás során, fizikai, kémiai, biológiai vagy pszichikai módszerekkel ill. eljárásokkal kizárólag csak két esetben lehet korlátozni ha:

- sürgős szükség áll fenn,
- a beteg vagy mások életének, testi épségének és egészségének védelme ezt megkívánja.

A korlátozás nem lehet büntető jellegű, és csak addig tarthat, amíg a szabadságkorlátozás elrendelésének oka fennáll.

Két új tartalmi elemet is ad az emberi méltóságnak az egészségügyi törvény, nevezetesen elrendeli, hogy a beteget csak méltányolható okból és ideig szabad várakoztatni. A betegek szeméremérzetét védendő, a ruházatot csak a szükséges időre és szakmailag indokolt mértékben lehet eltávolítani.

Az egészségügyi ellátás során a kapcsolattartás joga

Ennek alkalmazásánál három alapelvet kell figyelembe venni:

- a rendelkezésre álló feltételeket,
- a betegellátás zavartalanságát, és
- a többi beteg jogait.

A kapcsolattartás írásos vagy szóbeli kommunikációval, illetve látogatók fogadásával valósulhat meg. A beteg bárkit eltilthat a látogatástól, bármilyen kapcsolatfelvételtől, és attól is, hogy információt adjanak a gyógykezelés tényéről illetve a kezelésről. A betegeknek joguk van arra, hogy hozzátartozóik mellettük tartózkodjanak, ha lehetséges folyamatosan.

Ez a jogosultság három betegcsoportra terjed ki:

- a súlyos állapotú felnőttekre,
- a kiskorúakra
- a szülő nőkre.

A kiskorú, vagyis a 18 éven aluli betegek joga, hogy állapotuktól függetlenül, a kórházi ápolás során mellette tartózkodjon a szülője, törvényes képviselője, a törvényes képviselő által megjelölt személy és a beteg által megjelölt személy.

A törvény biztosítja egyházi személyek látogatását is a beteg kérésére, és a kórházon belüli vallásgyakorlást.

Az egészségügyi intézmény elhagyásának joga

A törvény az intézmény elhagyásának jogát az egészségügyi okból történő szabadságkorlátozáshoz hasonlóan a következő feltételekhez köti:

- a beteg nem veszélyeztetheti mások testi épségét és egészségét,
- e joggyakorlás más törvényben nem korlátozott,
- cselekvőképtelen beteg esetén a törvényes képviselő ezzel egyetért.

A törvény rendelkezik arról, hogy a beteget és hozzátartozóját tájékoztatni kell az intézményből való elbocsátásról, lehetőleg az elbocsátás előtt 24 órával.

A tájékoztatáshoz való jog

A tájékoztatáshoz való jog részletes szabályozása az új törvény egyik legjelentősebb újdonsága. Az egészségüggyel szemben főleg e vonatkozásban volt a közvélemény elmarasztaló, nem utolsó sorban a műhibaperek kapcsán. Az orvosok jogerős elmarasztalása, az intézmények kártérítésre ítéltése több mint 90%-ban tájékoztatási hiányosság miatt történt.

A beteget a tájékoztatáshoz való jog akkor is megilleti, ha a kezeléshez nincs szükség beleegyezési nyilatkozatra. A tájékoztatásnak egyénre szabottnak, teljes körűnek és részletesnek kell lennie. A tájékoztatáshoz való jogot a 16. életévet betöltött kiskorúak esetén is alkalmazni kell.

A tájékoztatásnak a következő részletekre kell kiterjednie:

- az egészségi állapotra és annak orvosi megítélésére,
- a javasolt vizsgálatokra ill. beavatkozásokra,
- annak elvégzésének előnyeire és kockázataira, valamint elmaradásuk esetén fellépő kockázatokra,
- a javasolt vizsgálatok ill. beavatkozások tervezett időpontjára,
- a betegek döntési jogáról a vizsgálatok ill. beavatkozások elvégzését illetően,
- az alternatív eljárásokra, módszerekre,
- magáról az ellátás folyamatára,
- a várható kimenetelekre,
- a további ellátásokra,
- a javasolt életmódra.

A fentieken kívül a betegnek joga van a kezelésében közvetlenül közreműködők nevét, szakképesítését és beosztását megismerni.

A tájékoztatásnak érthetőnek kell lennie, figyelembe véve a beteg életkorát, iskolázottságát, ismereteit, lelki állapotát és kívánságát. Szükség esetén tolmácsot illetve jeltolmácsot kell biztosítani. A tájékoztatáshoz való joghoz tartozik a tájékoztatásról való lemondás joga is. Ennek feltétele, hogy a beteg cselekvőképes legyen, és tájékozatlansága ne jelentsen másokra veszélyt. Ha az orvosi beavatkozást a beteg kezdeményezi, a tájékoztatásról csak írásban lehet lemondani.

A beteg joga, hogy maga helyett más személyt jelöljön meg, akit kezelésével kapcsolatban tájékoztatni kell. Ennek feltétele, hogy a kijelölt személy cselekvőképes legyen, és a meghatalmazás írásban, vagy egyéb hitelt érdemlő módon történjen.

A beteg joga, hogy megtiltsa mások tájékoztatását állapotáról, gyógykezeléséről.

A tájékoztatáshoz szükséges feltételekről az intézmények fenntartói kötelesek gondoskodni.

Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga a következő jogosultságokat tartalmazza:

- a dokumentum megismerését,
- tájékoztatáskérést a dokumentációban foglaltakról,
- az adatokról rendelkezést,
- a konkrét adatok megismerését,
- az adatkezelésről tájékoztatást kapni,
- másolatot kérni,
- zárójelentést kapni,
- írásos véleményt kérni, ami lehet összefoglaló, ill. kivonatos de csak indokolt célra és saját költségen.

Újdonság a betegeknek adott **kijavítási jog**. Adatot törölni nem szabad, s az eredeti adatnak megállapíthatónak kell lennie.

A beteg halála után a „törvényes hozzátartozó” ill. az örökös joga a betegdokumentációhoz a következők szerint szűkített: a halál okával összefüggő vagy azzal összefüggésbe hozható

ill. a megelőző gyógykezelésekről szóló adatokat megismerheti és saját költségén másolatokat kérhet.

Az orvosi titoktartáshoz való jog

A legfontosabb rendelkezések a következők:

- egészségügyi adatokat csak jogosultakkal közölhetnek.
- az adatokat bizalmasan kezelik.
- az adatok felett a beteg rendelkezik.

A törvény felmentést ad a titoktartás alól két esetben:

- ha az adatok feltárását törvény rendeli el, vagy
- mások élete, testi épsége, egészsége megóvása szükségessé teszi.

A beteg hozzájárulása nélkül is lehet közölni olyan adatokat a beteg ápolójával ill. gondozójával, amelyek a beteg károsodását megelőzik, tehát az ő érdekét jelentik. Az adatközlés nem kötelező az orvos számára.

A vizsgálati körülményeket úgy kell kialakítani, hogy csak azok legyenek jelen, akiknek a jelenlétéhez hozzájárul, ill., akiknek a jelenléte feltétlenül szükséges. A kórház köteles értesíteni azt a személyt, akit a beteg megnevez, a kórházi elhelyezésről, ezen elhelyezés változásáról és egészségi állapotának jelentős mértékű változásáról. A rendelkezés egy személy értesítését írja elő.

Az önrendelkezéshez való jog

Az önrendelkezési jog csak törvényesen korlátozható, és a törvény szabályozza a korlátozás alá eső tényállásokat, eseteket és a korlátozás módját.

A kezelésbe beleegyezés módja történhet szóban, írásban és ráutaló magatartással. A beteg beleegyezését bármikor visszavonhatja, ha erre alapos oka van. A beleegyezés alapos ok nélküli visszavonása szankcióként, azzal a következménnyel járhat, hogy a beteg az addigi ellátásért díjfizetésre kötelezhető. A műtétek, műtéti jellegű beavatkozások, ún. invazív beavatkozások és a kórházi felvétel írásbeli beleegyező nyilatkozat alapján lehetséges. Szóbeli nyilatkozatot csak írásképtelen beteg tehet két tanú együttes jelenlétében. Bár a törvény konkrétan nem írja elő, de nyilvánvalóan jegyzőkönyvet kell felvenni a szóbeli nyilatkozatról.

A beteg beleegyezési illetve visszautasítási jogát más személyre is delegálhatja.

Megfelelő a nyilatkozat, ha közokiratban történik, azaz közjegyző, hatóság vagy bíróság előtt tették; ha teljes bizonyító erejű magánokiratot állítottak ki róla, azaz azt a beteg saját kezűleg írta és azt aláírta vagy a nyilatkozatot két tanú jelenlétében írta alá; és abban az esetben, ha írásképtelen, akkor két tanú együttes jelenlétében szóban nyilatkozhat. Ez utóbbit is írásba kell foglalni.

Ha a beavatkozás elmaradása mások egészségét vagy testi épségét veszélyeztet, 24. hetes kort betöltött magzat kerül veszélybe, vagy ha a beteg közvetlen életveszélyben van, nincs

szükség a beteg beleegyezésére. A törvény általános feltételként szabja, hogy ilyen esetben sürgős szükség álljon fenn, vagy a beavatkozás elmaradása, helyesebben szólva újabb beavatkozás, műtét elmaradása, a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.

A beteg rendelkezhet holttestének felhasználásáról is, és megtilthat szerv ill. szövet eltávolítást transzplantáció, gyógyítás, kutatás és oktatás céljára.

A betegek jogai között teljességgel új az ellátás visszautasításának joga. Kényszerítő eszközök csak a fertőző betegségek, az elmebetegségek és az alkoholizmus esetén állnak rendelkezésre.

A törvény újítása, az angolszász területen alkalmazott „elő-végrendelet” (living will) intézményének bevezetése, amely a cselekvőképes személy rendelkezését jelenti cselekvőképtelensége és egyidejű egészségügyi ellátásának szükségessége esetére. A nyilatkozat formája csak közokirat lehet. A nyilatkozat előtt pszichiáter véleményét is be kell szerezni, ami 1 hónapnál nem lehet régebbi, és meg kell állapítani, hogy tudatos döntésről van szó. A nyilatkozatot két évente meg kell újítani, visszavonása azonban feltétel nélküli.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet

A betegjogok érvényesítésének új szerve az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 2006. évi CXVI. törvénnyel létrehozott Egészségbiztosítási Felügyelet, (a továbbiakban: Felügyelet) amely a törvény alapján ellátja:

- a biztosítottak jogainak védelmével,
- az egészségbiztosítók, az egészségbiztosítási szolgáltatást nyújtók szakmailag, minőségileg, a törvényeknek és a biztosítottak érdekeinek megfelelő működése ellenőrzésével, és
- az egészségbiztosítási szolgáltatások – beleértve a gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátást is – teljesítésének ellenőrzésével kapcsolatos feladatokat.

A Felügyelet a következő hatósági feladatokat látja el:

Kérelemre kivizsgálja a biztosítottak biztosítási jogviszony során igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos panaszait, bejelentéseit, valamint a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) hatálya alá tartozó egészségbiztosítók várólistával kapcsolatos döntései ellen hozzá benyújtott panaszokat.

A Felügyelet hivatalból ellenőrzi az egészségbiztosítási szolgáltatások hozzáférhetőségét és minőségét. Amennyiben azt állapítja meg, hogy ezek nem felelnek meg az egészségügyi, illetőleg az egészségbiztosítási szolgáltatásra vonatkozó jogszabályoknak, hatósági döntéseknek vagy az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők jogos érdekeinek, az ÁNTSZ-nél kezdeményezi a szükséges intézkedések megtételét.

Ha a Felügyelet a kérelemre, illetve a hivatalból lefolytatott eljárások során azt állapítja meg, hogy a kötelező egészségbiztosítás körében a területi ellátási kötelezettséggel rendelkező, finanszírozott egészségügyi szolgáltató nem vagy nem megfelelően teljesíti a finanszírozási szerződéséből folyó kötelezettségét, szükség szerint, sorrendben az alábbi intézkedéseket teszi:

- a) megtiltja a jogsértő magatartás további folytatását,
- b) felszólítja az egészségügyi szolgáltatót a kötelezettsége teljesítésére,
- c) a biztosított kérelmére a területi ellátási kötelezettség alapján ellátásra köteles szolgáltató helyett más, a progresszivitás azonos szintjén lévő, területi ellátási kötelezettséggel rendelkező egészségügyi szolgáltatót jelölhet ki a biztosított ellátására abban az esetben, ha a biztosított az ellátást a szolgáltató hibájából nem vagy nem az arra irányadó szabályok szerint kapta meg,
- d) pénzbírságot szab ki,
- e) felszólítja az egészségbiztosítót a finanszírozási szerződés felfüggesztésére, súlyos jogszabálysértés esetén felmondására.

A Felügyelet jóváhagyja az egészségbiztosítási szolgáltatásokra irányuló finanszírozási szerződések, valamint az egészségbiztosítás körében kötött egyéb szerződések általános szerződési feltételeit, valamint kezdeményezheti e szerződési feltételek módosítását.

A Felügyelet ellenőrzi, hogy a biztosítási szerződések megfelelnek-e az általános szerződési feltételeknek.

A Felügyelet ellenőrzi, hogy a biztosítási szerződésből eredő kötelezettség teljesítéséhez szükséges, a külön törvény szerinti kapacitás megfelelő minőségben és mennyiségben rendelkezésre áll-e. Amennyiben az ellenőrzés során a vizsgált rendelkezésre állás nem biztosított, kezdeményezi az egészségbiztosítónál a szerződés módosítását.

A Felügyelet ellenőrzi, hogy érvényesül-e a gyógyszerárban szakmai feladatot ellátó személyek szakmai függetlensége, illetve a közfinanszírozásban részesülő gyógyszer támogatással történő forgalmazására szerződött gyógyszerár, valamint a gyógyszergyártó, -forgalmazó, illetve a támogatással történő gyógyszerreállításra jogosult orvos között létezik-e olyan nem kívánatos magatartás-összehangolás, amely a betegek, fogyasztók hatékony és biztonságos gyógyszerellátását sérti vagy veszélyezteti. Amennyiben a nem kívánatos magatartás-összehangolás megvalósul, az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság kezdeményezi az egészségbiztosítási szervnél a támogatással történő forgalmazási jogot biztosító szerződés felmondását.

A Felügyelet – kérelemre – kiadja a gyógyszer forgalmazója, illetve annak Magyarországon bejegyzett meghatalmazottja, valamint a gyógyászati segédeszköz gyártója vagy annak meghatalmazott képviselője részére a gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz ismertetésére vonatkozó engedélyt és kiállítja az ismertető igazolványt.

A Felügyelet folytatja le a gyógyszerek és a gyógyászati segédeszközök ismertetésének jogszabályban meghatározott szabályai megsértése esetén az eljárást. Ha az ismertetésre jogosult személy, a gyógyszer forgalomba hozatali engedélyének jogosultja, illetve a gyógyászati segédeszköz gyártója, a gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére és forgalmazására jogosult személy vagy ezek valamelyikének meghatalmazott képviselője a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a

biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: Gytv.) és a felhatalmazása alapján kiadott rendelet gyógyszer- vagy gyógyászatisegédeszköz-ismertetésre vonatkozó előírásait megsértette, a Felügyelet az alábbi intézkedéseket teheti:

- a) etikai eljárást kezdeményezhet a szakmailag illetékes etikai szervnél, ha ennek feltételei fennállnak,
- b) a jogsértést elkövető személyt határozatában határidővel felhívhatja a hiányosságok megszüntetésére és ennek megszüntetéséig a tevékenység folytatását felfüggesztheti,
- c) határozattal megállapítja a jogsértés tényét, elrendelheti a jogsértő állapot megszüntetését és egyben megtiltja a jogsértő magatartás további folytatását,
- d) ötszázezer forinttól huszonötmillió forintig terjedő összegű pénzbírságot szabhat ki,
- e) ismételt vagy súlyos jogszabálysértés esetén, a jogsértést elkövető személy részére kiadott ismertetési tevékenység folytatásának a határozatában meghatározott időtartamra – legalább fél évre, legfeljebb három évre – megtiltja az ismertetési tevékenység folytatását,
- f) ismételt vagy súlyos jogszabálysértés esetén értesíti a személlyel finanszírozási, illetve társadalombiztosítási támogatással történő gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz rendelésére jogosító szerződést kötő egészségbiztosítási szervet és kezdeményezi a támogatással történő rendelés, illetve forgalmazás felfüggesztését.

A Felügyelet – kérelemre – hozzájárul az emberi alkalmazásra kerülő, forgalomba hozatalra engedélyezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek esetében a gyártó és a forgalmazó közötti hatályos szerződésekben szereplő, és külön jogszabály szerint ebben maximálni rendelt árnál magasabb ár alkalmazásához.

Az egészségbiztosítási felügyeleti hatóság az ismertetői engedély kiadásáról, illetve visszavonásáról elektronikus úton adatszolgáltatást teljesít az állami adóhatósághoz.

A felügyelet lakossági bejelentéseket, panaszokat is kivizsgál a kötelező egészségbiztosítás alapján igénybe vett egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban az alábbi ügyekben:

- rossz bánásmód, más beteg színvonalasabb ellátása,
- az ellátást nyújtó szakember szabálytalan eljárása,
- az ellátás szakmai vagy egyéb feltételei hiányosak,
- a szükséges és jogszabály alapján járó egészségügyi ellátás elmaradása, meg nem engedett feltételekhez kötése vagy a beteg indokolatlanul más intézménybe irányítása,
- a várólistára kerülés vagy egyéb, az ellátás sorrendjét meghatározó döntés során tapasztalt hátrány vagy sérelem.

A panaszbejelentésnek az alábbiakat kell tartalmaznia:

- bejelentő neve, címe,
- a kifogással érintett egészségügyi szolgáltató neve, címe,
- az Egészségbiztosítási Felügyeletnek a kifogással érintett szolgáltató elleni eljárás-indítására vonatkozó nyilatkozat,
- a jogszerűtlennek vélt eset pontos, dátummal megjelölt leírása,
- amennyiben rendelkezésre áll az egyéb dokumentáció másolata.

5. Finanszírozás

Tekintettel arra, hogy nincs egységes európai finanszírozási rendszer, a magyar rendszert csak a különböző tagországok finanszírozási gyakorlatával lehet összehasonlítani. A magyarországi finanszírozási módszerek leginkább a német, francia és belga technikákhoz hasonlítanak. Ezekben az országokban a szociális védelemre fordított kiadások mintegy kétharmada származik járulékokból, amelyeknek 50-60 százaléka a munkaadót terheli. Ugyanez érvényes a magyar rendszerre, ahol az általános társadalombiztosítás járulékfizetésen alapul, de sokkal nagyobb részt fizetnek a munkaadók. Ez utóbbi történelmi okokra vezethető vissza, és megtalálható valamennyi, az átmeneti időszakban lévő országban.

Magyarország nemzetközi összehasonlításban forrásainak nagyobb részét költi jóléti kiadásokra, mint más piacgazdaságok. Magyarország allokációs és jogosultsági rendszerében e kiadások aránya csak az Európai Unió leginkább redisztributív és sokkal nagyobb egy főre jutó nemzeti jövedelemmel rendelkező tagországaiban nagyobb, például Svédországban vagy Hollandiában. Magyarországon e kiadások színvonala jelentős részben a múlt öröksége.

Jelentős mértékűvé vált a magán források bevonása az alapvető ellátások igénybevételeiben. A co-payment nagysága a fogászati ellátásban és a gyógyszer térítések összegében jelentős, az évek során növekvő részarányt ért el. A közfinanszírozás aránya az 1992. évi 91,9% helyett 1997-ben már csak 69,1%-ot tett ki, ma már ennél is kevesebb, kb. 65%.

Az egészségügyi szolgáltatási járulék mértéke 2008-ban 4.350,- Ft. Egészségbiztosítási járulékbérvétel 2008-ban 1.302 milliárd forintot tett ki.

Az Alap összkiadásainak 69 %-át a természetbeni egészségügyi szolgáltatásokra és gyógyszer támogatásra fordította, amely 1 lakosra számítva évi 90.583 Ft-ot, havi 7.550 Ft-ot tett ki. A folyóáron számított fajlagos ráfordítás, 2003-ban 1988-hoz képest 75 %-kal nőtt. 2008-ban kiadások összege 1.445 milliárd forint.

Az Önkormányzati Törvény megszületése óta a települési önkormányzatok gondoskodnak az egészségügyi ellátásról. A települési önkormányzatok feladata lett az alapellátás biztosítása, ahol a családi orvos vagy közalkalmazottként, vagy vállalkozóként szerződés alapján nyújtja a szolgáltatásait. A kórházakat a települési önkormányzatok tulajdonába adták. A helyi önkormányzat a tulajdonosi jogokat és a döntési jogkör gyakorlását nem egyszer felügyelő bizottságra ruházza át, e bizottságoknak azonban a kórház működésére nincs nagy befolyásuk tisztázatlan helyzetük és felelősségük miatt.

Az egészségügyi intézmények többsége közszolgáltatást végez. Az egészségbiztosító megvásárolhatja a szolgáltatásokat az egészségügyi közszolgáltatást végzőktől. Az alapellátás és újabban a járó-beteg ellátás területén a magánszolgáltatók nagy számban szerepelnek.

A gyógyszer és gyógyászati segédeszközök ártámogatásánál évről-évre nagyarányú kiadás-növekedés jelentkezik, amely állandó költségvetési egyensúlytalanságot okoz az egészségügyi

kiadásoknál. A még döntő mértékben nem privatizált gyógyító-megelőző szolgáltatásoknál a zárt kassza miatt az előirányzat túllépése nem lehetséges.

Ennek következtében a gyógyászati segédeszközök és a gyógyszerek ártámogatása növelte relatív súlyát a gyógyító-megelőző szolgáltatásokhoz képest.

Konkrét szabályozás

Az egészségügyi kiadások finanszírozása a rendszerváltozást követően az állami költségvetés helyett, a kötelező egészségbiztosítási rendszerbe került. Annak érdekében, hogy a kifizetést a teljesítményhez kapcsolják, a korábitól eltérő finanszírozási módszereket vezettek be:

- a családi orvosok részére fejkvóta-alapú finanszírozást (1992 júliusától kezdve),
- a szakellátásban relatív tarifarendszert (1993 júliusától kezdve, kezdetben 30-70%-ban teljesítmény és átalány alapon, mely 1998 közepére fokozatosan teljes egészében teljesítmény-alapúvá vált),
- a kórházi ellátásban 1993 júliusától kezdve a DRG-típusú rendszert (diagnosis related groups). (A módszer lényege: a kórházi esetekre jutó ráfordítások alapján és a betegségek kezelési igénye szerint csoportokat képeznek, a csoportokhoz pedig a szükséges ráfordítások alapján pénzüsségeket rendelnek.).

Felülről zárt kasszarendszert építettek be a családorvosi ellátás, a szakellátás és a kórházi ellátás finanszírozására. Az új finanszírozási módszereket fokozatosan vezették be, az utóbbi két ellátás esetében megtartották a régi szabályozási rendszer bizonyos elemeit. Az egészségbiztosításnak a munkaadók és a munkavállalók a bruttó bér megadott százalékát fizetik be járulék formájában. Az Egészségbiztosítási Pénztár kiadásainak mintegy kétharmadát fordítják természetbeni (megelőzés, alap-, járó- és fekvőbeteg és szakellátás), egyharmadát pedig pénzbeli ellátásra (táppénz, rokkantsági és baleseti ellátások az öregségi nyugdíjkorhatár alatt, gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz ártámogatás). Ha a természetbeni egészségügyi ellátások kiadásait egy egységnek tekintjük, akkor a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök ártámogatására körülbelül négy egységet fordítanak.

A részletesebb finanszírozási szabályok a következők:

- Alapellátás (háziiorvosi szolgálat): a finanszírozás két részből áll, fix- és területi díjből, illetve teljesítménydíjből. A fix és a területi díj az önkormányzatok által megküldött lakosságszám alapján kerül megállapításra szolgálatonként. A teljesítménydíj a háziiorvosi szolgálathoz bejelentkezett biztosítottak száma alapján történik. A teljesítménydíj összegét befolyásolja a jogszabályban megállapított korcsoportos szorzó, szakszorzó, degresszió, illetve az egy pontra megállapított forintérték, ami minden hónapban változik.
- Aktív fekvőbeteg-szakellátás:
A teljesítmény szerinti finanszírozása előre meghatározott országos alapidjával történik.
 - Egnapos ellátás: külön rendeletben meghatározott beavatkozások körére vonatkozik, amennyiben a beteget a felvétel napján, de legkésőbb 24 órán belül hazabocsátották.

- Kúraszerű ellátás keretében a fekvőbeteg-ellátási háttérrel igénylő, előre meghatározott időben és számban végzett azon gyógyító eljárások végezhetőek, amelyek egymással összefüggő kezelési sorozatot alkotnak. (például daganatos betegek sugárterápiája, kemoterápiája) Finanszírozás, mint az aktív fekvőbeteg ellátásnál.
- Krónikus fekvőbeteg ellátás: napidíj ápolási napok alapján, különböző ellátási szinteken különböző szorzóval, pl.:
 - Ápolási ellátás: A fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató saját ápolási irányítással működő egysége, amely ápolási szolgáltatást - külön jogszabály alapján - nyújt azok számára, akiknek folyamatos ápolásra van szükségük, de rendszeres orvosi ellátásra már nem szorulnak. Szorzó: 1,0.
 - rehabilitációs ellátás: az orvosi rehabilitáció célja, hogy az egészségi állapotukban károsodottakat és a fogyatékosokat meglévő képességeik (ki)fejlesztésével, illetve pótlásával segítsék abban, hogy önállóságukat minél teljesebb mértékben visszanyerjék... Különböző minősítésű, attól függően 1,2, 1,4, illetve 1,7 szorzó.
 - speciális rehabilitációs ellátás: 3,6 szorzóval
- Nappali kórházi ellátás: a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó szolgáltató esetében az osztályos háttér ágyszáma szerint ellátható betegszám 50 százalékáig.
- Járóbeteg szakellátás: finanszírozása külön jogszabályban meghatározott BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) szerinti beavatkozások körére vonatkozik és változó pont/forint értékkel történik.
 - Gondozás: (nemibeteg gondozás, tudógondozás, ideg(psychiátriai), onkológiai, alkoholológiai és drogbetegek gondozása.), finanszírozása fix díj, illetve teljesítménydíj alapján történik.
- Szanatórium: finanszírozása hasonló a fekvőbeteg ellátáséhoz.
- Otthoni szakápolás, hospice ellátás: finanszírozása teljesített szakápolói vizitenként történik, külön jogszabályban meghatározottak alapján.

A háziorvosi szolgálat finanszírozásának egyik problémája, hogy jelenleg nem ösztönöz definitív ellátásra (a beteg lehetőség szerint ott helyben kapja meg a megfelelő ellátást), illetve minőségi szakmai munkára. Ez utóbbit a finanszírozás mellett színvonalas képzéssel és rugalmasabb munkabeosztással is elő lehetne segíteni, azonban ennek akadálya lehet a háziorvosok túlterheltsége.

A fekvőbeteg finanszírozás egyik problémája az alulfinanszírozottság, másrészt kevés hatásos intézkedés történt az adatmanipulációk ellen, gyenge az adminisztratív ellenőrzési rendszer.

Várható trendek

A várható demográfiai változások és az ellátórendszer jelenlegi korszecifikus ráfordításainak elemzésével megállapítható, hogy az ellátórendszerrel szembeni valós igények szempontjából a népességfogyás igénycsökkentő hatását gyakorlatilag kiegyenlíti az

egészségügyi ellátásszükségletek szempontjából kedvezőtlen korösszetétel (idősebb, betegebb korosztályok növekvő részaránya) felé történő elmozdulás.

Világszerte, minden egészségügyi ellátórendszerben érvényesülő költségnövekedést eredményez az orvostudomány és az egészségügy technikai lehetőségeinek fejlődése. Mindezen hatásokhoz társul a korunkban kibontakozó információs társadalom: az új és magas fejlettségű, drága technikát igénylő gyógyító-eljárások gyorsan terjednek, az embereket az egyre több irányból, újabb és újabb közvetítőkön át érkező információáradat a terápiás lehetőségekkel kapcsolatban is informáltabbá, igényesebbé teszi.

Magyarországot ráadásul a világszerte a legköltségesebb terápiás eljárásokat igénylő betegségek évtizedek óta növekvő előfordulása jellemzi (szív- és érrendszeri, valamint daganatos betegségek).

Az egészségtelen életmód, különösen az alkoholfogyasztás, a dohányzás, valamint környezeti ártalmak rendkívül kedvezőtlen trendjéből következően a lakosság, különösen a férfiak körében a rosszindulatú daganatok, és a mentális betegségek emelkedő gyakoriságával kell számolni.

A nők várható élettartamának emelkedése következtében a fenti krónikus betegségeken túl a demencia és a mozgásszervi megbetegedések számának további növekedése valószínű.

A hazai adatok és a nemzetközi tapasztalatok alapján a fiatalkorúak körében vélhetően tovább emelkedik az egészségkárosító magatartásminták előfordulása.

A WHO adatai szerint a mentális zavarok, elsősorban a kedély- és szorongásos betegségek súlya - az okozott betegségterhekben, a rokkantságot is beleértve - tovább emelkedik a közeljövőben.

Az egészségi állapotban jelenleg tapasztalható egyenlőtlenséget meghatározó szociokulturális tényezők alakulásában döntő áttörés nem valószínű a közeljövőben, az egyenlőtlenségek optimális esetben is csak lassan csökkenthetők.

Ha a morbiditási mutatók javulnának is, a lakosság fokozódó elöregedése várható. Az idősebb korosztályok sajátos egészségproblémái, elsősorban az időskori mentális zavarok, illetve egyéb hosszan tartó betegségek számának növekedése - még a megbetegedési viszonyok kedvező trendje esetén is - olyan kihívásokat jelentenek, amelyek az ellátási rendszer átfogó átalakítása nélkül nem kezelhetők.

Az egészségügyi rendszer fokozatos átalakításának, átstrukturálásának több éve zajló munkálatai e kihívásokra is keresik az EU-s tapasztalatok birtokában az előrejelző válaszokat, megoldásokat.

6. Az egészségügy minőségügyi rendszere

Belső minőségügyi rendszer

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvényben megállapításra kerül, hogy a magyar egészségügyben a rendszerváltozást követően rohamosan megindult a minőségügyi tevékenység különböző dimenziókban és változatos módszerekkel.

A gazdasági területről, főleg külső nyomásra elindult az ISO rendszer kiépítése és tanúsítása néhány intézményben. Az egészségügyi törvény nem követel meg tanúsítást és egyik rendszert sem részesíti előnyben, csupán minőségügyi rendszer kiépítését követeli meg. A minőségügyi rendszer egyes elemei igen elterjedtek. A bizonyítékokon alapuló orvoslás (evidence based medicine) eredményeit már széles körben felhasználják és kutatóközpont is létesült. A tudományos érdeklődés is jelentős, amit több társaság megalakulása és évente több konferencia - több száz résztvevővel - hitelesen bizonyít. Számos helyi kezdeményezésként szakmai protokollokat készítettek. az eljárás-leírások kevésbé népszerűek. A törvényi előírások a minőségügyi rendszer céljának a szolgáltatások megfelelő minőségének megvalósulását, a szolgáltatások minőségének meghatározását, biztosítását, ellenőrzését és folyamatos fejlesztését szolgálják.

A minőségügyi rendszer alkotóelemei a belső és a külső minőségügyi rendszer. A külső minőségügyi rendszer a szakmai felügyeletet gyakorló szervezet minőségbiztosítási, minőségfejlesztési, minőségellenőrzési rendszere.

A törvény a következő minőségügyi feltételeket kívánja meg:

- jogszabályban meghatározott tárgyi és személyi feltételek teljesítése,
- a szakmai szabályok teljes körű érvényesülése,
- tudományos bizonyítékokon alapuló és a tudomány mindenkori állását tükröző szakmai irányelvek,
- módszertani levelekben közzétett szabályok vagy széles körben elfogadott szakirodalomból származó szakmai követelmények,
- a beteg számára hozzáférhető és a lehető legnagyobb állapotjavulást eredményező, a betegjogok érvényesülését lehetővé tevő szakmai elvek, alkalmazása,
- az erőforrások optimális felhasználása, szakmailag és gazdaságilag hatékony módon.

A belső minőségügyi rendszer kialakítása a kórházakban kötelező.

A külső minőségügyi rendszer állami feladat, amely a következőkre terjed ki:

- A törvények meghatározott szolgáltatási kritériumokat írhatnak elő, amit kötelezően teljesíteni kell. Így például a vértranszfúzióval kapcsolatos szakmai szabályok egy része jogszabályként is megjelent.
- Az egyes szolgáltatásokhoz meghatározott engedélyezési rend tartozik.
- Az egyes egészségügyi szakmák tevékenysége felett az állami szakfelügyeleti rendszer gyakorol időszakos ill. rendszeres ellenőrzést.
- Végül ide tartozik a megfelelőség-tanúsítási rendszer is, ahol a különböző minőségügyi rendszereknek megfelelően, magáncégek is szerepet kapnak.

Belső minőségügyi rendszer

Az intézményekben kötelező belső minőségügyi rendszer a következő célokat kell, hogy megvalósítsa:

- a szolgáltatás minőségének folyamatos fejlesztése,
- a szolgáltatás folyamatainak megismerése,
- a szolgáltatás folyamatainak részletes tervezése,
- a lehetséges hibák megelőzésének tervezése,
- a hiányosságok felismerése,
- a hiányosságok megszüntetéséhez szükséges intézkedések megszervezése,
- a hiányosságok okainak feltárása,
- a költségek és károk csökkentése,
- a szakmai követelményeknek való megfelelés,
- a minőségügyi követelményeknek való megfelelés,
- saját követelményrendszer fejlesztése,
- és általában a fenti tevékenységek ellenőrzése.

Külső minőségügyi rendszer

A **külső minőségügyi rendszer** az egészségügyi tevékenységek működésének engedélyezésére épül, és az alábbiakon keresztül valósul meg:

- a szolgáltatásokhoz szükséges követelményrendszer,
- a szolgáltatások szakmai tartalma,
- a szolgáltatások értékelésének szempontjai,
- az alkalmazott eljárások dokumentációs rendszere,
- a különböző adatszolgáltatások, amelyeknek három fő területe:
 - a minőségi követelmények meghatározása,
 - a minőségi követelmények nyilvánosságra hozatala,
 - a minőségi követelmények rendszeres felülvizsgálata.

A működés engedélyezésének rendjébe tartozik a szolgáltatások megfelelőségének felügyelete, és maguk a szolgáltatók, így az egészségügyi szakemberek és intézmények megfelelőségének ellenőrzése. A külső minőségügyi rendszer része a megfelelőség-tanúsítás rendszere is.

A külső minőségügyi rendszernek, a törvényi előírások és az engedélyezési rend mellett a harmadik fontos területe a szakfelügyeleti rendszer, ami a szolgáltatókra és a szolgáltatásokra irányul. Ez a tevékenység az egészségügyi hatóság feladata. A szakmai felügyelet tartalma: az ágazati jogszabályok és a szakmai szabályok érvényesülésének ellenőrzése. A megfelelőség-tanúsítás, a külső minőségügyi rendszer területe és a szolgáltató minőségügyi rendszerének, valamint az ellátások minőségének felülvizsgálata (auditálása) és elismerése, azaz tanúsítása. A szolgáltatók kezdeményezésére történik (tehát a tanúsítás önkéntes), önkéntesen teljesített az ellátás színvonalát emelő és/vagy az ellátás szakmai tartalmát bővítő szolgáltatás minőségének megfelelősége elismerésére.

A tanúsítás erre jogosult szervezet által, jogszabályban meghatározott időtartamra kiadott tanúsító okirat kiadásával történik.

A tanúsítást, annak lejáratát vagy érvénytelenítését a szolgáltató hozza nyilvánosságra. A tanúsítvány időtartama alatt a tanúsító ellenőrizhet, meg nem felelőség esetén a tanúsító okirat érvényteleníthető.

Az egészségügy minőségügyi rendszere kapcsolódik az ország minőségügyi szabályozásához, így az akkreditációhoz is. Az akkreditáció tulajdonképpen nem egyéb, mint a „tanúsítók tanúsítása”. Az akkreditálás annak hivatalos elismerése, hogy valamely szervezet vagy intézmény felkészült bizonyos tevékenységek - (vizsgálat, tanúsítás, ellenőrzés) meghatározott feltételek szerinti végzésére.

Magyarországon akkreditálhatók: kórházak (már számos akkreditált kórház létezik), vizsgáló laboratóriumok, kalibráló laboratóriumok, termék tanúsító szervezetek, minőségügyi rendszert tanúsító szervezetek, személyzet-tanúsító szervezetek, ellenőrző szervezetek, és számos egyéb szervezet, intézmény. Az akkreditálás egyelőre háttérbe szorult a járóbeteg-szakellátás területén.

Az akkreditálás a Nemzeti Akkreditáló Testületnél történik, amely köztestületként működik, és tevékenységének törvényben előírt alapelvei: szakszerűség, nyilvánosság, áttekinthetőség, a közérdek képviselete, függetlenség a különböző érdekcsoportoktól, közigazgatási szervek részvétele, szabványok alkalmazása, az igénybevétel önkéntessége, az üzleti titok védelme és a nemzetközi ill. európai harmonizáció.

Az egészségügyi szolgáltatók ellenőrzését az ÁNTSZ tisztiorvosai ellenőrzik, akik jogosultak az ellenőrzésekre, és felelősek az egészségbiztosító által finanszírozott ellátások színvonalának és hozzáférhetőségének betartásáért. Másik kontrollt jelent a vényírás és a táppénz rendszeres ellenőrzése. A szakmai érdekvédelmi szervezetek, a Magyar Orvosi Kamara és a Gyógyszerész Kamara gondozzák az orvos- illetve gyógyszerész nyilvántartást, az adatvédelmi törvény betartásával. A betegek civil szervezetei jelenleg még nem játszanak jelentős szerepet az egészségügy kontrolljában.

7. Modernizációs törekvések az ezredfordulón

Az előrejelzések szerint a magyarországi népesség, a többi fejlett európai országhoz hasonlóan, fokozatosan elöregszik. Az ún. idős népesség eltartottsági rátája (az öregségi nyugdíjkorhatár feletti népesség aránya a 15-59 éves népességhez viszonyítva) 1960 és 1992 között 22,7-ről 31,3-re nőtt, és 1992 után viszonylag állandónak mutatkozik, majd az előrejelzések szerint 2015-re 35-41 százalékra, 2020-ra 36-45 százalékra növekszik.

Az ezredfordulón az egészségügy középtávú szerkezetátalakításának célja, hogy minél alacsonyabb ellátási szinten valósuljon meg a minőségi befejezett ellátás, s az ellátórendszer szerkezete a morbiditási helyzethez illeszkedjen. A szerkezetátalakítás széles társadalmi bázison képzelhető el, melyben a magánszféra, főleg a privatizáció előrehaladása miatt egyre nagyobb szerephez jut.

Az egészségügy minőségi fejlesztése nem nélkülözheti a megelőzéshez, a gyógyításhoz és a rehabilitációhoz szükséges korszerű orvostechnikai eszközök növekvő mértékű alkalmazását. Ezek használata objektívebbé és gyorsabbá teheti a diagnózist, elősegíti a gyógyítás folyamatát, kiegészítheti a rehabilitációt.

Az orvostechnikai eszközpark korszerűsítése nélkülözhetetlen ahhoz, hogy elsősorban az alap- és járóbeteg-ellátásban, valamint a megelőzéshez szükséges szűrőprogramok során megvalósításra kerüljenek a szakmai minimumkövetelményekben előírt feltételek. Fontos feladat a képzés, a dolgozók betanítása az eszközök helyes kezelésére.

Az egészségpolitika célja, hogy az ellátás az arra megfelelő szakmai minőségi feltételekkel és kompetenciával rendelkező szintek közül ott kerüljön megvalósításra, ahol az a leginkább költség-hatékony módon tehető. E cél elérésében elsődleges szerepet kap a járóbeteg-szakellátás, mint a fekvőbeteg-ellátás közvetlen „kapuőre”. A szerkezet-átalakítási folyamat eredményeképpen, a jelenleginél ütőképesebb járóbeteg-szakellátó hálózat fog létrejönni, amely alkalmas a betegek jelenleginél lényegesen nagyobb hányada esetében a definitív (végleges) ellátására.

A fekvőbeteg-ellátó intézmények részére, meghatározott feltételek mellett sor kerül a fekvőbeteg-ellátó kapacitások kiváltására létrehozandó ambuláns ellátási formák kialakítására. Várhatóan a lakosság magasabb színvonalú ellátáshoz jut, emelkedik a járóbeteg-szakellátás területén elvégezhető tevékenységek száma, és erősödik a járóbeteg-szakellátás „kapuőr” szerepe, s várhatóan javulnak a morbiditási és mortalitási viszonyok is.

A fekvőbeteg-ellátórendszer mai összetétele az egészségügy fejlesztésének további konkrét irányaitól és prioritásaitól függetlenül változtatásra szorul a költséghatékonyabb, a szükségleteknek jobban megfelelő működés érdekében. A kapacitások volumenének további növekedése feltétlenül elkerülendő (sőt, annak csökkentése várható).

A kórházi kapacitások és ellátások szükségletekhez igazításának tervezett lépései:

- krónikus ellátási (rehabilitációs, ápolási) kapacitások kialakítása akut férőhelyek terhére,
- egynapos ellátások fejlesztése,

- napszaki ellátások fejlesztése (nappali kórházi kapacitások létrehozása elsősorban jelenlegi hagyományos kórházi struktúrában működő ágyak terhére; Pszichiátriai „félúti” ellátások: nappali ellátás, éjszakai szanatórium hálózatának megteremtése.),
- krónikus ellátási intézmények minőségi feltételeinek javítása (intézmények felújítása, tágasabb betegszobák kialakítása, az eszközellátottság javítása.),
- a minőségbiztosítás feltételeinek fejlesztése (auditorok, képzés).

A tervezett szerkezetátalakítás egyik célja, hogy a sürgős betegek 85 %-a a program végére átlagosan és országosan 15 percen belül szaksegélyhez jussanak.

A társadalmi méltányosság és a gyógyítás hatékonyságának javítására a szerkezetátalakítás fontos eleme az alap- és járóbeteg-szakellátás területi kiegyenlítésének programja.

Az egészségügyi információs rendszer átalakításának célja a betegközpontú ellátás, ahol egyre nagyobb mértékben a szolgáltatók találják meg a betegeket és/vagy sok, az időben és térben távoli szolgáltató kerülhet virtuális kapcsolatba a beteggel annak érdekében, hogy a gyors, időbeni szolgáltatással növeljék a gyógyulás esélyeit.

A megvalósítás hét regionális tudásközpont létrehozását igényli. Ki kell építeni a közösségi kommunikációs végpontokat legalább a sürgősségi betegellátási pontok számára (mentők, ügyelet, fekvő ellátási egység). A hátrányos helyzetű, cél populáció tagjai részére kommunikációs lehetőséget kell adni a szolgáltatók eléréséhez.

Az ápolás fejlesztése fontos szerkezetátalakítási elem. Indokolt az otthoni szakápolást szolgáltatók számának kb. 50%-kal történő növelése. Az egészségügyi ellátórendszer szerkezeti átalakításához való hozzájárulásként szükséges az ápolást szolgáló egységek számának bővítése, az otthoni körülmények között történő szakszerű ápolás technikai feltételrendszerének és a szolgáltatást nyújtók számának szélesítése. A program megvalósításának elemei:

A vérellátó rendszer strukturális átalakításának programjának célja a vérkészlettel való hatékony és biztonságos gazdálkodás biztosítása. A megvalósítás elemei:

Az elmúlt időszakban megtörtént a gyógyszerárak, házi és gyermekorvosi szolgálatok privatizációja. A magánklinikák, ápolást végző magán- és társas vállalkozások mellett, a járóbeteg szakellátó hálózatra is kiterjedő privatizáció miatt, a magán szakorvosok száma jelentős mértékben növekedni fog. Ez a növekedési ütem a házi orvosok és házi gyermekorvosok magánorvossá válásának trendjét követi, a járóbeteg szakorvosi állások 90%-ában magán-orvosi praxisok alakulnak ki.

Az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságát növeli, részben az eszközökkel való ésszerű gazdálkodás elősegítésén keresztül a szolgáltatások magánkézbe adása. Az orvosokat olyan helyzetbe kell hozni, hogy biztosított legyen az önállóvá válás feltétele, és képesek legyenek a versenyhelyezethez alkalmazkodni. Az egészségügyi ellátás privatizációs folyamatának előrehaladásával egyre inkább előtérbe kerül a kis és középvállalkozások szerepvállalása az egészségügyi ellátó hálózat működtetése és fejlesztése területén.

Jelenleg az összes dolgozó orvos 25%-a, a házi orvosok 81%-a, házi gyermekorvosok 87%-a, egyéb dolgozó orvosok 11%-a egészségügyi vállalkozásban dolgozó, vagy magánorvos.

A magyar egészségügy szerkezetátalakítását célzó tervezett intézkedések - melyek a kórházi szakellátás helyett a járó-beteg szakellátás erősödésének irányába kívánnak hatni - a szakorvosokat a járó-beteg ellátásban való munkavállalásra készítetik. A fekvőbeteg ellátásban dolgozó orvosok számára is megnyílik a választás lehetősége, és a jelenleg fekvőbeteg gyógyintézetekben foglalkoztatott orvosok közül várhatóan sokan választják majd tevékenységük magánpraxisban való folytatását. Ezzel egyidejűleg várható, hogy a szakorvosok és szakalkalmazottak többsége társas magánvállalkozások, magánklinikák alkalmazottja lesz.

**Foglalkoztatási és Szociális Hivatal
Nemzeti Pályainformációs Központ
National Employment and Social Office
Euroguidance Hungary**

1089 Budapest, Kálvária tér 7

Levelezési cím/Mailing address: 6721 Szeged, Bocskai u.10-12

Tel: + 36 (62) 555 580 Fax: +36 (62) 555 581

Web: www.npk.hu E-mail: info@npk.hu

Az Európai Bizottság támogatást nyújtott ennek a projektnek a költségeihez.
Ez a kiadvány a szerző nézeteit tükrözi, és az Európai Bizottság nem tehető felelőssé az abban
foglaltak bármilyen felhasználásáért.

This brochure has been made with the support of the European Commission.
This publication reflects the views only of the author, and the Commission can not be held
responsible for any use which may be made of the information contained therein.

Kiadja/ Published by:

**Foglalkoztatási és Szociális Hivatal
Nemzeti Pályainformációs Központ
National Employment and Social Office
Euroguidance Hungary**

Felelős kiadó/ Publisher in charge: Pirisi Károly

Kézirat lezárva / Manuscript closed: 2009. 12.