

EGÉSZSÉGÜGYI JOG ÉS IGAZGATÁS



ASBÓTH MÁRTON – FAZEKAS MARIANNA – KONCZ JÓZSEF



ELTE EÖTVÖSKIADÓ
EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM



Egészségügyi jog és igazgatás

ELTE Jogi Kari Jegyzetek 28.
Sorozatszerkesztő: VARGA ISTVÁN

**Asbóth Márton – Fazekas Marianna
– Koncz József**

Egészségügyi jog és igazgatás

Budapest, 2020



A kötet szerzői:

Asbóth Márton (III. és V. fejezet – Fazekas Mariannával közös)

Fazekas Marianna (I., II., III. és V. fejezet – Asbóth Mártonnal közös; IV., VI., VII. fejezet)

Koncz József (VIII. fejezet)

Első kiadás

Szerkesztette: Fazekas Marianna

A kézirat lezárva: 2020. február 15.

© szerzők, 2020

© szerkesztő, 2020

ISBN 978 963 312 320 1

ISSN 2060 5986



**E Ö T V Ö S
K I A D Ó**

www.eotvoskiado.hu

Felelős kiadó: Hunyady András ügyvezető igazgató

Felelős szerkesztő: Brunner Ákos

Szakszerkesztők: Bérci Ildikó, Borsos-Szabó Ágnes

Tördelőszerkesztő: SzépKönyvek

Borítógrafika: Tancos László

Borítótervező: Csele Kmotrik Ildikó



Tartalom

Fontosabb rövidítések jegyzéke	7
I. Az egészségügyi közigazgatás kialakulása. Az állami feladatok változása az egészségügyben	9
1. A gyógyítás és az egészségügy kezdetei	9
2. Az egészségügyi közigazgatás kialakulása Magyarországon.....	11
3. A polgári magyar egészségügy a dualizmus időszakában	12
4. Az egészségügy a két világháború között.....	14
5. A szocialista egészségügy	17
6. Változások 1990 után	19
II. Az egészségügy jogi szabályozása	21
1. A magyar szabályozás	21
a) Az alkotmányos szabályozás	21
b) Az egészségügy viszonyait szabályozó törvények.....	22
c) Egyéb jogforrási szintek.....	23
2. Nemzetközi szabályozás	24
a) Egyetemes egyezmények	24
b) Európai egyezmények	25
c) Kétoldalú egyezmények	26
3. Az Európai Unió szabályozása	26
III. Az egészségügyi ágazati közigazgatás szervezete. Közigazgatási tevékenységfajták az egészségügyi igazgatásban.....	29
1. Közigazgatási szervek	29
2. Az ágazati igazgatásban közreműködő egyéb szervek	32
3. Szervezeti változások, a közigazgatási feladatok és tevékenységek átrendeződése	33
IV. A közösségi egészségügy	35
1. Fogalmak.....	35
2. Népegészségügyi feladatok.....	36
3. Járványügy	37
4. Nemzetközi szabályozás.....	39
5. Európai uniós feladatok és hatáskörök	40
V. A gyógyító-megelőző ellátás I. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony	43
1. Az egészségügyi szolgáltatás fogalma, az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság.....	43

2. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony	44
3. A betegjogok érvényesítésének rendszere.....	48
VI. A gyógyító-megelőző ellátás II. Az egészségügyi ellátórendszer	51
1. Az egészségügyi ellátórendszer szakmai tagolódása. A progresszivitás elve	51
2. Az egészségügyi szolgáltatók tulajdoni és működési formái	52
VII. A gyógyító-megelőző ellátás III. Az egészségbiztosítás.....	57
1. A biztosítottak és egyes ellátásokra jogosultak	57
2. Az ellátások: a „szolgáltatási csomag”	60
3. Az egészségbiztosításba „befogadott” szolgáltatók.....	62
4. A biztosító.....	63
5. Az egészségügyi ellátások fedezete. Finanszírozási technikák.....	64
a) Az ellátások fedezete: köz- vagy magánfinanszírozás.....	64
b) Finanszírozási technikák	66
VIII. Gyógyszerügyi igazgatás.....	67
1. Az állami beavatkozás szerepe és szükségessége a lakossági gyógyszerellátásban	67
2. Szabályozási szintek a gyógyszerügyben	68
a) A magyar szabályozás	68
b) Az uniós szabályozás szerepe	69
c) Önszabályozás.....	70
3. A gyógyszerügyi igazgatás szervezetrendszere.....	72
a) Az Országgyűlés	72
b) A Kormány	72
c) Az egészségügyért felelős miniszter	73
d) Központi hivatalok	74
e) A gyógyszerügyben érintett nem állami szervek.....	76
4. A gyógyszerellátás főbb területei	77
a) Gyógyszerkutatások támogatása.....	77
b) Gyógyszergyártás engedélyezése.....	78
c) A gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyezése.....	79
d) Gyógyszer-nagykereskedelem engedélyezése	80
e) A gyógyszer-kiskereskedelem – a gyógyszertárak – engedélyezése	81
5. Gyógyszerbiztonság.....	83
a) Gyógyszers mellékhatások	84
b) Hamisított, minőségi hibás, alaki hibás gyógyszer	84
6. Gyógyszerek egészségbiztosítási támogatása.....	85
7. A gyógyszerellátással összefüggő állami, közhatalmi eszközök.....	87
8. Gyógyászati segédeszköz ellátás	88
Irodalom.....	89
Ábrák, táblázatok jegyzéke.....	91

Fontosabb rövidítések jegyzéke

AB	Alkotmánybíróság
ÁEEK	Állami Egészségügyi Ellátó Központ
ÁNTSZ	Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat
Btk.	a Büntető Törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény
E-Alap	Egészségbiztosítási Alap
Ebtv.	a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény
EMMI	Emberi Erőforrások Minisztériuma
ETT	Egészségügyi Tudományos Tanács
EUMSZ	az Európai Unió Működéséről szóló Szerződés
Eütv.	az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény
GYEMSZI	Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet
Gyftv.	a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegéd-eszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény
Gyógyszer-törvény	az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény
IJSZ	az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról szóló 381/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet
ILO	<i>International Labour Organization</i> , Nemzetközi Munkaügyi Szervezet
ISZT	Egészségügyi Területen Működő Igazságügyi Szakértői Testület
Kójlál	közegészségügyi-járványügyi állomás
MÁK	Magyar Államkincstár
Mötv.	Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
NER	Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályok
NNK	Nemzeti Népegészségügyi Központ
OEP	Országos Egészségbiztosítási Pénztár
OGYÉI	gyógyszerügyi hatóság / Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet
OMSZ	Országos Mentőszolgálat
OTI	Országos Társadalombiztosító Intézet

OVSZ	Országos Vérellátó Szolgálat
Ötv.	a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény
Panasztörvény	a panaszokról és a közérdekű bejelentésekről szóló 2013. évi CLXV. törvény
PM	Pénzügyminisztérium
SZOT	Szakszervezetek Országos Tanácsa
SZTK	Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ
új Tbj.	a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény
WHO	<i>World Health Organization</i> , az ENSZ Egészségügyi Világszervezete

I. Az egészségügyi közigazgatás kialakulása.

Az állami feladatok változása az egészségügyben

1. A gyógyítás és az egészségügy kezdetei.....	9
2. Az egészségügyi közigazgatás kialakulása Magyarországon.....	11
3. A polgári magyar egészségügy a dualizmus időszakában.....	12
4. Az egészségügy a két világháború között.....	14
5. A szocialista egészségügy.....	17
6. Változások 1990 után.....	19

1. A gyógyítás és az egészségügy kezdetei

Az egészségügy állami feladatai az egészségügyi közigazgatás kialakulásától kezdődően **két nagy csoportba** sorolhatók. Az egyik a közösség védelme a közegészségügyi kockázatokkal, járványokkal szemben, a másik a betegségek gyógyításával összefüggő állami feladatok. Az első feladatsoport évezredes múltra tekint vissza, míg a gyógyítás megszervezése csak a 19. század utolsó harmadától – a szociális jogok megjelenésével és az egészséghez való jog elismerésével – vált állami feladattá. Az egész társadalomra kiterjedő egészségügyi közigazgatást a modern értelemben vett közigazgatás egyik szakterületként – hasonlóan a közigazgatás más szakágaihoz – Európában a felvilágosult abszolutizmus teremtette meg.

A gyógyítás, sőt a **közegészségügy és a járványok elleni védekezés** története évezredekkel korábban kezdődött. A gyógyítás történetének első nagy korszakaként a **görög orvoslást** és orvostudományt szokás megemlíteni, mert ekkor vált el az orvoslás a sámánok, papok varázslataitól, a vallási kultuszoktól, és ekkor kíséreltek meg először tudományos magyarázatot találni a betegségek okaira és a gyógyításukra. A görög orvoslás és az „orvostudomány atyjaként” számon tartott **Hippokratész** a Kr. e. 5. században testnedvek egyensúlyaként írta le az egészséget (*eukrázia*), a betegség pedig ennek az egyensúlynak a megbomlása (*diszkrázia*). Hippokratész nevéhez fűződik az orvosi etika megalapozása is, ennek legismertebb ténye, hogy az orvosi eskü szövege ma is a hippokratészi esküre épül.¹ A görög orvostudomány tapasztalatait Galénosz foglalta össze a Kr. u. 2. században.² Rómában a mágikus,

¹ HAJDI György: A modern orvostudomány előzményei. A görög-római antikvitás és az arab középkor orvoslásának legjelesebb képviselői. http://www.infektologia.hu/upload/infektologia/document/hajdi_modern_orvostud_elozmenyei_2resz.pdf (letöltve: 2020.02.15.). 1–4. o.

² Uo. 6. o.

népi gyógyítástól elkülönülő orvoslást szinte kizárólag görög rabszolgaorvosok művelték a Kr. e. 2. századtól, a Földközi-tenger keleti medencéjének római meghódítása után. A Római Birodalom nagy hódításainak idején azonban már fejlett egészségügyről beszélhetünk: az orvosok collegiumokba, orvoscéhekbe szerveződtek, a városokban rendelők működtek (*taberna medicinae*), és a 3. század első felétől orvosképzés is volt. A 4. században megszervezték a városegészségügyi hálózatot (*archiateratus*), és légiók orvosi szolgálatát képzett katonaeorvosok látták el az azonos elvek szerint kiépített tábori ellátóhelyeken (*valetudinariumok*).³

A Nyugat-Római Birodalom bukása után az európai orvoslást az **arab közvetítéssel** továbbvitt görög orvostudomány határozta meg, természetesen a népi gyógymódok, a kuruzslás, a vajákosság széles körű alkalmazása mellett. A közvetítés legnagyobb alakja Szt. István kortársa, **Avicenna** (*Abu Ali el-Husszein Ben Abdullah Ibn Szína*) volt, aki *Az orvostudomány kánonja* című hatalmas művében összefoglalta a görög és a muszlim orvoslás korabeli tapasztalatait. Ez jelentette az európai orvosképzés elméleti alapját is a 12. századtól alapított egyetemeken.⁴

A középkor történetének meghatározó tényezői voltak a **járványok**. A 14. századi pestisjárvány Európa népességének 30%-át, 30 millió embert pusztított el, a halálozási arány a városokban a lakosság kétharmadát is kitette. A járványok elleni védekezés – közegészségügyi rendszabályok és intézkedések formájában – elsősorban a városokban jelent meg. A korabeli orvosi felfogások, melyek a járványokat már nem isteni büntetésnek tartották, kétféle módon magyarázták ezek megjelenését. Az egyik, a „kontagionizmus” szerint a járványos megbetegedések érintkezéssel terjednek, a másik elmélet, a „miazmatizmus” a rothadó anyagok kipárolgásában látta az okot. Ugyanakkor mindkét elmélet elősegítette a járványügyi intézkedések kifejlesztését és elterjedését. Az érintkezés megakadályozását célozta a **vesztegár** és a **karantén**, amit először az itáliai tengeri kereskedővárosok (például Velence) alkalmaztak, a rothadó anyagok kipárolgását pedig a temetkezéssel, az utcák tisztításával, az egészséges táplálkozással próbálták meg csökkenteni. A járványok terjedésének a városi hatóságok, uradalmak sokszor drákói szigorral (például a betegek elevenen való befalazásával) kísérelték meg útját állni.⁵

A kora középkorban az intézményes gyógyítás szinte kizárólag a **szereztesrendek ápodáiban, ispotályaiban** folyt. A kiépülő városokban a 14–15. századtól hoztak létre városi ispotályokat.⁶ A gyógyításban szigorúan elhatárolták az orvosi tevékenységet és a sebészetet. Ez utóbbit borbélyok, kirurgusok vásárokon, piacokon üzték, ezért csaknem a 19. századig lenézett, megvetett ténykedés volt. Míg az

³ Uo. 5. o.

⁴ Uo. 10. o.

⁵ HORÁNYI Ildikó – MAGYAR László András: *Démoni ragály: a pestis*. Budapest, 2007. 5–7. o.

⁶ A magyar városi kórházak létesítéséről lásd GORTVAY György: *Az újkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története*. I. kötet. Budapest, 1953. 123. o.

orvosokat egyetemeken képezték, a sebészetet a 16. századtól megalakuló borbélycéheken belül vagy katonai felcseriskolában oktatták.⁷ A falusi közösségekben a bábák, a gyógyfű- és gyógyolajjárosok, a kuruzslók, ráolvasók, vajakosok művelték a **népi gyógyászatot**.

A 17. századtól kialakuló **abszolút monarchiák** részben a közegészségügyi és járványügyi rendszabályok előírásával és a központi hatalom kezeivel végrehajtott érvényesítésével, részben az egészségügyi személyzetre vonatkozó képesítési és működési szabályok megalkotásával, helyenként a képzés királyi fennhatóság alá vonásával kezdték meg az állami egészségügy megteremtését.

2. Az egészségügyi közigazgatás kialakulása Magyarországon

Magyarországon a török kiűzése után óriási lakatlan területek maradtak az országban, a szabályozatlan folyók miatt a megművelhető földterület nagy részén ártér, mocsár terült el, a megmaradt lakosság egészségi állapota és a közegészségügy helyzete katasztrofális volt. A török uralom előtt létrehozott ispotályokból egy sem maradt, a 18. század elején mindössze 47 orvosdoktor működött, és csekély volt a céhbe tartozó borbélyok száma is. Gyógyítással jobbra vándorborbélyok, bábák, füvesemberek, kenőasszonyok foglalkoztak, és nem volt magyarországi orvoscépzés sem.

A Habsburg birodalom fokozatos berendezkedésével az egészségügyi feladatok központi főhatósága is az 1723-ban létrehozott Helytartótanács lett.

Az első „egészségügyi törvény” megalkotására **1770-ben** került sor, amikor **Mária Terézia** kiadta a *Generale Normativum in Re Sanitatis* királyi rendeletet. A meglehetősen hosszú, két részből és összesen nyolc fejezetből álló rendelet alapvetően rendészeti jellegű. Az egészségügyi hatóságokat, ezek hatáskörét, eljárását tartalmazó bevezető rendelkezések után az I. részben foglalkozási feltételeket és szabályokat írt elő az egészségügyi tevékenységet végző orvosokra, sebészekre és bábákra, a második rész pedig a járványügyi igazgatást tárgyalja (határőrizet, vesztegintézetek működése, fertőtlenítés, vesztegintézeti tisztítás stb.).⁸ Mária Terézia nevéhez fűződik a **magyar orvoscépzés** megteremtése is.⁹

⁷ Uo. 47–50. o.

⁸ A „Generale Normativum in Re Sanitatis” teljes magyar nyelvű szövegét és részletes elemzését lásd BALÁZS Péter: „Generale Normativum in Re Sanitatis” 1770. Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete. Piliscsaba–Budapest, 2004.

⁹ GORTVAY: *Az újkabkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története*. 7. o.; SZÖGI László: *Az Eötvös Loránd Tudományegyetem története 1635–2002*. Budapest, 2003. 51–68. o.

A **reformkor** legfontosabb eredményei közé tartozott az egészségügy területén az **orvosi társaságok** megalakulása,¹⁰ valamint a **magyar orvosi nyelv** megteremtése, illetve a magyar nyelv kötelezővé tétele az egészségügyi közigazgatásban is (1830. évi VIII. tc.). A 19. század első felében kezdődik meg az ispotályokat felváltó **városi polgári kórházak** létesítése.¹¹

3. A polgári magyar egészségügy a dualizmus időszakában

A kiegyezés után a közegészségügyi feladatokat a Belügyminisztérium vette át. A polgári egészségügyi közigazgatás kiépítése **1868-ban** azzal kezdődött meg, hogy a miniszter mellett létrehozták az **Országos Közegészségi Tanácsot**, általános közegészségügyi tanácsadó testületként, melyben az orvostudományi ágak képviselői és az egészségügyben érdekelt minisztériumok delegáltjai kaptak helyet.¹²

A közegészségügy törvényi szintű rendezésére 1876-ben került sor, az **1876. évi XIV. törvénycikkben**. A törvény a korabeli egészségügyi viszonyok teljes körű kodifikálására törekedett. Két részben és ezeken belül 16, illetőleg 3 fejezetben szabályozta az egészségügy működési területeit, valamint *Közegészségügyi szolgálat* címmel az egészségügy megszervezéséért és működéséért felelős közigazgatási szervek feladatait és hatáskörét.

A törvény az állam szerepét továbbra is **alapvetően rendészetinek** tekintette, egyértelműen ezt a személetet tükrözik a közegészségügyi, a járványügyi előírások, az orvosokról, a szülélnőkről szóló fejezetek, a temetkezés, a gyógyszerészet és a gyógyfürdőügy szabályozása. Ugyanakkor megjelennek benne – mai terminológiával – népegészségügyi tárgyörök, például a gyermekekről és az iskolai egészségnevelésről szóló fejezet, az általános segítségnyújtási kötelezettség kimondása.

A közegészségügy és járványügy hatósági feladatait és az egészségügyi szakfelügyeletet a **törvényhatóságok által alkalmazott megyei tisztifőorvosok és a járási orvosok** látták el, jóllehet a hatósági jogköröket nem ők, hanem a járásokban a szolgabíró, a vármegyében az alispán, a városban a polgármester gyakorolták.¹³

¹⁰ 1837: Budapesti Kir. Orvosegyesület, 1840-től Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűlései és a vidéki egyesületek. In PÁLVÖLGYI Balázs: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867–1914*. Budapest, 2011. 16. o.

¹¹ A 18–19. századi magyar kórházügy történetéről lásd GORTVAY: *Az újkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története*. 7. o.

¹² PÁLVÖLGYI: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867–1914*. 12. o.

¹³ 1876. évi XVI. tc. 153–158. §. Az egészségügyi közigazgatás részletes bemutatása: PÁLVÖLGYI: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867–1914*. 12. o.

Az **egészségügyi ellátórendszer** működtetését és főként finanszírozását tekintve sem beszélhetünk még jóléti állami funkcióról. Az orvosi ellátás biztosítására minden városnak és 6000 lelkesnél nagyobb községnek orvost, a kisebb községeknek pedig – több településre kiterjedő orvosi körzettel – körorvost kellett alkalmaznia, aki a vagyonosokat díjazás ellenében, a szegényeket pedig ingyen volt köteles ellátni. Az 1500 főnél nagyobb településeken szülésznőt is kellett foglalkoztatni.¹⁴ A kórházak nagyon változatos tulajdoni viszonyok alapján működtek, voltak állami, önkormányzati, egyesületi, alapítványi, egyházi és magánintézmények. Ugyanakkor már 1855-től megkülönböztették a közkórházakat és a magánkórházakat, azon az alapon, hogy a közkórházak minden beteget kötelesek voltak ellátni, tulajdoni és működési formájuktól függetlenül.¹⁵

A finanszírozást tekintve az egészségügyi ellátás alapvetően **az orvos és beteg magánjogi jogviszonyára** épült, ahol az ellátás díja szabad alku tárgya volt, még a korábban érvényesülő kötött honoráriumrendszert is megszüntették. A gyógyítás költségeit csak a szegénységi bizonyítvánnyal rendelkezők helyett – a szegényügyi igazgatás részeként – viselték az önkormányzatok.

A dualizmus időszakában az állami egészségügyi feladatok folyamatos bővülését figyelhetjük meg. Ez megmutatkozik a rendeletalkotásnál és a költségvetési törvényeknél az egészségügyi igazgatási feladatok és kiadások ugrásszerű bővülésében.¹⁶ Az új állami feladatok – például a trachoma vagy a tbc elleni küzdelem – új közigazgatási tevékenységeket is életre hívtak: például közegészségügyi feladatokat kiszolgáló vizsgáló intézeteket létesítettek (ilyen volt a Központi Bacteriológiai és Egészségtani Intézet).¹⁷ Ugyanakkor **a jóléti állami funkció és újraelosztás hiányát** jelzi, hogy számos, később államivá váló egészségügyi feladat először karitatív egyesületi formában szerveződött meg. Az állam vagy az önkormányzatok ezeket az egyesületeket karolták fel és támogatták.¹⁸

Az egészségügyet érintő szociális újraelosztó funkció a századfordulón jelent meg az **államilag szervezett kötelező betegbiztosítás 1891.** évi bevezetésével és ennek nyomán a betegápolási költségviselés újrendezésével.¹⁹

¹⁴ 1876. évi XIV. tc. 142–145. §, illetve 146–148. §.

¹⁵ PÁLVÖLGYI: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867–1914.* 12. o.

¹⁶ „Míg például 1870-ben három költségvetési tételt lehet az egészségügyi kiadások közé sorolni, a következő évben már hatot, a korszak végén, az 1914–1915-ös költségvetési törvény pedig már 36 egészségüggyel kapcsolatos tételt tartalmaz.” Lásd uo. 13. o.

¹⁷ Uo. 19–20. o.

¹⁸ A korszak „self-help” egészségpolitikájáról lásd még Kovács M. Mária: *Liberalizmus, radikalizmus, antiszemitaizmus. A magyar orvosi, ügyvédi és mérnöki kar politikája 1867 és 1945 között.* Budapest, 2001. 31–34. o.

¹⁹ 1891. évi XIV. tc. az ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről és az 1898. évi XXI. tc. a nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről.

A magyar betegbiztosítás a **bismarcki modellt** követte. A munkavállalók és a munkáltatók járulékbefizetéseire alapozott kötelező biztosítást az iparban foglalkoztatottakra írták elő. A biztosítottak betegsegélyező pénztárak tagjaivá váltak, és a pénztárak által alkalmazott orvosoknál vehették igénybe a járóbeteg-szakorvosi ellátást, valamint a kórházi ápolás költségét is a pénztár viselte. 1900-ban szabályozták a mezőgazdasági munkásokra vonatkozóan a betegsegélyezést, ez azonban nem volt kötelező, és a pénztárorvosi szolgáltatásokat is községi orvosok, körorvosok nyújtották.²⁰

A betegápolás költségeinek viseléséről szóló **1898. évi új törvény** az egészségügyi ellátás költségeit megosztotta az államkincstár (járványos betegségek gyógyítása), a betegsegélyező pénztárak (biztosítottak egészségügyi ellátása) és a betegek, illetőleg az országos betegápolási alap között. Azoknak a kórházi ellátását, akik nem voltak biztosítottak, és saját maguk vagy hozzátartozóik sem tudták kifizetni a gyógykezelésüket, ez az országos alap fedezte. Az alap működéséért a belügyminiszter felelt, forrása pedig az országos betegápolási pótadó volt. A nem biztosított szegények kórházon kívüli ellátásának költségeit továbbra is az illetőség szerinti községnek kellett vállalnia.²¹

A 19. század második felében kezdődik meg **az egészségügy nemzetközi szabályozása** és a nemzetközi szervezetek létrehozása is. Első volt ezek közül a solferinói csata (1859) után Henry Dunant kezdeményezésére 1862-től kibontakozó humanitárius mozgalom, a **Nemzetközi Vöröskereszt**.

4. Az egészségügy a két világháború között²²

A két világháború közötti korszakban az állam egészségügyi feladatai koncepcionálisan nem változtak, annak ellenére sem, hogy 1918 és 1932 között az egészségügynek önálló minisztériuma is volt (Népjóléti és Munkaügyi Minisztérium).²³ Lényegesen **bővültek** viszont **az állam közegészségügyi feladatai**.

A közegészségügy területén a járványok elleni védekezés mellé felzárkózik az egyes **népbetegségek** (gümőkór, nemi betegségek, alkoholizmus) **elleni küzdelem**. Államilag támogatott szövetséggént kezdte meg a működését az anya- és

²⁰ 1900. évi XVI. tc. a gazdasági munkás- és cselédségélypénztárról.

²¹ 1898. évi XXI. tc. 1–3. §, 8. § és a végrehajtási BM rendeletek, lásd PÁLVÖLGYI: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867–1914*. 12. o.

²² Az egészségügyi szabályozás teljes körű feldolgozását lásd ArzÉL Elemér: *A magyar egészségügyi közigazgatás kézikönyve*. I–III. kötet. Budapest, 1937.

²³ 1932-ben ismét a belügyminiszter kapta meg az egészségügy központi igazgatását.

csecsemővédelemben a védőnői hálózatot fokozatosan kiépítő Országos Stefánia Szövetség.²⁴ 1921-ben pedig törvényt fogadtak el a testnevelésről.²⁵

A közegészségügy állami szervezetének fejlesztésében döntő lépés volt az **Országos Közegészségügyi Intézet** mint „központi végrehajtó intézmény”²⁶ létrehozása, mely 1927-ben kezdte meg működését. Az Országos Közegészségügyi Intézet a közegészségügy központi szakmai irányító szerve lett a minisztérium irányítása alatt, ami egyúttal azt is jelentette, hogy megkezdődött a közegészségügyi és járványügyi közigazgatás, és a gyógyítást végző egészségügyi intézményrendszer szervezeti szétválása is. Ez a folyamat 1936-ban teljesedett ki, amikor a törvényhatóságok tisztifőorvosait és tisztiorvosait állami köztisztviselővé minősítették. Hierarchikusan a miniszter, szakmailag pedig az Országos Közegészségügyi Intézet irányítása alá rendelték őket.²⁷

Az Országos Közegészségügyi Intézet feladatkörébe tartozott a **járványügyi megelőzés és védekezés**. Ennek érdekében kiépítették a járványügy országos diagnosztikai laboratóriumi hálózatát, bevezették a járványügyi jelentőszolgálatot, az Intézet állította elő a védőoltásokhoz szükséges oltóanyagok jó részét. Az Intézet valósította meg a gyógyszerek törzskönyvezését és ellenőrzését, valamint átvette a területi védőnői rendszert, és létrehozta az ún. **Zöldkereszt-hálózatot**, szakmai szempontból irányította a hatósági (tisztiorvosok munkáját, és szervezte képzésüket, továbbképzésüket.²⁸

Az orvosi szakmát érintő alapvető változás volt **1936-ban az orvosi rendtartás** kiadása, és az orvosok kötelező tagságon alapuló szakmai kamarába szervezése.²⁹ A szakmai kamara a harmincas évek végétől azonban a zsidótörvények érvényesítésének és az orvoskar faji alapon történő szelektálásának az eszközévé vált.³⁰

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

²⁴ SZÁLLÁSI Árpád: Az Országos Stefánia Szövetség és id. Szénágy József (1886–1951). *Orvosi Hetilap*, (2008) 26., 1241–1243. o.

²⁵ 1921. évi LIII. tc., melynek nem vitatható a népegészségügyi szándéka, de alapvető célja mégis a Trianoni békeszerződésben erősen korlátozott katonai potenciál és utánpótlás-nevelés biztosítása volt.

²⁶ BEZERÉDYNÉ HERTELENDY Magdolna – HENCZ Aurél – ZALÁNYI Sámuel: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. Budapest, 1967. 219. o.; az Országos Közegészségügyi Intézet felállításáról az 1925. évi XXXI. tc. rendelkezett.

²⁷ A hatósági orvosi szolgálatról és a közegészségügyi törvények egyéb rendelkezéseinek módosításáról szóló 1936. évi IX. tc.

²⁸ BEZERÉDYNÉ-HENCZ-ZALÁNYI: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. 30. o.

²⁹ Az orvosi rendtartásról szóló 1936. évi I. tc.

³⁰ Az első zsidótörvényt is egy orvos, Csilléry András, az antiszemita Magyar Orvosok Nemzeti Egyesületének vezéralakja nyújtotta be a parlamentnek, lásd KOVÁCS: *Liberalizmus, radikalizmus, antiszemitizmus*. 20. o.

A betegségi és baleseti kötelező biztosítást újrászabályozó **1927. évi XXI. tc.** továbbra sem terjesztette ki a kötelező biztosítást a mezőgazdaságra, de egységesítette a járulékfizetést és az ellátásokat. Az igazi változás persze a kötelező nyugdíj-biztosítás bevezetése volt 1928-ban.³¹

A magyar társadalom gazdasági szerkezetéből és társadalmi struktúrájából következően a kötelező betegségi biztosítás ebben az időszakban sem terjedt túl a lakosság 10%-án.³² A magyar betegbiztosítási rendszer lényeges sajátossága volt, hogy a biztosítottak egészségügyi szakellátását jórészt a **biztosító egészségügyi intézményei** végezték. A biztosító egyszerre volt tehát finanszírozó és szolgáltatásszervező.³³

A kötelező társadalombiztosítás magyarországi kialakítása ugyanakkor része volt egy másik tendenciának, ami az egészségügyi és szociális szabályozás egyes tárgyköreinek **nemzetközi jogi szintre emelkedéseként** jellemezhető. Ebben fontos szerepet játszott az I. világháborút lezáró békeszerződési rendszer részeként létrehozott Népszövetség és különösen ennek a munkaügyi és szociális – ezen belül társadalombiztosítási – szabályozással foglalkozó szervezete, a **Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO)**. Az ILO szabályozó tevékenysége – a közegészségügyet tekintve – a munkavédelem nemzetközi normáinak megalkotásában kiemelkedő, de az ILO meghatározó szerepet játszott a bismarcki típusú kötelező biztosítási rendszerek világméretű elterjesztésében is. A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet a két világháború között 18 egyezménytervezetet, 13 ajánlást és egy általános határozatot fogadott el a társadalombiztosítás tárgykörében, és négy összehasonlító elemző kötetet jelentetett meg a világ társadalombiztosítási rendszereiről.

A nemzetközi egyezmények másik, nem az ILO-hoz köthető szabályozási tárgyköre a „**klasszikus**” **járványügy** volt, ahol azonban most már globális egyezmények születtek. Ugyancsak ekkor kezdődik az új „népbetegség”, a **kábítószer-fogyasztás** elleni nemzetközi együttműködés is.³⁴

³¹ 1928. évi XL. tc. az öregség, rokkantság, özvegyiség és árvaság esetére szóló kötelező biztosításról.

³² A biztosítottak számát lásd *A magyar társadalombiztosítás 10 éve 1919–1929*. Budapest, 1929. 8. o., a lakosságszám: BEZERÉDYNÉ–HENCZ–ZALÁNYI: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. 30. o.

³³ Az OTI intézményeiről: *A magyar társadalombiztosítás 10 éve 1919–1929*. 40–59. o.; *A magyar társadalombiztosítás 50 éve 1892–1942*. Budapest, 1942.

³⁴ Magyarország 1930-ban iktatta törvénybe a pestis, a kolera, a sárgaláz, a kiütéses tífusz és a himlő ellen való védekezés tárgyában kötött, Párizsban 1926. évi június hó 21-én kelt nemzetközi egyezményt (1930. évi XXXIII. tc.), valamint a Genfben 1925. évi február hó 19-én kötött „Nemzetközi ópiumegyezmény”-t (1930. évi XXXVII. tc.).

5. A szocialista egészségügy

A szocializmus 1948–1990 közötti története nem írható le egységes történelmi korszakként, mind gazdasági, mind politikai szempontból több időszakra tagolható, ami a közigazgatás szerepét is lényegesen befolyásolta. Az egészségügynek volt azonban néhány olyan **meghatározó jellemzője**, mely az egész korszakban fennmaradt.

a) Az egészségügy **minden elemében állami feladattá vált**, melyet az egységes államigazgatás központi és területi szervei szerveztek meg. Állami intézmények lettek az egészségügyi intézmények (a kórházak, a szakrendelők, a gyógyszertárak), állami alkalmazottakká váltak az orvosok, az ápolónők, a védőnők, a gyógyszerészek, tehát az egészségügyi ellátás teljes személyzete, akiket állami egyetemeken, illetőleg egyéb állami intézményekben képeztek. A gyógyszergyártást állami vállalatok végezték.

Az 1949-ben elfogadott Alkotmány 47. §-a sem jogosultságként, hanem állami feladatként határozta meg az egészség védelmét és a munkaképtelenek segítését a dolgozók jogai között.

Az egészségügy központi ágazati irányítását az 1950-ben létrehozott Egészségügyi Minisztérium látta el, ami egészen 1987-ig ugyanezen a néven működött.

A közegészségügy – mint láttuk, már 1936-tól teljes egészében államosított – igazgatását az Országos Közegészségügyi Intézet és területi laboratóriumi hálózata bázisán, de a tanácsrendszerhez kapcsolódva alakították ki. Országos szinten azonban a közegészségügy egyes területeivel foglalkozó új intézetek is létrejöttek: Országos Munkaegészségügyi Intézet, Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet, Humán Oltóanyagtermelő és Kutatóintézet.³⁵ Ezek az intézetek jelzik az egészségügyi ágazati igazgatásnak – szintén az egész szocialista korszakra jellemző – sajátosságát: a központi ágazati irányításban **befolyásos javaslattevő, véleményező, döntés-előkészítő szerepet** kaptak az ún. **országos intézetek**, melyek közül a közegészségügyi intézetek kutatásokat is folytattak, míg a gyógyításban működők (például az Országos Korányi Tbc Intézet) egészségügyi ellátást is nyújtottak. 1951-ben **Egészségügyi Tudományos Tanács** (ETT) néven a miniszter tudományos tanácsadó testületévé szervezték át az 1868 óta létező Országos Közegészségi (utóbb Közegészségügyi) Tanácsot.

A közegészségügy-járványügy igazgatása – több átszervezés és a hálózat jelentős bővítése után – 1956-tól a **Közegészségügyi és Járványügyi Főfelügyelőség** és a szakmai irányítása alá tartozó megyei, illetőleg járási/városi **közegészségügyi-járványügyi állomások (Kőjál)** feladat- és hatásköre volt. A népbetegségek – gümőkór, nemi betegségek, alkoholizmus – leküzdésére területi gondozóintézeteket

³⁵ BEZERÉDY-NÉ-HENCZ-ZALÁNYI: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. 30. o.

hoztak létre. Az anya- és csecsemővédelem a körzeti gyermekorvosi és védőnői hálózat feladata lett. 1948-ban szervezték meg új állami feladatként a **vérellátást** (Országos Vértranszfúziós Szolgálat), és kizárólag központi irányítású állami feladat lett a **mentés** (Országos Mentőszolgálat).

b) Az egészségügy egységének elve alapján az egészségügyi ellátórendszer a **progresszió elvén felépített**, szakmailag **hierarchikus állami intézményrendszert** alkotott. Ennek legalsó szintje az 1952-ben a társadalombiztosító orvosából és a községi, városi orvosokból kialakított **körzeti orvosi hálózat** volt. A körzeti orvosokat a városi, illetőleg a járási tanácsok (1971-től a járási tanácsok megszüntetése után a községi tanácsok, közös tanácsok is) foglalkoztatták. A járóbeteg-szakellátást a hatvanas évektől nagyobb ütemben kiépülő városi/járási (melyek ugyancsak a járásszékhely városokban működtek) **szakrendelő intézetek** biztosították. A **körházakat** vagy a megyei, vagy a városi tanácsok tartották fenn. A progresszív ellátás csúcán a minisztérium közvetlen irányítása alatt álló országos gyógyintézetek és az egyetemi klinikák álltak.

c) A szocialista egészségügy alapelvei közé tartozott a **mindenki számára hozzáférhető, díjtalan** egészségügyi ellátás biztosítása is. Az egészségügyi ellátásra való jogosultság 1950 és 1975 között a betegségi biztosítás keretében, biztosított jogon járt. Az OTI megszüntetése és vagyonának államosítása után a társadalombiztosítás állami feladatait 1950-ben a Szakszervezetek Országos Tanácsára ruházták.³⁶ A központi szerv a Szakszervezeti Társadalombiztosítási Központ (SZTK), majd 1964-től a SZOT Társadalombiztosítási Főigazgatósága volt. A társadalombiztosítás igazgatása csak 1984-től vált ismét teljes körben állami feladattá, de ez 1972-től már nem terjedt ki az egészségügyi ellátásokra.

d) A jogi szabályozást illetően az egészségügy normáinak kodifikálására viszonylag későn, csak 1972-ben, **az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény** megalkotásával került sor. Ez a törvény is – mint az 1876. évi – az egészségügy viszonyainak teljes körű szabályozását célozta meg, a közegészségügytől a gyógyító-megelőző ellátáson át a gyógyszerügyig, az egészségügyi képzéssel bezárólag. Az új egészségügyi kódex az **ellátáshoz való jogot** az ugyancsak 1972-ben elfogadott alkotmánymódosításra építette, amely ezt **állampolgári jogként** deklarálta. Az egészségügyi törvény ennek alapján szakított a biztosítási elvű egészségügy elvével, és kimondta az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás elvét.³⁷

³⁶ Az állami társadalombiztosítás szervezetéről szóló 1950. évi 36. tvr.

³⁷ 1972. évi II. törvény 25. §, ami azonban csak 1975-ben lépett hatályba [lásd a társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény végrehajtásáról szóló 17/1975. (VI. 14.) MT rendelet 354. § (2) bekezdését].

6. Változások 1990 után

Ennek az egységes állami egészségügyi rendszernek a **lebontása és átalakítása** kezdődött meg 1990-ben. A változásoknak már akkor **két iránya** volt.

a) Az egyik az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás helyett a **biztosítási elvű egészségügyi szolgáltatásokra való visszatérés**. Ezt már 1991-ben célul tűzte a 60/1991. (X. 29.) OGY határozat, az áttérés pedig 1992. július 1-jétől történt meg, a társadalombiztosításról szóló törvény módosításával.³⁸ Az egészségbiztosítás igazgatását 1993 és 1998 között társadalombiztosítási önkormányzati igazgatás-ként szervezték meg, az önkormányzat testületi szerveit a járulékfizető munkaadók és munkavállalók képviselői alkották.

b) A másik irányt a közigazgatás rendszerének átalakítása, a **helyi önkormányzatok** visszaállítása szabta meg. Az államigazgatás és az önkormányzati igazgatás szétválásával az egészségügyben is el kellett határolni egymástól a feladatokat. Az állami szerepvállalást tekintve nem változott meg az az elv – és az alkotmányos szabályozás sem –, hogy az egészségügyi ellátások megszervezése állami feladat. Ezt az állami feladatot a népegészségügy, a közegészségügy és járványügy területén egyértelműen **államigazgatási feladatnak** minősítették, és erre hozták létre 1991-ben az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot, élén az országos tisztifőorvossal.³⁹ A **gyógyellátás megszervezését** azonban a törvényalkotó – az országos intézetek kivételével – a helyi közszolgáltatásokért való felelősség jegyében – a **helyi (települési és megyei) önkormányzatokra** ruházta.

2010 után lényeges változás következett be az egészségügyi ellátórendszer működtetésében. A megyei önkormányzatok közszolgáltatás-szervező szerepének megszűnése következtében a **fekvőbeteg-gyógyintézeteket állami irányítás alá vonták**, és csak a járóbeteg-ellátás (házi orvosok, szakrendelők) megszervezése maradt a települési önkormányzatok feladata.

³⁸ A társadalombiztosításról szóló 1975. évi II. törvény módosításáról szóló 1992. évi IX. törvény.

³⁹ Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatról szóló 1991. évi XI. törvény. Hatályos címe: az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény. Az azóta bekövetkezett szervezeti változásokat a III. fejezet tartalmazza.

II. Az egészségügy jogi szabályozása

1. A magyar szabályozás	21
a) Az alkotmányos szabályozás	21
b) Az egészségügy viszonyait szabályozó törvények.....	22
c) Egyéb jogforrási szintek.....	23
2. Nemzetközi szabályozás	24
a) Egyetemes egyezmények	24
b) Európai egyezmények	25
c) Kétoldalú egyezmények.....	26
3. Az Európai Unió szabályozása.....	26

1. A magyar szabályozás

a) Az alkotmányos szabályozás

Az egészségügy legmagasabb szintű szabályozása az **Alaptörvényben** található, mégpedig az **egészséghez való jog** deklarálásával és az ehhez kapcsolódó állami feladatok jelzésszerű megjelenítésével.

Ahogy már utaltunk rá, az egészséghez való jog állampolgári jogosultságkénti felfogása 1972-ben került az Alkotmányba. Az 1989. évi alkotmánymódosítás a szabályozást annyiban változtatta meg, hogy mindenki számára garantálta a „legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jogot”.

Az Alaptörvény XX. cikke „a legmagasabb szintű” jelző elhagyásával a testi és lelki egészséghez való jogról rendelkezik. Az (2) bekezdésében viszont a korábbiakhoz képest kibővítette az állami feladatok körét – a munkavédelem és az egészségügyi ellátás megszervezése, a sportolás és a rendszeres testedzés támogatása, valamint a környezet védelmének biztosítása mellett – a genetikailag módosított élőlényektől mentes mezőgazdasággal, az egészséges élelmiszerekhez és az ivóvízhez való hozzáférés biztosításával.

Az egészséghez való jog alanyi jogként vagy államcélként való értelmezése visszatérő kérdés volt az Alkotmánybíróság gyakorlatában. Az AB ezt a kérdést a legteljesebben az 54/1996. (XI. 30.) AB határozatában fejtette ki. Az AB álláspontja egyértelműen az volt, hogy a lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog önmagában alanyi jogként nem értelmezhető, „az az Alkotmány 70/D. § (2) bekezdésében foglalt állami kötelezettségként fogalmazódik meg, amely magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a törvényhozó a testi és lelki egészség

bizonyos területein alanyi jogokat határozzon meg”.⁴⁰ Ilyen, a törvényalkotó által biztosított alanyi jogok az egészségügyi törvényben szabályozott **betegjogok**, ezek között különösen az ellátáshoz való jog, továbbá a szociális biztonság részeként meghatározott kötelező egészségbiztosításban való részvétel, ami az egészségügyi ellátás igénybevételét akkor is biztosítja, ha a beteg anyagi viszonyai egyébként ezt nem tennék lehetővé.

b) Az egészségügy viszonyait szabályozó törvények

Bár az egészségügy törvényi szintű szabályozásában – mint láttuk – meglehetősen régóta léteznek az ágazat valamennyi viszonyát rendezni hivatott egészségügyi kódexek, az egészségügy jelenlegi törvényi szabályozása **több törvényre** épül.

Az **egészségügy ágazati kódexe** az 1972. évi II. törvényt felváltó, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.), mely 1998. július 1-jén lépett hatályba. A törvény annyiban követi a korábbi kódexek tematikáját, hogy megtalálhatók benne a társadalom egészének védelmét szolgáló népegészségügyi normák, illetőleg a gyógyító tevékenységre vonatkozó előírások is. Az általános rész szabályozza a betegjogokat, a népegészségügyet, az egészségügyi ellátások fajtáit, az ellátórendszer felépítését, az egészségügyi szolgáltatás nyújtásának tárgyi és személyi feltételeit, a minőségbiztosítást, az állam szerveinek felelősségét az egészségügy megszervezésében. A kódex különös része a gyógyító tevékenység egyes különleges területeit tárgyalja (például orvostudományi kutatások, emberi reprodukciós eljárások, pszichiátriai betegek gyógykezelése és gondozása, szerv- és szövetátültetés stb.).

Az egészségügyre vonatkozó további törvények részben a **betegjogokhoz kapcsolódnak** (ilyenek a magzati élet védelméről szóló 1992. évi LXXIX. törvény, az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény, az egészségügyi közvetítői eljárásról szóló 2000. évi CXVI. törvény).

A következő szabályozási tárgykör az **egészségügyi ellátások személyi feltételeinek** részletezése (lásd az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvényt és az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvényt). Az **ellátórendszert** érintően 1996 óta törvény szabályozza a közfinanszírozott egészségügyi kapacitások mértékét és a közfinanszírozásba való bekerülés rendjét (jelenleg az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény), továbbá 2010 után a fekvőbeteg gyógyintézetek államosítását (a 2011. évi CLIV. törvény, a 2012. évi XXXVIII. törvény, a 2013. évi XXV. törvény), és 2015 nyarától az egészségügyi alapellátást (2015. évi CXXIII. törvény).

⁴⁰ 54/1996. (XI. 30.) AB határozat, ABH 1996, 173.

A **közegészségügy** tárgykörében ki kell emelnünk a munkavédelmi törvényt, a kémiai biztonságról szóló törvényt, a népegészségügyi szabályozás köréből pedig a nemdohányzók védelméről szóló törvényt és a népegészségügyi termékadóról szóló törvényt, sőt tág értelemben a környezetjogi szabályozás egyes elemeit, valamint az élelmiszerlánc-biztonságról szóló törvényt is.

Az **egészségügyi igazgatásban** külön törvények szólnak az egészségügyi ágazati hatóság feladat- és hatásköréről (1991. évi XI. törvény) és az egészségügyi igazgatásban közreműködő szakmai kamarákról (2006. évi XCVII. törvény).

A **társadalombiztosítási törvényegyüttes** egyik eleme a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (továbbiakban: Ebtv.), de az ellátásra jogosultak körét eddig az 1997. évi LXXX. törvény tartalmazta. Ez utóbbinak a helyébe lép 2020. július 1-jétől a 2019. évi CXXII. törvény (továbbiakban: új Tbj.).

Elkülönült szabályozási terület a **gyógyszerügy**. Ide sorolható az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény és a 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól.

c) Egyéb jogforrási szintek

A fenti, meglehetősen szerteágazó törvényi szintű szabályozáshoz igen nagy mennyiségű és differenciált végrehajtási szabályozás kapcsolódik. Csak az Eütv. több mint 30 tárgykörben ad felhatalmazást a Kormánynak, és nyolcvanot meghaladó tárgykörben az egészségügyért felelős miniszternek végrehajtási rendeletek kiadására. Az egészségügyi tárgyú kormány- és miniszteri rendeletek száma több százra tehető.

Az egészségügy szabályozásában a **helyi önkormányzatok** viszonylag **kis szerepet** kapnak. Helyi szabályozás a környezet-, a település-egészségügy területén születhet meg, azonban ezek többségét nem kifejezetten egészségügyi tárgyú, hanem környezetvédelmi szabályozásnak tekinthetjük (például füstködriadó-rendeletek, hulladékok elszállításáról, kezeléséről, elhelyezéséről szóló rendeletek). A gyógyítás megszervezésében a praxisjog alapján végezhető önálló orvosi tevékenység **házi orvosi körzeteit** ugyancsak helyi rendeletekben alakítják ki az önkormányzatok.

2. Nemzetközi szabályozás

a) Egyetemes egyezmények

Láthattuk, hogy az egészségügyet érintő nemzetközi szabályozás az I. világháborút követően bontakozott ki. A II. világháború után ez új lendületet kapott az **ENSZ Egészségügyi Világszervezetének** (WHO) létrehozásával. Magyarországon az 1948. évi XII. törvény iktatta be az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányát, melynek preambuluma szerint „[A]z egészség a testi, szellemi és szociális teljes jólétnek állapota és nemcsak betegség vagy fogyatékoság hiányából áll”. Ennek szellemében a WHO alapvető rendeltetése a világ népegészségügyi helyzetének a javítása, az a cél vezérli, hogy „valamennyi nép a lehető legmagasabb egészségügyi színvonalat érje el”.

Az egyetemes egyezmények döntően az **emberi jogok oldaláról** közelítik meg az egészségügy kérdését. Ezért az egyezmények közös elvi alapját az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata (1948) jelenti, az emberi méltóság tiszteletben tartásának és a kegyetlen, embertelen vagy lealacsonyító bánásmód tilalmának a kinyilvánításával, valamint a szociális biztonsághoz való jog megemlítésével. Erre épül a Polgári és Politikai Jogok Egyezségokmányának már kifejezetten az orvosi tevékenységet korlátozó tilalma, mely a kegyetlen, embertelen vagy lealacsonyító elbánás esetei közül nevesítetten tilalmazza bárkinek a szabad hozzájárulása nélkül orvosi vagy tudományos kísérletnek való alávetését.⁴¹ Az ugyanekkor elfogadott, a gazdasági, szociális és kulturális jogokról szóló nemzetközi egyezségokmány⁴² 12. cikke pedig kinyilvánítja, hogy mindenkinek joga van a legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez. Ennek érdekében az államoknak részben a népegészségügyi, benne a járványügyi feladatait, részben az egészségügyi ellátás biztosítása érdekében a szociális funkcióját hangsúlyozza – igaz, csak az államok teherbíró képességének mértékéig.

A nemzetközi szabályozásban – az emberi jogok felértékelődő védelmével összefüggően – egyre nagyobb teret kapnak az orvostudomány és általában a tudományok hatalmas fejlődése révén felszínre kerülő új morális és jogi kérdések: az emberen végzett tudományos kutatásoknak új és új dimenziói tárulnak fel, például a születendő gyermek nemének megválasztása, az emberi genetikai állomány körében folytatott kísérletek, a klónozás stb. Ezek egy része beépül a formális

⁴¹ Az Egyesült Nemzetek Közgyűlése XXI. ülészakán, 1966. december 16-án elfogadott Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya kihirdetéséről szóló 1976. évi 8. törvényerejű rendelet 7. cikke.

⁴² Az Egyesült Nemzetek Közgyűlése XXI. ülészakán, 1966. december 16-án elfogadott Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya kihirdetéséről szóló 1976. évi 9. törvényerejű rendelet.

egyezményekbe, de az egészségügyi ellátást, az orvosi magatartást megszámlálhatatlanul sok nyilatkozat, ajánlás, kinyilvánított alapelv is érinti.⁴³

A fentiek mellett a nemzetközi szabályozásban továbbra is kiemelt szerepe van a **járványügyi szabályoknak**. Jelenleg is hatályban van az előző fejezetben már említett egyezmény a pestis, a kolera, a sárgaláz, a kiütéses tífusz és a himlő elleni védekezésről (1930. évi XXXIII. tc.), de azóta a WHO égisze alatt számos más járványügyi szabályozás született. Az újabbak közé tartozik a **WHO Egészségügyi Rendszabályairól** szóló egyezmény, amit Magyarország 2009-ben vezetett be a magyar jogrendszerbe.⁴⁴

A nemzetközi szabályozás kiterjed a **gyógyszerügyre**,⁴⁵ és egyre terebélyesedő tárgykörévé vált – ami már a nemzetközi ópiumegyezménnyel 1925-ben megkezdődött – a **kábítószer-kereskedelem és -fogyasztás visszaszorítását** célzó,⁴⁶ továbbá más szenvedélybetegségek (például dohányzás) leküzdését szolgáló nemzetközi együttműködés.⁴⁷

A WHO mellett az ILO is az ENSZ keretében folytatta tevékenységét. Az egészségügyet érintően munkája azonban a munkaegészségügy, munkabiztonság területére korlátozódik.

b) Európai egyezmények

Az európai egyezmények sorában az egészségügy területén is az **Európa Tanács** nemzetközi egyezményeit kell kiemelni. Ezek egyik területe – az ember elidegeníthetetlen jogaihoz, az élethez, az emberi méltósághoz való joghoz kapcsolódóan – az emberen végzett orvostudományi kutatások, genetikai kísérletek szabályozása. Ennek a tárgykörnek alapvető dokumentuma az 1997-ben született **Ovidói Egyezmény**, valamint az ehhez kapcsolódó kiegészítő jegyzőkönyvek.

Ugyancsak az Európa Tanács egyezménye, de már a szociális jogok oldaláról, az **Európai Szociális Karta**, ami kimondja a biztonságos és egészséges

⁴³ Ezek sorában elsőként kell megemlíteni a Nürnbergi Kódexet, amelyet a II. világháborús bűnösökkel szembeni nürnbergi per során állítottak össze, és amely először fogalmazta meg nemzetközi szinten az orvostudományi kutatások etikai elveit. Részben erre épült 1964-ben a *World Medical Association* által kidolgozott Helsinki Deklaráció, és ide sorolhatók az UNESCO közgyűlésein elfogadott nyilatkozatok is. Mindezek részletes bemutatását lásd Dósa Ágnes: *Összehasonlító egészségügyi jog*. Budapest, 2012. Különösen 9–19., 106–107. o.

⁴⁴ 2009. évi XCI. törvény.

⁴⁵ 1976. évi 31. törvényerejű rendelet a gyógyszeripari termékek előállítását érintő felügyelet kölcsönös elismerése tárgyában, Genfben, 1970. évi október hó 9–11. napján kelt nemzetközi egyezmény kihirdetéséről.

⁴⁶ Például az 1998. évi L. törvény az Egyesült Nemzetek Szervezete keretében a kábítószeres és pszichotrop anyagok tiltott forgalmazása elleni, 1988. december 20-án, Bécsben kelt Egyezmény kihirdetéséről.

⁴⁷ Kihirdetve: 2005. évi III. törvény.

munkafeltételekhez, az egészség védelméhez, a társadalombiztosításhoz, a szociális és egészségügyi segítséghez való jogot, melyek biztosítására a Karta rendszerében a tagállamok kötelezettséget vállalhatnak.⁴⁸

c) Kétoldalú egyezmények

A kétoldalú egyezményeknek történetileg **több „generációja”** alakult ki. Már a két világháború között megjelentek azok a kétoldalú egyezmények, melyek a szerződést kötő államok polgárainak egészségügyi ellátását biztosították a másik államban.⁴⁹ A szocialista korszakban lényegében valamennyi szocialista országgal létrejöttek ilyen egyezmények, majd 1990 után Magyarország számos kétoldalú, ún. **szociális biztonsági egyezményt** kötött, melyek az egészségügyi ellátások kölcsönös biztosítását is tartalmazták.⁵⁰

3. Az Európai Unió szabályozása

Az Európai Unió történetében – ahogy ezt minden unióval, uniós politikákkal foglalkozó írás is megállapítja – a szociális dimenzió viszonylag hosszú ideig nem jelent meg. Ennek ellenére már az Európai Gazdasági Közösségek működésének első időszakaiban is létezett egészségügyi vonatkozású szabályozás, részben a munkavédelem körében a munkaegészségügyi előírások, részben a társadalombiztosítási rendszerek koordinációja. Mindkét normarendszer azonban elsődlegesen a munkaerő szabad áramlását szolgálta: a munkaegészségügyi, munkavédelmi szabályok harmonizációja a munkaerőköltségek tagállamok közötti kiegyenlítését, míg a társadalombiztosítási rendszerek koordinációja a megszerzett várományok és ellátások „forgalmát” biztosította a munkavállalók mozgásához igazodóan.⁵¹

⁴⁸ 1999. évi C. törvény az Európai Szociális Karta kihirdetéséről; 2009. évi VI. törvény a Módosított Európai Szociális Karta kihirdetéséről.

⁴⁹ Például az 1930. évi XLIV. törvénycikk a betegek kölcsönös ellátása tárgyában 1928. évi február hó 22-én Belgrádban kelt magyar–szerb–horvát–szlovén egyezmény becikkelyezéséről; hasonló jött létre 1931-ben Bulgáriával is.

⁵⁰ A szocialista országokkal kötött egyezmények: például magyar–román (1958), magyar–NDK (1958), magyar–lengyel (1959), magyar–szovjet (1960), magyar–bolgár (1960), magyar–jugoszláv (1968), sőt magyar–vietnami (1968), magyar–kubai (1969). 1990 után például magyar–svájci (1996); magyar–német (1998), magyar–osztrák (ennek több előzménye volt, a jelenleg hatályos: 1999), magyar–holland (2002), magyar–kanadai (2002).

⁵¹ GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva – GYULAVÁRI Tamás: Szociális politika. In KENDE Tamás – SZÜCS Tamás: Bevezetés az Európai Unió politikáiba. Budapest, 2011. 437–462., 444–449. o.

Ezek a célkitűzések az unió bővülésével és az integráció elmélyülésével is fennmaradtak, de az uniós szabályozás az egészségügyet tekintve számos új területre is kiterjedt. Ennek a fejlődésnek kiemelkedő állomása volt, hogy az **Európai Unió Alapjogi Chartájába** is beemelték több egészségügyi vonatkozású rendelkezést. Így a személyi sérthetlenséghez való jog körében külön szabályok vonatkoznak az orvostudomány és a biológia területére: szabad és tájékozott beleegyezés az eljárásokba, az *eugenika* tilalma, az emberi test és részei hasznoszerzési célú felhasználásának és a klónozásnak a tilalma. Az Alapjogi Charta tartalmazza továbbá – az egészséges munkafeltételekhez és a szociális biztonsághoz való jogon túl – azt is, hogy mindenkinek joga van megelőző egészségügyi ellátás igénybevételéhez, továbbá orvosi kezeléshez, és hogy valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét.

Az uniós szabályozás alapját az egészségügyben is azok az alapszerződési rendelkezések adják, melyek az unió és a tagállamok közötti hatáskörmegosztásról szólnak. Az Európai Unió Működéséről szóló Szerződés (a továbbiakban: EUMSZ) a megosztott hatáskörök között csak a „közegészségügy terén jelentkező közös biztonsági kockázatoknak az e szerződésben meghatározott vonatkozásait” sorolja fel [4. cikk (2) bekezdés *k*) pontja], míg az egészségügy többi területe abba a csoportba tartozik, ahol az Unió a „tagállamok intézkedéseit támogató, összehangoló vagy kiegészítő intézkedések végrehajtására” jogosult [6. cikk *a*) pont]. Ugyanakkor az EUMSZ 9. cikke és a 168. cikkének (1) bekezdése megismétli az Alapjogi Chartának azt az elvét, miszerint valamennyi uniós politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét. Ebből az elvből kiindulva a 168. cikk további – a 4. és a 6. cikkekkel összhangban lévő – hatásköröket biztosít az Unió szerveinek. A 168. cikk értelmében az Unió a nemzeti politikák kiegészítéseként a széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelem terén részt vesz a tájékoztatásban, az oktatásban és a kutatásban, figyelemmel kíséri a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyeket és ezek korai előrejelzését. Hasonlóan kiegészíti a tagállamok fellépését a kábítószer-fogyasztás leküzdésében. Ösztönzi és segíti a tagállamok együttműködését az egészségügy területén. A Parlament és a Tanács a támogató szerepen túlmenően jogalkotási felhatalmazást kapott az emberi szervek, szövetek, a vér- és vérképzőanyagok, valamint a gyógyszerek és a gyógyászati célú eszközök magas szintű minőségi és biztonsági előírásaira. Ugyanakkor a 168. cikk (7) bekezdése újra megerősíti a tagállami kompetenciákat:

Az Unió tevékenységének tiszteletben kell tartania a tagállamoknak az egészségügyi politikájuk meghatározására, valamint az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás megszervezésére és biztosítására vonatkozó hatáskörét. A tagállamok hatásköre kiterjed az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás működtetésére, és

a hozzájuk rendelt erőforrások elosztására. A (4) bekezdés *a*) pontjában említett intézkedések nem érinthetik a szervek és vér adására vagy gyógyászati célú felhasználására vonatkozó nemzeti rendelkezéseket.

Mindezek alapján az unió másodlagos jogszabályai a következő tárgykörökre terjednek ki az egészségügy területén:

- a munkavédelem munkaegészségügyi vonatkozásai;
- a közegészségügy és a járványügy – de ezt, az uniós szabályozást tágan értelmezve, nemcsak a fertőző megbetegedésekre, hanem minden, a határon áttérjedő, súlyos kockázattal járó megbetegedésre kiterjesztették;
- különleges kockázatok kezelése – ilyen a kémiai biztonság;
- a gyógyszerek, gyógyászati célú eszközök előállítása, forgalomba hozatala;⁵²
- az emberi szervek, szövetek, valamint a vér- és vérképzőanyagok minőségi és biztonsági követelményei;
- a társadalombiztosítási rendszerek koordinációja körében a tagállami egészség-biztosítási rendszerek együttműködése.⁵³ Itt azonban gyökeres változás következett be 2011-ben azáltal, hogy elfogadták az Európai Parlament és a Tanács 2011. március 9-i 2011/24/EU irányelvét a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről, ami a biztosítási jogviszonyoktól függetlenül – bizonyos korlátokkal ugyan – de általánosan lehetővé teszi, hogy a páciens más tagállamban vegyen igénybe egészségügyi szolgáltatást a saját tagállamának megtérítési kötelezettségével. Az irányelvet 2013. október 25-ig kellett átültetni a tagállami jogrendszerekbe.

Tágabban ide kell sorolni a termékbiztonság, a fogyasztóvédelem és az élelmiszerbiztonság érintkező szabályait: az orvosi műszerek és orvostechikai termékek előállítására, forgalomba hozatalára, valamint az élelmiszerekre vonatkozó igen kiterjedt normarendszert is. Ugyancsak tágabb értelemben az egészségügyet is érintő szabályozás a végzettségek elismerésének rendszere, amelyen belül az egészségügyben foglalkoztatottak mobilitását speciális szabályok segítik elő az Unión belül.

⁵² Az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló 2001/83/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv.

⁵³ A Tanács 1408/71/EGK rendelete a munkavállalókra és az önálló vállalkozókra, valamint családtagjaikra vonatkozó szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról, és az ezt felváltó 883/2004/EK rendelet a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról.

III. Az egészségügyi ágazati közigazgatás szervezete. Közigazgatási tevékenységfajták az egészségügyi igazgatásban

1. Közigazgatási szervek.....	29
2. Az ágazati igazgatásban közreműködő egyéb szervek	32
3. Szervezeti változások, a közigazgatási feladatok és tevékenységek átrendeződése	33

1. Közigazgatási szervek

Az **egészségügyi közigazgatás szervezetrendszere** – hasonlóan a szabályozási tárgykörökhöz – meglehetősen **differenciált**. Mint láttuk, a **Kormány** széles körű törvény-előkészítő tevékenységet és végrehajtási jogalkotást végez a közösségi egészségügy, a gyógyító tevékenység és az egészségbiztosítás szabályozásában is. Az egészségügy ágazati közigazgatási szervezetrendszerét a következő táblázat mutatja be.

1. táblázat. Közigazgatási szervek az egészségügyi igazgatásban

KÖZIGAZGATÁSI SZERVEK		
Szerv/szervtípus	Szervezeti egységei	Feladatok
EMMI (Emberi Erőforrások Minisztériuma)	Egészségügyi Államtitkárság IJSZ ⁵⁴	– kormányzati döntés-előkészítés – ágazati jogalkotás – ágazati tervezés (programok, koncepciók, például országos szűrővizsgálati program) – ágazati támogatások – az egészségügyi szakterületek központi igazgatása központi hivatalok irányításával – betegjogi képviselők foglalkoztatása
PM (Pénzügy-minisztérium)		az Egészségbiztosítási Alap tervezésével, felhasználásával összefüggő államháztartási feladatok

⁵⁴ Az Integrált Jogvédelmi Szolgálatról szóló 381/2016. (XII. 2.) Korm. rend.

KÖZIGAZGATÁSI SZERVEK		
Szerv/szervtípus	Szervezeti egységei	Feladatok
Központi hivatalok	NNK (Nemzeti Népegészségügyi Központ) ⁵⁵	országos tiszti-főorvos <ul style="list-style-type: none"> – népegészségügyi, egészségfejlesztési feladatok – közegészségügyi feladatok – járványügyi igazgatás – az egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos hatósági feladatok
	ÁEEK ⁵⁶	<ul style="list-style-type: none"> – állami tulajdonú egészségügyi intézmények fenntartása (szervi és szakmai irányítás); gyógyszer, orvostechnikai eszköz, fertőtlenítőszer központosított közbeszerzése – az egészségügyben foglalkoztatottakkal kapcsolatos feladatok [praxisjog engedélyezése; foglalkoztatottak alap- és működési nyilvántartása; egészségügyi szakképesítéssel rendelkezők migrációja (bizonyítványok/oklevelek elismerése; végzettség igazolása); egészségügyi szakképzések és felsőfokú szakirányú továbbképzések szervezése, koordinálása] – egészségügyi ágazati adatgyűjtés és feldolgozás; az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér működtetése – az Állami Egészségügyi Tartalékkal való gazdálkodás
	ÖGYÉI ⁵⁷	országos tiszti-főgyógyszerész; tiszti-gyógyszerészek <ul style="list-style-type: none"> – gyógyszerügyi hatóság – orvostechológia értékelése; orvostechnikai hatósági feladatok – élelmezés-egészségügyi hatósági feladatok, étrend-kiegészítőkkel, kozmetikumokkal kapcsolatos hatósági feladatok

⁵⁵ A fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet 6. §, 6/A–6/G. §-ok [az egykori Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) utódszerve].

⁵⁶ Az Állami Egészségügyi Ellátó Központról szóló 27/2015. (II. 25.) Korm. rendelet.

⁵⁷ Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézettről szóló 28/2015. (II. 25.) Korm. rendelet.

KÖZIGAZGATÁSI SZERVEK			
Szerv/szervtípus		Szervezeti egységei	Feladatok
Központi hivatalok	NEAK (Nemzeti Egészség-biztosítási Alapkezelő ⁵⁸)		<ul style="list-style-type: none"> – Egészségbiztosítási Alap (E-Alap) kezelésével összefüggő feladatok – egészségbiztosítási ellátásra jogosultak nyilvántartása – a kötelező egészségbiztosítás keretében szerződés az egészségügyi szolgáltatókkal, az ellátások finanszírozása – az országos várólista-nyilvántartás vezetése – a pénzbeli ellátások területi igazgatási feladatainak szakmai irányítása – az egészségbiztosítás nemzetközi és európai uniós kapcsolataiban közreműködő magyar hatóság
	MÁK ⁵⁹	[megyei igazgatóságok]	<p>központi szerv:</p> <ul style="list-style-type: none"> – az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásaival kapcsolatos központi nyilvántartási és ellenőrzési feladatok – a taj szám képzése és nyilvántartása
Területi állig. szervek	megyei/főv. korm. hiv. ⁶⁰	a járási (kerületi) hivatalok	<ul style="list-style-type: none"> – területi népegészségügyi feladatok; közegészségügyi, járványügyi és egészségügyi hatósági feladatok – az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásaival kapcsolatos területi hatósági feladatok
Térségi Egészségügyi Tanács			az egészségügyi térségekben (0,9–1,6 millió ellátott) az egészségügyi kapacitásszabályozás egyeztető fóruma
Települési önkormányzat			<ul style="list-style-type: none"> – minden településen: egészségügyi alapellátás (házi orvosi ellátás) – városokban (körzeti ellátási kötelezettséggel), fővárosi kerületben: járóbeteg-szakellátás megszervezése⁶¹ – településtisztaság

⁵⁸ Az egykori Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) utódszerve; lásd az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet.

⁵⁹ A Magyar Államkincstárról szóló 310/2017. (X. 31.) Korm. rendelet 14. § (3) bekezdés e) pont és 14/A. §.

⁶⁰ A fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet és az egészségbiztosítási szervekről szóló 386/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet.

⁶¹ Magyarország helyi önkormányzatairól szóló 2011. évi CLXXXIX. törvény (a továbbiakban: Möt.) 11–13. §; 2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról.

2. Az ágazati igazgatásban közreműködő egyéb szervezetek

Ahogy ezt az egészségügyi igazgatás története is igazolja, az egészségügy szakmai irányításában mindig is nagy szerepe volt a szakmai testületeknek, az orvosi szakma képviselőit összefogó javaslattevő, véleményező, illetőleg érdekképviseleti szerveződéseknek. Jelenleg az alábbi fontosabb szervtípusokat és szervezeteket érdemes megemlíteni.

2. táblázat. Az egészségügyi igazgatásban közreműködő nem közigazgatási szervezetek

NEM KÖZIGAZGATÁSI SZERVEK		
Szervtípus	Szerv [szervezeti egység]	Feladat
szakmai testület	ETT [szakmai bizottságok; regionális kutatásetikai bizottságok; ISZT] ⁶²	– szakhatóság az egészségügyi kutatások engedélyezésében – igazságügyi szakértői tevékenység
	szakmai kollégium [tagozatok és tanácsok]; kamarák, szakmai társaságok, egyesületek delegáltjaiból ⁶³	a miniszter szakmai tanácsadó testülete
közintézet	országos gyógyintézet ⁶⁴	– szakmai információs, tudományos, képzési és továbbképzési központok – az ágazati szabályozás véleményezése, javaslattevés
	klinika	
	egyéb országos szolgáltatók	OMSZ ⁶⁶ OVSZ ⁶⁷
szakmai kamarák: az egészségügyben dolgozók kötelező tagságon alapuló köztestületei ⁶⁸	Magyar Orvosi Kamara Magyar Gyógyszerész Kamara Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara	– szakmai érdekképviselet – etikai szabályozás – a kamarai tagok szakmai „közellenőrzése”

⁶² 28/2014. (IV. 10.) EMMI rendelet Egészségügyi Tudományos Tanácsról (ISZT=Egészségügyi Területen Működő Igazságügyi Szakértői Testület).

⁶³ 12/2011. (III. 30.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakmai kollégium működéséről.

⁶⁴ Eütv. 150. § (3a) bekezdés.

⁶⁵ Lásd például a SOTE klinikáit: <http://semmelweis.hu/betegellatas/betegellato-szervezeti-egysegek/> (letöltve: 2020.02.15.).

⁶⁶ Országos Mentőszolgálat: 322/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet.

⁶⁷ Országos Vérellátó Szolgálat: a vérellátásról szóló 323/2006. (XII. 23.) Korm. rendelet.

⁶⁸ Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény.

NEM KÖZIGAZGATÁSI SZERVEK		
Szervtípus	Szerv [szervezeti egység]	Feladat
gazdasági társaság	Nemzeti Egészségmegőrző Központ Nonprofit Kft. ⁶⁹	népegészségügyi tájékoztatás
	Magyar Légimentő Nonprofit Kft.	légimentés
civil szervezetek	betegegyesületek; ernyőszervezet: Nemzeti Betegfórum ⁷⁰	az ágazati szabályozás véleményezése, javaslattevél
	szolgáltatók egyesületei: például Kórházszövetség	
	Közép-Kelet-európai Onkológiai Akadémiai Alapítvány ⁷¹	

3. Szervezeti változások, a közigazgatási feladatok és tevékenységek átrendeződése

Amint a fentiekből látható, az egészségügyi közigazgatás szervezetrendszere meglehetősen összetett. A szervezetrendszer legfőbb sajátosságai az alábbiak szerint foglalhatók össze.

2011-től – a közoktatáshoz hasonlóan – az egészségügyben is **jelentős centralizáció** zajlott le. Megszűnt a megyei önkormányzatok ellátásszervező szerepe, ezért a kórházakat állami irányítás alá vonták. Ennek következtében az önkormányzati feladatok visszaszorultak, míg az államigazgatás feladatai megszorodtak, ami miatt új szerveket is létre kellett hozni.

Az **ágazati államigazgatási** szervezetrendszerre is a **folyamatos átalakulás** jellemző. Érintették a területi államigazgatás változásai: az 1991-ben létrehozott Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) területi szerveit 2011-ben integrálták a megyei (fővárosi) kormányhivatalokba. Az ÁNTSZ központi szervezeti egységénél, az Országos Tisztifőorvosi Hivatalnál csak szakmai irányítási jogkörök maradtak. 2016 végén a központi hivatalok számának radikális csökkentése során megszűnt a több országos intézetet tömörítő ÁNTSZ központi szervezete is, amelynek feladatait kizárólag a minisztérium és a megyei, fővárosi kormányhivatalok vették át (az országos tisztifőorvos ekkor helyettes államtitkárként végezte

⁶⁹ A fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről szóló 385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet.

⁷⁰ Eütv. 151. § és az 50/2012. (XII. 19.) EMMI rendelet.

⁷¹ Eütv. 151/A. §.

a munkáját). 2018 októberétől azonban ismét elkülönült tisztifőorvosi hivatalt hoztak létre **Nemzeti Népegészségügyi Központ** (NNK) néven.

A folyamatos változások miatt nehéz az egyes szerveket és hatásköreiket átfogóan körülírni, a legfontosabb sajátosságok azonban az alábbiak.

A **minisztérium** kormányzati döntés-előkészítő, végrehajtási jogalkotó és az alá tartozó központi hivatalok útján **ágazati-szakmai igazgatási** feladatokat lát el.

Az ágazati-szakmai igazgatás **három** nagy, jól elkülöníthető **feladatsoportot** ölel fel:

- különböző, egészségüggyel kapcsolatos szolgáltatások szervezése és közvetlen nyújtása;
- hatósági tevékenység; és
- fenntartói irányítói feladatok.

a) Az egészségüggyel kapcsolatos **szolgáltatásnak** tekinthető például az NNK járványügyi tevékenysége, amelynek keretében gondoskodik a kötelező védőoltások oltóanyagainak rendelkezésre állásáról, laboratóriumi vizsgálatokat végez vagy járványos megbetegedésekkel kapcsolatos igazgatási feladatokat lát el (járványos megbetegedések regisztrációja, nemzetközi megfigyelés és jelentés, lakossági tájékoztatás stb.).⁷²

b) Az egészségüggyel összefüggő **hatósági tevékenységek** szerteágazók. Az elsődleges ezek közül az egészségügyi szolgáltatók (kórházak, rendelőintézetek, magánszakorvosok, házi orvosok stb.) piacra lépésének **engedélyezése**. Ehhez kapcsolódik az egészségügyi szolgáltatók **rendszeres ellenőrzése**, az esetleges hiányosságok esetén pedig jogkövetkezmények megállapítása – szélsőséges esetekben például intézmények, osztályok bezárása, működési engedélyük visszavonása. Ugyancsak számos engedély szükséges a gyógyszerészet területén is. A gyógyszerügyi hatóság (OGYÉI) adja ki például egyes gyógyszerek nemzeti forgalomba hozatali engedélyét, vagy engedélyez egyedi gyógyszerfelhasználást (például akkor, ha valaki kísérleti stádiumban lévő gyógyszerhez szeretne hozzájutni). Egészségügyi hatósági tevékenységnek minősül az egészségügy valamennyi nagyobb **nyilvántartásának vezetése** is, például a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) vezeti az egészségbiztosítási ellátásra jogosultak nyilvántartását vagy az egészségbiztosítási ártámogatással megvásárolható gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök nyilvántartását.

c) A fentiekől nagyban elkülönül az **intézményfenntartói tevékenység**, mely az ellátás szintjei szerint megoszlik a köz- és a magánszféra, az előbbit tekintve pedig az államigazgatás és az önkormányzati igazgatás között. Az intézményfenntartást – jelentőségére tekintettel – a VI. fejezetben részletesen tárgyaljuk.

⁷² Jó példa erre a 2019 decemberében kitört koronavírus-járvánnyal kapcsolatos előkészületi és szervező tevékenység.

IV. A közösségi egészségügy

1. Fogalmak	35
2. Népegészségügyi feladatok	36
3. Járványügy	37
4. Nemzetközi szabályozás	39
5. Európai uniós feladatok és hatáskörök	40

1. Fogalmak

Az egészségügy történeti fejlődésében az emberi közösségek a tömeges megbetegedések elkerülésére először járványügyi intézkedéseket fogantatosítottak, majd ezekhez kapcsolódva megjelentek a járványok megelőzését szolgáló higiéniai rendszabályok, és csak a 19. század második felétől lép fel az állam a nem járványos, de a társadalmi együttélést zavaró vagy egyéb súlyos megbetegedésekkel szemben, illetőleg a gyermekek egészségének különleges védelme érdekében. Ez a fogalomhasználatban is változást idézett elő. Ekkor kezdődik meg a betegségek társadalmi, környezeti, táplálkozási stb. okainak tudományos vizsgálata és a járványok megelőzését célzó „közhigiéniai” sokkal összetettebb **közegészségtan** fejlődik ki.

A 20. század hetvenes éveitől kezdve a nemzetközi szakirodalomban az életmód és az egészség összefüggéseinek mind mélyebb megismerését és a lakosság egészségi állapotát komplex módon befolyásoló tevékenységek elemzését *new public health* elnevezéssel jelölték, amit Magyarországon a kilencvenes évek elejétől **népegészségügyként** definiáltak. Ez a fogalom került be az 1997. évi egészségügyi törvénybe is.

Eütv. 35. § (1) A népegészségügy állami és önkormányzati szervek, gazdasági, civil szervezetek, valamint egyének részvételével megvalósított, elsősorban lakossági csoportokat, közösségeket célzó tevékenység, az egészség védelme és fejlesztése, a betegségek, sérülések és rokkantság megelőzése érdekében. A népegészségügy célja a lakosság egészségi állapotának monitorozása, az egészségproblémák és prioritások meghatározása, népegészségügyi intézkedések kimunkálása és fogantatosítása kormányzati, szakmai és civil szervezetekkel együttműködésben.

A törvény a népegészségügyi fejezetben a következő alcímeket tartalmazza: egészségfejlesztés (ezen belül külön: család- és nővédelmi gondozás, ifjúság-egészségügyi gondozás, sportegészségügyi gondozás), környezet- és település-egészségügy; ételmezés és táplálkozás-egészségügy; sugáregészségügy; munkaegészségügy.

Ugyanakkor számos jogszabály ismeri a **közegészségügy** kifejezést is, annak meghatározása nélkül.⁷³ A különféle jogszabályokból az szűrhető le, hogy a népegészségügy és a közegészségügy fogalmi kettősét **kétféle tartalommal** is használják. Az **egyik szinonimaként kezeli** a kettőt (a legjobb példa erre az uniós szabályok fordítása, ahol következetesen a „közegészségügy” kifejezést használják, de lényegében az Eütv.-ben meghatározott népegészségügyi tartalommal). A **másik** felfogás **a népegészségügy egyik részterületként** fogja fel **a közegészségügyet**, mégpedig ez alatt a közösség egészségének védelme érdekében igénybe vehető, a közhygiénét és a tömeges megbetegedések, járványok megelőzését szolgáló, közhatalmi feladat- és hatásköri csoportokat érti.

A fentiekhez képest a **járványügy** definíciója sokkal egyértelműbb. A járványügyi tevékenység célja a fertőző megbetegedések, a járványok közvetlen megelőzése és leküzdése, valamint az emberi szervezet fertőző betegségekkel szembeni ellenálló képességének fokozása.

2. Népegészségügyi feladatok

A népegészségügy feladatait az alábbi csoportokba sorolhatjuk:

- a) a lakosság egészségi állapotának elemzése;
- b) az egészségkárosító tényezők felismerése, azonosítása;
- c) megelőzési stratégia alkotása;
- d) egészségfejlesztési, egészségnevelési programok kidolgozása, megvalósításuk szervezése;⁷⁴
- e) közegészségügyi feladatok és hatáskörök.

Az állami népegészségügyi stratégiát a **Népegészségügyi Program** határozza meg, amelyet az Országgyűlés határozatban fogadott el.⁷⁵ Az NKK és megyei és fővárosi kormányhivatalok népegészségügyi feladatkörükben az egészségfejlesztés keretében egészségvédelmi, egészségnevelési és egészségmegőrzési szervező munkát folytatnak, megszervezik és koordinálják a népegészségügyi szűréseket, vizsgálják és elemzik a lakosság egészségi állapotát, beleértve a nem fertőző betegségek epidemiológiáját és az egészséghatás-értékelést. Az egészséges életmódot népszerűsítő

⁷³ A fogalmak kuszaságáról lásd ÓCSAI Lajos: Fogalmak az ÁNTSZ mindennapi tevékenységében. *Egészségtudomány*, (2009) 1., http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2009_1/Ocsai.pdf (letöltve: 2020.02.15.).

⁷⁴ KOVÁCSY Zsombor: *Egészségügyi jog*. Budapest, 2008. 102. o.

⁷⁵ Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat. [A program címét „Az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” címre módosította a 4/2006. (II. 8.) OGY határozat.]

egészségfejlesztési és népegészségügyi szemléletformáló tevékenységet a Nemzeti Egészségmegőrző Központ Nonprofit Kft. koordinálja, ösztönzi, szakmailag támogatja.

A **közegészségügyi tevékenység** keretében a jogszabályok bizonyos károsító anyagokra egészségügyi határértékeket határoznak meg, a közegészségügyi hatóságok pedig megfigyelő-ellenőrző tevékenységet folytatnak, valamint az emberi egészségre káros tevékenységeket korlátozhatják vagy megtilthatják. A hatósági jogosítványok jó részét ugyancsak a megyei kormányhivatalok és a járási hivatalok gyakorolják az NNK szakmai irányításával: közegészségügyi ellenőrzést végeznek, biztosítják a vasúti, a vízi és a közúti határforgalom, valamint a nemzetközi légi forgalom közegészségügyi ellenőrzését, felügyelik a közegészségügyi szabályok érvényesülését. E feladatok ellátásához a megyei kormányhivatalok egy része fizikai, kémiai, biológiai és mikrobiológiai vizsgálólaboratóriumot üzemeltet. Külön szabályrendszer vonatkozik a dohányzás visszaszorítására, ennek közegészségügyi vonatkozásait a nemdohányzók védelméről szóló törvény határozza meg.⁷⁶

Az emberi környezet szennyezettségéről és a járványügyi helyzetről megállapított **adatok nyilvánosak**. Életet vagy egészséget veszélyeztető mértékű környezet-szennyezésről, illetve járványról megállapított adatokat a közegészségügyi hatóságok kötelesek nyilvánosságra hozni.

3. Járványügy

A közigazgatás a fertőző betegségek és járványok terjedésének megakadályozása érdekében egyrészt **jogalkotással**, másrészt **hatósági eszközökkel** lép fel. A járványok gyors terjedése és tömegeket érintő súlyos hatása miatt a közigazgatás ezen a területen a magánszférát leginkább érintő, akár a **személyes szabadság sérelmével járó korlátozó intézkedéseket is** alkalmazhat. A járványügyi hatóságok – az NNK (élén az országos tisztifőorvos) és a népegészségügyi feladatkörben eljáró megyei (fővárosi) kormányhivatalok és járási hivatalok – tevékenységük során a személyes szabadságot és a betegjogokat csak az egészségügyi törvényben meghatározott esetekben és módon korlátozhatják, a természetes személyeket és bármilyen szervezetet törvényben meghatározott intézkedések tülésére és megtételére kötelezhetik. A **járványügyi** hatóság által alkalmazható **intézkedéseket** az alábbi táblázat foglalja össze.

⁷⁶ 1999. évi XLII. törvény.

3. táblázat. Az egyénnel szemben alkalmazható járványügyi intézkedések

Intézkedés	Feltétele, tartalma	Hatósági cselekvés
Védőoltás	életkorhoz kötött, vagy megbetegedési veszély, vagy foglalkozási feltétel	a törvényes képviselő vagy a személy hatósági kötelezése
Szűrővizsgálat	jogszabályban meghatározott fertőző betegségek esetén kisebb vagy nagyobb közösségek tagjainak szűrővizsgálata	hatósági kötelezés
Kötelező vizsgálat, kötelező gyógykezelés	fertőző betegség gyanúja esetén orvosi vizsgálaton való megjelenés, gyógykezelés tűrése, laboratóriumi vizsgálathoz vizsgálati anyag szolgáltatása	orvos előírása; ellenszegülés esetén hatósági kötelezés vagy hatósági intézkedés
Elkülönítés	a fertőző beteg elkülönítése – a betegségtől függően – otthonában, tartózkodási helyén, kijelölt gyógyintézetben; kapcsolattartás korlátozása	orvos előírása; ellenszegülés esetén hatósági kötelezés és kényszercselekmények
Megfigyelés	a fertőző betegségben szenvedővel érintkezettek mozgási szabadságának, munkavégzésének korlátozása a megfigyelés érdekében	hatósági kötelezés vagy hatósági intézkedés
Zárlat (karantén)	a járványügyi megfigyelést erre kijelölt helyen hajtják végre; a karantént a megfigyelés alá vont nem hagyhatja el	hatósági kötelezés vagy hatósági intézkedés; ha szükséges, rendőrhatalósági kényszercselekmények
Járványügyi ellenőrzés	a kórokozó-hordozók (<i>rezervoár</i>) időszakos ellenőrzése (kötelező vizsgálat, kitiltás meghatározott intézményekből, lakhelyelhagyás tilalma, egészségügyi rendszabályok)	hatósági kötelezés
Fertőzési lánc-kutatás	meghatározott betegségek esetén a beteg kötelezése arra, hogy nevezze meg azokat a személyeket, akiktől a betegséget kaphatta, és akiknek átadhatta	hatósági kötelezés
Fertőtlenítés	a fertőző beteg tárgyainak fertőtlenítése, megsemmisítése	hatósági intézkedés

A járványügyi intézkedések csak akkor működhetnek hatékonyan, ha kiépül a fertőző betegségek **kötelező bejelentési rendszere** (a nemzetközi és az uniós szabályozásban ezt „járványügyi felügyeletnek” – *surveillance*-nek hívják). Jelenleg közel ötven fertőző betegség észlelését köteles az orvos a jogszabályban meghatározott időn (például tbc vagy egyes szexuális úton terjedő betegségek esetén 48 órán) belül bejelenteni a járványügyi hatóságnak, de ezeken kívül is valamennyi fertőző betegséget be kell jelenteni, ha szokatlanul nagy számban vagy szokatlan formában fordulnak elő. A fertőző betegeket, illetve a fertőző betegségekre gyanús

személyeket a fertőző betegek nyilvántartásába be kell jegyezni, ahonnan a betegség elmúltával vagy ha a betegség a gyanú ellenére nem igazolódott, ugyancsak az orvos bejelentése alapján, törlik a beteg illetőleg a fertőző betegségekre gyanús személy adatait.

A járványveszélyt vagy járványt a járványügyi hatóság állapítja meg. Járvány esetén a különböző szinten működő járványügyi hatóságok alkalmazhatnak az előbbieken túlmenően, **nagyszámú lakost is érintő korlátozásokat** is, akár területi, akár országos méretekben (például a bölcsődék, óvodák, tanintézetek, felsőoktatási intézmények működésének felfüggesztését, kollégiumok, bentlakásos intézmények működésének korlátozását, a helyközi személyforgalom, élőállat- vagy személyszállítás korlátozását, megtiltását, település elhagyásának megtiltását). Nemzetközi vagy országos szintű járvány esetén egészségügyi válsághelyzet rendelhető el, sőt a Kormány az Alaptörvényben szabályozott veszélyhelyzetet is kihirdetheti.

A járványügyi hatóságok munkatársai az ellenőrzés során minden munkahelyre, bármely emberi tartózkodásra szolgáló helyre beléphetnek, az ellenőrzött személy köteles az ellenőrzést tűrni, és az ahhoz szükséges anyagokat, adatokat, eszközöket és munkaerőt ellenszolgáltatás nélkül az ellenőrző rendelkezésére bocsátani. Jogszabályban meghatározott közegészségügyi, járványügyi előírások megsértése esetén az egészségügyi hatóság anyagi jogi bírságot, ún. **egészségügyi bírságot** szabhat ki.⁷⁷

4. Nemzetközi szabályozás

Mint láttuk, a nemzetközi szabályozásban a **népegészségügy területén** az egyetemes egyezmények az ILO keretében a munkaügyhöz, a munkavédelemhez, míg a WHO tevékenységéhez kapcsolódva a kábítószer, a pszichotrop anyagok, a gyógyszerek előállításáról, forgalmazásáról, korlátozásáról, tilalmáról szólnak, és a szenvedélybetegségek közül felveszik a harcot a dohányzással, az alkoholizmussal szemben is.

A WHO a népegészségügy legkülönbözőbb területen kiemelt szerepet tölt be a rövid és hosszú távú nemzetközi kutatásokban, adatszolgáltatási rendszerek működtetésében, és például az egészségügyi fogalomtárak, statisztikai módszertani szabványok kidolgozásában és elterjesztésében.⁷⁸ A WHO számos népegészségügyi

⁷⁷ Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény 13/A. §.

⁷⁸ Például a Betegségek Nemzetközi Osztályozásának rendszere (BNO-10 – nemzetközi szakirodalomban: ICD-10) – ezt 1989 decemberében fogadták el, és a tagállamok 1993-ban vezették be. A hivatalos osztályozás: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (letöltve: 2020.02.15.).

programot is szervez és koordinál (például Dohányzásellenes Világnap, Mentális Egészség Akcióprogram 2013–2020 stb.).

Közigazgatási szempontból kiemelkedő jelentősége van a **járványügyi nemzetközi együttműködésnek**, amit a 2009. évi XCI. törvénnyel kihirdetett **Nemzetközi Egészségügyi Rendszabályok** (angol rövidítéssel: IHR, a törvény magyar nyelvű rövidítésében: NER) rendeznek. A WHO ezen egyetemes egyezménye azt célozza, hogy megakadályozzák a fertőző betegségek nemzetközi terjedését, a nemzetközi forgalom és kereskedelem szükségtelen megzavarása nélkül. Ebből következően a Rendszabályok tárgyalják a részes államok információgyűjtési, bejelentési (*surveillance*) kötelezettségét, felhatalmazzák a WHO főigazgatóját a nemzetközi közegészségügyi-járványügyi szükséghelyzet vagy a világgjárvány (pandémia) fennállásának eldöntésére,⁷⁹ járványügyi intézkedéseket tartalmazó ideiglenes és állandó ajánlások kibocsátására. Ezek az ajánlások a nemzetközi forgalomban részt vevőkre (utasok, járművek, járművek személyzete, szállítmányok, tároló eszközök, csomagok) alkalmazható járványügyi intézkedéseket (ellenőrzéseket, vizsgálatokat, korlátozásokat, tilalmakat, tárgyak esetében megsemmisítést stb.) javasolhatnak, és a be- és kilépő helyekre (határátkelők, kikötők, repülőterek) is előírnak rendelkezéseket. A Rendszabályok szólnak a nemzetközi forgalomban megkövetelhető egészségügyi dokumentumokról (például nemzetközi oltási bizonyítvány), és röviden a Rendszabályok érvényesítésében közreműködő hatóságokról, szervekről. A Rendszabályok végrehajtására a részes államoknak **nemzeti NER tájékoztatási központot** kell kijelölni. Ezek állnak információs kapcsolatban a WHO által kijelölt NER kapcsolattartó központokkal. A WHO főigazgatójának döntéseit szakmai szempontból az általa kinevezett és nyilvántartott „szakértői névjegyzékben” szereplő szakértőkből összeállított „szükséghelyzeti bizottság” és „felügyeleti bizottság” segíti. Magyarországon a nemzeti NER tájékoztatási központ a Nemzeti Népegészségügyi Központ.

5. Európai uniós feladatok és hatáskörök

Az egészségügyre vonatkozó szabályozás áttekintésekor láttuk, hogy a **népegészségügy területén** az Unió a tagállamokkal **megosztott hatáskörben** léphet fel. A népegészségügyhöz sorolható területek közül a munkaegészségügyet, a betegségek megelőzését, a betegségek okainak feltárását célzó népegészségügyi intézkedéseket, a kábítószer-fogyasztás elleni harcot kell megemlíteni, amit a járványügyi szabályozási jogkörök egészítenek ki.

⁷⁹ Például ilyen szükséghelyzetet majd világgjárványt hirdettek ki 2020-ban a koronavírus terjedése miatt.

a) A **munkaegészségügy** területe nem elsősorban közegészségügyi oldalról, hanem az Európai Unió szociális dimenziójához tartozó munkajogi – és ezen belül munkavédelmi – szabályozás részeként jelent meg. A szabályozás alapja az EUMSZ 157. cikkének (2) bekezdése, miszerint az Európai Parlament és a Tanács a munkakörnyezet javítása a munkavállalók egészségének és biztonságának védelme érdekében „irányelvek útján fokozatosan alkalmazandó minimumkövetelményeket fogadhat el, figyelembe véve az egyes tagállamokban fennálló feltételeket és műszaki szabályokat”. A felhatalmazás alapján a szabályozás a munkavállalók munkahelyi biztonságának és egészségvédelmének javítását ösztönző intézkedések bevezetéséről szóló, a Tanács 1989. június 12-i 89/391/EGK irányelvéből (keretirányelv) és az ehhez kapcsolódó, a munkaeszközöket, a speciális kockázatokat, a munkahelyeket, a rákkeltő és más biológiai kóroki tényezőket és a terhes munkavállalókat érintő irányelvekből áll.⁸⁰ A munkahelyi biztonság és egészségvédelem uniós szintű információs központja az Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség.

b) Az Európai Közösségek Parlamentje és a Tanács már 1996-tól több közegészségügyi területen fogadtak el határozatokat **közös cselekvési programokról** (például rák, kábítószer-fogyasztás, AIDS elleni küzdelem stb.), de csak 2002-ben született meg az első átfogó közegészségügyi program, ami a 2003–2007 közötti öt évre határozta meg a közösség céljait és cselekvési kereteit a közegészségügy területén. Ezt követte 2007 végén a második, majd 2014-ben a harmadik közösségi cselekvési program.⁸¹ A programok – tiszteletben tartva a tagállamok egészségügyi hatásköreit – a közösségi szerepet a tagállami szakpolitikák kiegészítésében, támogatásában, gazdagításában határozzák meg, „az egészségfejlesztés, az egészségügyi innováció ösztönzése, az egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának növelése és az uniós polgároknak a határokon áterjedő súlyos egészségügyi veszélyekkel szembeni védelme révén”.⁸² Ezek a cselekvési programok kiemelik az Unió közösségi szintű feladatait a fertőző betegségekkel kapcsolatban, de messze túllépnek ezen, és minden határon átnyúló egészségügyi veszély esetén szükségesnek ítélik a komoly veszélyek nyomán követését, korai előrejelzését és a leküzdésükre irányuló fellépés közösségi szintű előmozdítását. Hangsúlyozzák továbbá, hogy ezeknek a cselekvési programoknak támogatni kell az egészségre vonatkozó célok beépítését minden közösségi politikába és tevékenységbe. Ennek jegyében hozták létre az első cselekvési program végrehajtására

⁸⁰ GELLÉRNÉ–GYULAVÁRI: Szociális politika. 457. o.; a rendszert szemléletesen bemutatja: UNGVÁRI György – MORVAI Vera: *Munkaegészségtan*. Budapest, 2010. 59–63. o.

⁸¹ Az Európai Parlament és a Tanács 2002. szeptember 23-i 1786/2002/EK határozata a közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008) elfogadásáról; az Európai Parlament és a Tanács 2007. október 23-i 1350/2007/EK határozata az egészségügyre vonatkozó második közösségi cselekvési program (2008–2013) létrehozásáról; az Európai Parlament és a Tanács 282/2014/EU rendelete (2014. március 11.) az egészségügyre vonatkozó harmadik uniós cselekvési program (2014–2020) létrehozásáról és az 1350/2007/EK határozat hatályon kívül helyezéséről.

⁸² Harmadik cselekvési program 2. cikk.

2004-ben a Közegészségügyi Program Végrehajtó Hivatalát, majd a második cselekvési program ezt átalakította a Bizottság egyik ügynökségévé.⁸³ Az ügynökség nem rendelkezik regulatív jogkörökkel, hanem a tagállami szervezetekkel való kapcsolattartás, az információgyűjtés, feldolgozás és a tájékoztatás a feladata.

c) A járványügy területén a **közösségi szintű járványügyi felügyelet** (*surveillance*) kiépítésnek szükségessége a Maastrichti Szerződést követően merült fel. A Tanács 1992 végétől több állásfoglalásban és következtetésben megfogalmazta ennek indokait.⁸⁴ Ennek az igénynek tett eleget az Európai Parlament és a Tanács 1998. szeptember 24-i 2119/98/EK határozata a Közösségben a fertőző betegségek járványügyi felügyeleti és ellenőrzési hálózatának létrehozásáról. A határozat meghatározott fertőző betegségekre vonatkozó bejelentési kötelezettségről és e betegségek megelőzésére és ellenőrzésére szolgáló korai figyelmeztető és gyorsreagáló rendszer létrehozásáról rendelkezett. Ennek továbbfejlesztése érdekében született meg az Európai Parlament és a Tanács 2004. április 21-i 851/2004/EK rendelete az **Európai Járványügyi és Betegségmegelőzési Központ** (angol rövidítéssel: ECDC) létrehozásáról. A Központ „a Közösség számára független tudományos tanácsadást, segítséget és szakértői támogatást biztosít képzett orvosi, tudományos és járványügyi szakembereiről”.⁸⁵ Feladata a fertőző betegségek miatt fennálló és újonnan megjelenő egészségügyi veszélyek azonosítása és értékelése, valamint az ezekről való tájékoztatás, részben a korai figyelmeztető és gyorsreagáló rendszer révén. Az ide beérkezett tagállami információkat a Központ értékeli, és ha szükséges, továbbítja a többi tagállam számára is, továbbá összehangolja ezt a rendszert az unión belüli többi riasztási rendszerrel. A Központ a tagállami járványügyi hatóságok mellett kapcsolatot tart a WHO-val is.

⁸³ Egészség- és Fogyasztóügyi Végrehajtó Ügynökség, majd 2014-től Fogyasztó-, Egészség-, Mezőgazdasági és Élelmiszerügyi Ügynökség. https://ec.europa.eu/chafea/about/mission_en.htm (letöltve: 2020.02.15.).

⁸⁴ HL C 1992.12.11.; HL C 1994.1.18.; HL C 1994.6.17.

⁸⁵ Az Európai Parlament és a Tanács 851/2004/EK rendelete preambulum (5) bekezdés.

V. A gyógyító-megelőző ellátás I.

Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony

1. Az egészségügyi szolgáltatás fogalma, az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság 43
2. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony 44
3. A betegjogok érvényesítésének rendszere 48

A gyógyító-megelőző ellátás keretében a következő **három viszonyrendszer** szabályozását tárgyaljuk részletesebben Az egészségügyi szolgáltató és a beteg kapcsolatát, tehát a gyógyításhoz, és ennek személyi, tárgyi feltételeihez közvetlenül kapcsolódó előírásokat (V. fejezet). Ezt követően az egészségügyi ellátórendszer felépítésének elveit, intézményi formáit, tulajdoni és fenntartói kapcsolatait (VI. fejezet), továbbá az egészségbiztosítás rendszerét, azaz a biztosító, a beteg (biztosított, jogosult) és az egészségügyi szolgáltató háromoldalú jogviszonyát (VII. fejezet).

1. Az egészségügyi szolgáltatás fogalma, az egészségügyi szolgáltatásra való jogosultság

A fogalmak tisztázásakor ki kell emelni, hogy a jogi szabályozás különbséget tesz egészségügyi szolgáltatás és egészségügyi tevékenység, illetőleg egészségügyi ellátás között.

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

a) **Egészségügyi szolgáltatásra** bármilyen jogalany – magánszemély, gazdasági társaság, költségvetési szerv, egyházi szerv, civil szervezet – jogot szerzhet, ha megfelel az adott egészségügyi szolgáltatásra előírt személyi és tárgyi feltételeknek,⁸⁶ és rendelkezik a szolgáltatásra vonatkozó felelősségbiztosítással. Az egészségügyi

⁸⁶ Ezeket rendkívüli részletességgel határozza meg az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet.

szolgáltatás fogalmi ismérvei közé tartozik, hogy szolgáltatás nyújtásához – nagyon szűk kivétellel – **működési engedély** szükséges. A működési engedélyeket a megyei és fővárosi kormányhivatalok járási (kerületi) hivatalai vagy az országos tisztifőorvos adják ki. Az engedélyezési jogkörhöz kapcsolódva e hatóságok egyúttal ellátják a szolgáltatások nyújtásának hatósági felügyeletét is. Ennek sajátos, az ágazatra jellemző módja az, hogy hatósági nyilvántartásba vett és az egészségügyi hatóságok által felkért **szakfelügyelő orvosok ellenőrzik** a tárgyi és személyi feltételek meglétét és megfelelőségét, továbbá az ellátások szakmai színvonalát. Jogszabályokkal ellentétes működés esetén az egészségügyi hatóság egészségügyi bírságot szabhat ki, felfüggesztheti a szolgáltató valamely osztályának, részlegének működését és az általuk nyújtott szolgáltatásokat, végső soron meg is vonhatja a szolgáltató működési engedélyét.⁸⁷

b) Az **egészségügyi tevékenységre** való jogosultság **személyhez kötött feltételeken alapul**: szükséges hozzá meghatározott szakképzettség (orvosi, gyógyszerészi diploma, ápolói szakképesítés stb.), egészségi, mentális és fizikai alkalmasság, továbbá az, hogy az egészségügyi dolgozó szerepeljen az orvosok, a gyógyszerészek, illetőleg a szakdolgozók közhiteles alap- és működési nyilvántartásában. Ez utóbbiban regisztrálják a jogszabályban előírt rendszeres továbbképzéseken való részvételt is, ami állandó feltétele a tevékenység gyakorlásának.⁸⁸

Az egészségügyi tevékenység egyébként **sokféle munkavégzésre irányuló jogviszony keretében** végezhető, így szabadfoglalkozás formájában, egyéni egészségügyi vállalkozóként, társas vállalkozás tagjaként, közalkalmazotti jogviszonyban, munkaviszonyban, közszolgálati tisztviselői jogviszonyban, szolgálati jogviszonyban, egyházi személyként, önkéntes segítőként, egyéni cég tagjaként. Ugyanakkor az ágazat szinte minden szakmájában az egészségügyi tevékenység folytatása kamarai tagsághoz is kötött.⁸⁹

2. Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony

Ezt röviden „orvos–beteg” jogviszonynak szokták nevezni, de az előbbiekből következően a betegnek az egészségügyi szolgáltató nyújtja az ellátást, amiben nagyon

⁸⁷ Az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról szóló 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet és az egészségügyi szolgáltatók hatósági szakfelügyeletéről, szakmai minőségértékeléséről és a minőségügyi vezetőkről szóló 16/2019. (VII. 30.) EMMI rendelet.

⁸⁸ Eütv. 110–113/B. § és az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény.

⁸⁹ Az orvosokat a Magyar Orvosi Kamara fogja át, a gyógyszerészek a Magyar Gyógyszerészi Kamara tagjai, az egészségügyi szakdolgozókat pedig a Magyar Egészségügyi Szakmai Kamara tömöríti. Mindegyik kamarának vannak területi szervei és a központi szintje.

gyakran az orvos mellett sok más egészségügyi dolgozó is közreműködik. Ebből következően a szolgáltatás megfelelőségéért is a szolgáltató felel a beteggel szemben, nem közvetlenül az orvos.

Ebben a jogviszonyban a „**beteg**” fogalma – hasonlóképpen az egészségügyi szolgáltatás fogalmához – lényegesen tágabb, mint amit a hétköznapi szóhasználatban értünk alatta, és – egészségi állapotától függetlenül – **mindenkit felölel, aki egészségügyi ellátást vesz igénybe, vagy abban részesül.**

Az egészségügyi szolgáltató és a beteg közötti jogviszony természetéről nagyon sok tudományos munka született.⁹⁰ A ma általánosnak mondható felfogás szerint ez **alapvetően polgári jogi jogviszony**, és ezen belül is leginkább a megbízási jogviszony jellemzőit hordozza, de már a polgári jogi szabályozás körében is számos sajátossága van (például ráutaló magatartás a jogviszony létrehozására, részletesen szabályozott tájékoztatási kötelezettség stb.). Ugyanakkor erre a jogviszonyra **számos közjogi** – alkotmányjogi, közigazgatási jogi, pénzügyi jogi – **szabály is irányadó**, amelyek részben egyes közérdekből kötelező ellátásokra vonatkoznak, részben a beteg közvetlen ellenszolgáltatását (a szolgáltatói díj megfizetését) kiváltó közfinanszírozásból fakadnak. A jogi szabályozáson túl a szolgáltatásnak, ellátásnak igen **kiterjedt etikai normarendszere** is van.

A jogviszony **alkotmányjogi és polgári jogi oldalát** fejezik ki a **betegjogok**. Az 1998-tól hatályos egészségügyi szabályozás egyik legjelentősebb előrelépése, hogy az Eütv. és végrehajtási rendeletei részletesen szabályozzák az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők jogait és kötelezettségeit. A betegjogok törvényi rögzítése elvileg lehetővé teszi, hogy a betegek, illetve az egészségüggyel kapcsolatba kerülő egyéb páciensek egyenrangú félként vehessenek részt az ellátásban. Ezen jogosítványok konkrét tartalmát gyakran az Eütv. végrehajtási jogszabályai határozzák meg. A betegjogok értelmezéséről igen **kiterjedt alkotmánybíró-sági gyakorlat** alakult ki 1998 óta. Sajnos terjedelmi okokból sem az egyes jogok részletes ismertetésére, sem az alkotmánybíró-sági döntések⁹¹ bemutatására nincs

⁹⁰ A magyar szakirodalomból: Szász Béla: *Orvosi jogtudomány*. Pécs, 1925.; NIZSALOVSZKY Endre: *A szerv és szövetátültetések joga*. Budapest, 1970.; Törő Károly: *Az orvosi jogviszony*. Budapest, 1983.; SÁNDOR Judit: *Gyógyítás és ítékezés*. Budapest, 1997.; TARR György: *Gondolatok az orvosi jogról és az orvosi jogviszonyról*. *Magyar Jog*, (2002) 1., 22–30. o.; DÓSA Ágnes: *Az orvosi kártérítési felelősség*. Budapest, 2004.; JOBBÁGYI Gábor: *Orvosi jog*. Budapest, 2005.

⁹¹ A legfontosabb betegjogokkal összefüggő alkotmánybíró-sági döntéseket felidézve: ellátáshoz való jog: 54/1996. (XI. 30.) AB határozat (ABH 1996, 173–204.); magzati élet védelme: 64/1991. (XII. 17.) AB határozat (ABH 1991, 291–341.) és 48/1998. (XI. 28.) AB határozat (ABH 1998, 297–317.); korlátozottan cselekvőképes betegek, pszichiátriai betegek jogai: 36/2000. (X. 27.) AB határozat (ABH 2000, 241–292.) és 21/2010. (II. 25.) AB határozat (ABH 2010, 85–94.); szabad orvosválasztás: 56/2000. (XII. 19.) AB határozat (ABH 2000, 527–537.); eutanázia: 22/2003. (IV. 28.) AB határozat (ABH 2003, 235–312.); ellátás visszautasítása: 24/2014. (VII. 22.) AB határozat (ABH 2014, 1128–1157.).

lehetőség, ezeket az alapjogi ismeretek körében az alkotmányjog oktatása dolgozza fel.⁹²

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

4. táblázat. Betegjogok

Betegjogok, kötelezettségek	Szolgáltató jogai, kötelességei	Egészségügyi dolgozó jogai, kötelességei
Ellátáshoz való jog: jog a beteg egészségi állapota által indokolt, megfelelő, folyamatosan hozzáférhető és az egyenlő bánásmód követelményét garantáló egészségügyi ellátáshoz; sürgős szükség esetén jog az életmentő ellátáshoz és a fájdalomcsillapításhoz.	– Tárgyi és személyi feltételek folyamatos biztosítása – Az ellátás megszervezése, területi ellátási kötelezettség – Minőségügyi vezető biztosítása	– Ellátási kötelezettség – kivétel: törvényben felsorolt megtagadási okok (például lelkiismereti okok) – Szakmai döntési szabadság: a vizsgálati és terápiás módszerek megválasztásának joga
Emberi méltósághoz való jog: a tiszteletteljes, megbecsülő bánásmódhoz való jog; az indokolatlan beavatkozások elvégzésének tilalma; jog a személyes szabadsághoz, amely csak indokolt esetben korlátozható.	Szervezeti és működési garanciák megteremtése	A beteg maximális tiszteletben tartása: a beteg alanya, nem pedig tárgya az ellátásnak
Kapcsolattartás joga: a beteg megválaszthatja, kivel szeretne, illetve nem szeretne személyesen találkozni, beszélni a kórházban.	Szervezeti és működési garanciák megteremtése	
Önrendelkezéshez való jog: a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, és ha igen, annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza. Ha nincs cselekvőképes állapotban, a törvény határozza meg, ki dönt helyette.		– A beteg aktuális cselekvőképes állapotának vizsgálata – Helyettes döntéshozó értesítése

⁹² A betegjogokról szóló szakirodalom örvendetesen gazdag, az újabbak közül lásd Dósa: *Összehasonlító egészségügyi jog*. 48. o.; SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes: *A betegek jogairól*. Budapest, 2012.; az alkotmányjogi megközelítést és betegjogokkal összefüggő közigazgatási feladatokat, kötelezettségeket egymásra tekintettel tárgyalja KERESZTY Éva Margit: *Betegjogok másképpen – az állami szerepvállalás lehetőségei és formái a betegjogok és orvosi jogok érvényesítésében*. Habilitációs monográfia. Budapest, 2012.; SÁNDOR Judit: *Az én molekulám: bioetika és emberi jogok a XXI. század elején*. Budapest, 2016. 228. o.; CSITEI Béla: *Személyiségi jogok az egészségügyben*. *Polgári Jog*, (2017) 9., lásd *Complex Jogtár*, Ptk. 2:42. §-ához kapcsolt szócikk.

<p>Tájékoztatáshoz való jog: az önrendelkezéshez való jog információs alapja: a betegnek tisztában kell lennie a kezelés várható hatásával, kockázataival, hogy tájékozottan tudjon dönteni a beleegyezéséről vagy az ellátás visszautasításáról.</p>	<p>A tájékoztatás jogának intézményes biztosítékai</p>	<p>A beteg számára az egyénre szabott tájékoztatás kötelezettsége: szóban, invazív beavatkozások esetén írásban</p>
<p>Ellátás visszautasításának joga: az önrendelési jogból következően – fő szabályként – a beteg visszautasíthatja az ellátást.</p> <p>Korlátok: járványügyi kötelezések; kötelező pszichiátriai kezelés</p> <p>Életfenntartó beavatkozás visszautasítása: több együttes, speciális feltétele van; nincs eutanáziához való jog</p>	<p>Kiskorú esetén a szülői beleegyezés pótlása iránt bírósági eljárás megindítása</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A feltételek fennálltának megállapítása – A fájdalom és a szenvedés csillapítása, akkor is, ha a beteg az ellátást visszautasította (ún. palliatív ellátás)
<p>A gyógyintézet elhagyásának joga: az önrendelési jog részjogosultsága: a beteg bármikor dönthet az ellátás megszakítása és a kórház elhagyása mellett.</p> <p>Korlátok: lásd az önrendelési jog korlátait</p>	<p>Dokumentálás [hozzátartozó értesítése]</p>	
<p>Egészségügyi adatok különleges kezelése, orvosi titoktartáshoz való jog: az egészségügyi ellátás során keletkező adatok fokozottan védett, különleges személyes adatok. A beteg meghatározhatja, hogy betegségéről, annak várható kimeneteléről kiknek adható felvilágosítás és kiknek nem.</p>		<p>Titoktartási kötelezettség (de orvosi konzílium lehetősége)</p>
<p>Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga: az egészségügyi adataival a beteg rendelkezik, de a dokumentációt a szolgáltató vezeti. A betegnek – az adatvédelmi szabályokkal összhangban – bármikor joga van az ellátás során keletkezett valamennyi dokumentum megismerésére (kivéve egyes pszichiátriai ellátásokat).</p>	<ul style="list-style-type: none"> – A dokumentáció megismerésének, őrzésének szervezeti, működési biztosítékai – Adatvédelmi felelős 	<p>Az egészségügyi dokumentáció vezetése</p>
		<p>Közfeladatot ellátó személyként büntetőjogi védelemhez való jog</p>
		<p>Szakmai fejlődéshez való jog és kötelezettség</p>

3. A betegjogok érvényesítésének rendszere

A betegjogok és az egészségügyi ellátásért való felelősség érvényesítésében a jogrendszer szinte minden ága szerepet kap. A jogintézmények nemcsak jogáganként, hanem aszerint is csoportosíthatók, hogy az egészségügyi szolgáltatóval szemben vagy az egészségügyi tevékenységet végző személlyel szemben érvényesíthetők-e. A jogérvényesítés intézményeit az alábbi táblázat foglalja össze.

5. táblázat. A betegjogok érvényesítése⁹³

Jogág	Egészségügyi szolgáltatóval szemben	Egészségügyi tevékenységet végzővel szemben
Közigazgatási jog	<ul style="list-style-type: none"> – Betegpanaszok a szolgáltató vezetőjéhez, a fenntartóhoz, a hatósághoz: Eütv. 29. § – Betegjogi képviselő: Eütv. 30–33/A. § – Egészségügyi közvetítói eljárás: Eütv. 34. §; 2000. évi CXVI. törvény – Egészségügyi hatósági szakfelügyelet: 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet 18–19. § és 16/2019. (VII. 30.) EMMI rendelet 	
Polgári jog	<ul style="list-style-type: none"> – Felelősség az egészségügyi szolgáltatás „hibás teljesítése” miatt: a szerződésen kívüli kárfelelősség szabályai („műhiba-per”): Eütv. 244. § és Ptk. 6:518–6:534. § – Személyiségi jogvédelem Ptk. 2:42–2:43. § (kegyeleti jog: 2:50. §) és 2:51–2:54. § 	
Büntetőjog		2012. évi C. törvény (Btk.) – különösen: <ul style="list-style-type: none"> – 165. § Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés – 166. § Segítségnyújtás elmulasztása – XVI. fejezet: Egészségügyi beavatkozás és kutatás rendje elleni bűncselekmények – 187. § Kuruzslás
Szakmai kamarai szabályozás		Etikai felelősség 2006. évi XCVII. törvény 20–26/A. §

⁹³ A humánszolgáltatásokkal szembeni jogérvényesítési lehetőségeket áttekintően tárgyalja ASBÓTH Márton: A „fogyasztóvédelem” a humánszolgáltatásokban. In FAZEKAS Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog. Általános rész II.* Budapest, 2017. 146–158. o.

Mint láttuk, a **nemzetközi szabályozás** az orvos–beteg viszonyban az emberi élet és az emberi méltóság védelme érdekében a **beteg önrendelkezési jogának garanciáit** erősíti meg, az általános elvek szintjén (például tájékoztatáshoz való jog, a tájékozott beleegyezés nélküli beavatkozások tilalma stb.) is, és részletesebb speciális szabályokat alkotva azokon a különleges területeken is, ahol a betegek kiszolgáltatottsága nagyobb lehet (például orvostudományi kutatások).⁹⁴

Az **európai uniós szabályozás** e viszonyrendszerben ugyancsak a különleges ellátások körében jelenik meg: az egyik szabályozási terület az emberi szervek és szövetek,⁹⁵ a másik a vér és vérkészítmények minőségi és biztonsági követelményeinek a meghatározása.⁹⁶ A két irányelv hasonló kérdéseket szabályoz: tagállami hatóságok engedélyezési, hatósági felügyeleti, nyilvántartási jogai és kötelezettségei a szerv-, szövet-, vérvizetelt, -tárolást, -feldolgozást, -felhasználást végző egészségügyi intézményekkel szemben; a donorok kiválasztása, vizsgálata, nyilvántartása, adataik védelme; a folyamat teljes körű dokumentálása a donortól a recipiensig; a szervek, szövetek, vérkészítmények minősége, biztonságossága; adatszolgáltatási és információs kötelezettségek a Bizottság és a többi tagállam felé, illetőleg közös adatbankok; a súlyos káresemények, szövődmények külön jelentése; tudományos konzultációk a Bizottság és a tagállamok szintjén is.

A magyar szabályozásban rendelkezésre álló **jogérvényesítési eszközöket** a következőképpen értékelhetjük. A **közigazgatási jog** keretei között **igen erőtlen** jogérvényesítő eszközök állnak rendelkezésre. Az Eütv. vagy a Panasztörvény⁹⁷ alapján kezdeményezett panaszeljáráásban a panaszos mindössze a panasz benyújtásának jogával rendelkezik (amire kötelező választ kapnia), azonban semmi sem garantálja, hogy ennek nyomán valódi vizsgálat indul meg. A betegjogi képviselők csupán tanácsadási jogkörrel rendelkeznek, ők maguk nem indíthatnak eljárást, és különösen nem rendelkeznek a panasz kivizsgálásának jogával vagy bármiféle ügydöntő jogkörrel. A büntetőjogi felelősség szélsőséges esetét leszámítva tehát a beteg jobbra polgári jogi jogintézményekben bízhat sérelme orvoslásakor.

A **polgári jogi jogintézmények** azonban legalább **két okból** csak **korlátozottan** alkalmasak a betegjogi jogsértések kompenzálására.

a) Egyrészt a polgári igények **mindig egyéni jellegűek**, vagyis nincsenek tekintettel arra, hogy a betegjogsértés milyen gyakorisággal jelentkezik. Az egészségügyben

⁹⁴ Igen széles nemzetközi összehasonlítás alapján tárgyalja ezeket a területeket Dósa: *Összehasonlító egészségügyi jog*, 48. o.

⁹⁵ Az Európai Parlament és a Tanács 2004. március 31-i 2004/23/EK irányelve az emberi szövetek és sejtek adományozására, gyűjtésére, vizsgálatára, feldolgozására, megőrzésére, tárolására és elosztására vonatkozó minőségi és biztonsági előírások megállapításáról.

⁹⁶ Az Európai Parlament és a Tanács 2003. január 27-i 2002/98/EK irányelve az emberi vér és vérszervek gyűjtésére, vizsgálatára, feldolgozására, tárolására és elosztására vonatkozó minőségi és biztonsági előírások megállapításáról, valamint a 2001/83/EK irányelv módosításáról.

⁹⁷ A panaszokról és a közérdekű bejelentésekről szóló 2013. évi CLXV. törvény.

jellemző, hogy a jogsértés jelentőségét nem kirívó súlya, hanem számossága adja: vagyis az, hogy rendszerszinten, a napi gyakorlatban jelentkezik, betegek nagy csoportját érintve. Ezekkel szemben a polgári jogi jogérvényesítési eszközök hatástalanok.

b) Másrészt a polgári perben fő szabályként azt terheli a bizonyítás, aki állít. A beteg (vagy halála esetén a túlélő hozzátartozó) számára sok esetben **lehetetlen** kihívás a megfelelő **bizonyítékok felmutatása**, hiszen ezeket éppen az alperestől kellene megszereznie – ha ugyan ténylegesen léteznek. Az eljárások sokszor szakértői kérdéseket érintenek, emiatt bizonytalanná, kiszámíthatatlanná válhat a per kimenetele. Ráadásul a szakértő igénybevétele a költségeket – és így pervesztesség esetén a beteg által fizetendő perköltséget – is megsokszorozhatja.

Az egészségügyben elérhető jogérvényesítő mechanizmusok közül tehát **feltűnően hiányzik** egy olyan közigazgatási szerv, amely hatósági eszközökkel lenne képes a betegpanaszok proaktív kivizsgálására. A közigazgatási hatósági eljárás logikájából – szemben a polgári bíróság előtti jogérvényesítéssel – a jogalkalmazó szerv aktivitása következik. A hatósági eljárásban a hatóság nemcsak az elé tárt bizonyítékok alapján dönt, hanem az ő kötelessége a tényállás tisztázására, tehát lépéseket kell tennie ennek érdekében. Így tehát nem(csak) a beteget terhelné a bizonyítékok beszerzésének kötelezettsége, és jóval kevésbé lenne kitéve az ellenérdekű fél „erőfölényének”. Egy ilyen hatóság alkalmas lenne arra is, hogy az egyes panaszokat ne csak önmagukban, hanem rendszerszinten szemlélje, vagyis észlelje, ha azok rendszeresen előfordulnak, ismétlődnek, és ezek alapján állapítson meg közigazgatási természetű jogkövetkezményeket (például szabjon ki pénzbírságot vagy kezdeményezze a működési engedély felfüggesztését, visszavonását). Érdemes kiemelni, hogy a fogyasztóvédelmi hatóságok nagyon hasonló logika mentén működnek a mai napig is, de hatáskörük nem terjed ki az egészségügyi panaszok kivizsgálására. A szerv létesítésének logikája tehát adott, a magyar közigazgatási rendszerben mégis csak nagyon rövid ideig létezett hasonló: az Egészségbiztosítási Felügyeletet 2007 elején hozták létre és 2010 szeptemberében már meg is szűnt. Hogy egy ilyen szervre mekkora lenne a betegek igénye, jól mutatja, hogy a Felügyelet működésének két éve alatt 13 000 eljárást indítottak.⁹⁸

⁹⁸ <https://hirkozpont.magyarorszag.hu/hirek/ebf20090624.html> (letöltve: 2020.02.15.).

VI. A gyógyító-megelőző ellátás II.

Az egészségügyi ellátórendszer

1. Az egészségügyi ellátórendszer szakmai tagolódása. A progresszivitás elve	51
2. Az egészségügyi szolgáltatók tulajdoni és működési formái	52

1. Az egészségügyi ellátórendszer szakmai tagolódása.

A progresszivitás elve

Az egészségügyi ellátást végző szolgáltatók **összefüggő ellátórendszert** alkotnak. A rendszer a **progresszivitás elvét** követi. A progresszivitás elve alapján az egészségügyi ellátások rendszere az eltérő egészségi állapotú egyének differenciált ellátását szolgáló, a munkamegosztás és a fokozatosság elvén alapuló intézményrendszerre épül, amelyben az egyén egészségi állapotának összes jellemzője együttesen határozza meg a szükséges ellátási szintet.

Ez az elv a beteg állapotának legmegfelelőbb ellátást és az egészségügy korlátozott erőforrásainak leghatékonyabb felhasználását próbálja meg összeegyeztetni. Az ellátórendszer, **szintjeit tekintve**, alapellátásból, járóbeteg-szakellátásból és fekvőbeteg-ellátásból áll.

a) Az **alapellátás** a házi orvosi, a házi gyermekorvosi és a fogorvosi alapellátást, továbbá az alapellátási ügyeletet, a védőnői ellátást, az iskola-egészségügyet, a foglalkozás-egészségügyi alapellátást, és az alapellátáshoz kapcsolódó otthoni szakápolást jelenti, amit a beteg lakóhelyén vagy annak közelében, és választása alapján vehet igénybe.

Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény szerint:

1. § (1) Az egészségügyi alapellátás biztosítja, hogy a beteg a lakóhelyén, illetve annak közelében hosszú távú, személyes kapcsolaton alapuló, folyamatos egészségügyi ellátásban részesüljön, nemétől, korától és betegsége természetétől függetlenül.

b) A **járóbeteg-szakellátás** általános és speciális ellátásokra tagolódik. **Általános** a szakorvos által végzett alkalomszerű egészségügyi ellátás, vagy fekvőbeteg-ellátást nem igénylő krónikus betegség folyamatos szakorvosi gondozása. Ezt úgy kell megszervezni, hogy a beteg tömegközlekedéssel el tudjon jutni a szakrendelésre. **Speciális** járóbeteg-szakellátás a különleges szaktudást, illetve speciális anyagi, tárgyi és szakmai felkészültséget igénylő betegségek kórházon kívüli felismerése,

kezelése (például CT-vizsgáló laboratórium). A járóbeteg-ellátás szervezeti formái lehetnek: szakrendelő, rendelőintézet, mobil egészségügyi szolgálat, szakambulancia, gondozó, állomás/központ, laboratórium, diagnosztikai központ, otthoni szakápolás, hospice szolgálat, szakdolgozó által nyújtott szakellátás (például fizioterápia).

c) A **fekvőbeteg-ellátás** is vagy általános, vagy speciális. Az általános ellátás a betegnek a lakóhelye közelében, fekvőbeteg-gyógyintézetben végzett egészségügyi ellátása. A speciális itt is a különleges szaktudást, személyzetet vagy/és felszerelést igénylő ellátás (például idegsebészet). A fekvőbeteg gyógyintézetek szervezeti formái: kórház, országos gyógyintézet, klinika, nappali kórház, ápolási intézet, ritka betegségek szakértői központ.

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

2. Az egészségügyi szolgáltatók tulajdoni és működési formái

A közszolgáltatásként megszervezett egészségügyi ellátó rendszerek működtetése szempontjából **háromféle szereplőt** különböztethetünk meg: az egészségügyi szolgáltató tulajdonosát, az egészségügyi ellátásért felelős szervezetet és a finanszírozót. A közszolgáltatásra épülő egészségügyi rendszerekben az alábbi megoldások alakultak ki.

a) Az egészségügyi **szolgáltatók** működhetnek **köz- vagy magántulajdonban**, mindkét csoporton belül számos variációs lehetőséggel: a köztulajdonban a tulajdonos szerint lehetnek állami, önkormányzati vagy köztestületi⁹⁹ tulajdonban lévő intézmények, és ezek gazdálkodási rendjük szerint működhetnek költségvetési szervként vagy közvállalkozás formájában. A magánszolgáltatók is sokfélék: egészségügyi vállalkozások, egyházi intézmények, civil szervezetek.

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

c) Az egészségügyi közszolgáltatást állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás esetén **finanszírozhatják** csak az állami költségvetésből, vagy az állami és

⁹⁹ Például egészségügyi szolgáltatást is működtető köztestületi biztosító volt az Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI) a két világháború között.

önkormányzati költségvetésből, de biztosítói közreműködés nélkül. Ha kötelező egészségbiztosítás rendszer működik, ez lehet egy- vagy több-biztosítás. Ez utóbinál a biztosítók lehetnek költségvetési szervek, köztulajdonú vállalkozások vagy magánbiztosítók, sőt egymás mellett működve ezek valamiféle kombinációja is.

A magyar egészségügy 19. és 20. századi történetében – ahogy ezt a történeti fejezetben láthattuk – a kötelező egészségbiztosítás megszervezéséig az egészségügyi szolgáltatók többsége magántulajdonra épülő magánvállalkozás, egyesület vagy egyházi intézmény volt, amit kiegészített a vármegyei és a települési önkormányzatoknak előírt minimális alapellátási kötelezettség (községi orvos, körorvos, szülésznő alkalmazása). A kötelező betegbiztosítás megjelenésével ez a helyzet annyiban változott meg, hogy a köztisztviselői jogállású biztosító(k) maguk is tartottak fenn gyógyintézeteket (szakrendelőket, utóbb kórházakat, szanatóriumokat is), tehát egyszerre voltak tulajdonosok, ellátásszervezők és finanszírozók is. A szocialista egészségügyben az egészségügyi ellátást monopolhelyzetű állami egészségügyi szolgáltatóként szervezték meg, központi és tanácsai egészségügyi intézményekben és alkalmazottakkal.

1990-ben az egységes állami egészségügyi ellátó rendszer lebontása a tulajdoni viszonyok szempontjából azzal kezdődött meg, amikor az egészségügyi és szociális vállalkozásokról szóló 113/1989. (XI. 15.) MT rendelet 1990. január 1-jétől szabaddá tette a vállalkozást az egészségügyben. Ennek ellenére az egészségügyben **az ellátórendszer egészét tekintve nem ment végbe a privatizáció**, kivéve a háziorvosi ellátásban és néhány egészségügyi szakterületen (például művese-kezelés), ahol már a kilencvenes évek elején dominánssá vált a magánvállalkozás.

Az egészségügyi ellátásért való felelősséget a helyi önkormányzatokról szóló 1990. évi LXV. törvény (Ötv.) – az országos intézetek, az egyetemi klinikák és a sürgősségi ellátáshoz kapcsolódó speciális rendszerek (mentés, vérellátás) kivételével – az önkormányzatokra telepítette, oly módon, hogy a települési önkormányzatok kötelező feladata lett a körzeti orvosi rendszert felváltó háziorvosi ellátás biztosítása, míg a szakellátást – ha települési, elsősorban városi, megyei jogú városi önkormányzatok nem vállalták fel – a megyei önkormányzatoknak kellett megszervezni. Az önkormányzatok az ellátási felelősségnek az egészségügyben is az általuk választott módon tehetek eleget: saját intézmény fenntartásával, önkormányzati társulásban, magánszolgáltatóval való szerződés útján. A szakellátásban ez azt eredményezte, hogy a járóbeteg-szakellátás – a vonzáskörzetre is kiterjedően – tipikusan városi (fővárosi kerületi) feladat maradt, önkormányzati fenntartású szakrendelőkben, míg a kórházakat a megyei önkormányzatok, illetőleg néhány nagy megyei jogú városban a városi önkormányzat tartották fenn.

2010 után az Alaptörvény és az MÖtv. elfogadásával párhuzamosan – azokkal összhangban – az egészségügyben is alapvető fordulat ment végbe az önkormányzatok feladatait illetően. Ahogy már röviden érintettük, 2012. január 1-jétől állami tulajdonba és fenntartásba kerültek a megyei és fővárosi önkormányzati kórházak,

majd 2012. április 1-jétől **államosították** a városi kórházakat is. 2013-ban az állami tulajdonba került, de még gazdasági társaság formájában működő egészségügyi intézményeket is költségvetési szervekké kellett visszaalakítani. Az államosítás tehát nemcsak a tulajdonformában, hanem a működési formában is megtörtént.¹⁰⁰ Az egészségügyi szolgáltatók jelenlegi **tipikus tulajdoni és működési formáit** az alábbi táblázat foglalja össze.

6. táblázat. Az egészségügyi szolgáltatók tulajdoni és szervezeti formái

Ellátási szint		Közzolgáltató	Magánszolgáltató
Alapellátás		(kivételesen polgármesteri hivatal vagy szakrendelő közalkalmazottja)	háziiorvosi praxisjoggal rendelkező egyéni vagy társas vállalkozások (bt., kft.)
Járóbeteg-szakellátás	általános	önkormányzati költségvetési szerv; (kivételesen: állami költségvetési szerv)	
	diagnosztika; egyes speciális ellátások (például otthonápolás, művesekezelés)	állami, önkormányzati költségvetési szerv részlege	– egyéni és társas vállalkozások – egyházi intézmények
Fekvőbeteg-ellátás		állami költségvetési szerv	– egyházi intézmények – néhány magánkórház
Mentés		monopolhelyzetű állami költségvetési szerv (OMSZ)	
Betegszállítás		OMSZ	betegszállító vállalkozások (kft.)
Ápolás		állami költségvetési szerv részlege	– egyéni és társas vállalkozások (bt., kft.; nonprofit gt.) – egyházi intézmények – civil szervezetek
Nem-konvencionális ellátások			egyéni és társas vállalkozások (bt., kft.)
Gyógyszerügy	gyártás, nagykereskedelem		gyógyszergyártó és nagykereskedelmi gazdasági társaságok (rt.)
	gyógyszer-kiskereskedelem (patika)		személyi joggal rendelkező gyógyszerész

¹⁰⁰ Az önkormányzatok ellátási felelősségéről KERESZTY Éva: A helyi önkormányzatok szerepe és lehetőségei a betegjogok érvényesítésében 2012-ig – és azután? *Magyar Közigazgatás*, (2012) 2., 61–76. o.

Az összefoglaló táblázatból látható, hogy a **kórházak** (fekvőbeteg gyógyintézetek) pénzügyi jogi státuszukat tekintve döntően állami költségvetési szervek, közigazgatási jogi szempontból közintézetnek minősülnek, azaz a fenntartójuk gondoskodik a szükséges személyi, tárgyi feltételek biztosításától. Azt, hogy melyek ezek a feltételek, részletes végrehajtási rendeletek bontják ki.¹⁰¹ Az intézményfenntartási feladatokat – több szervezeti változtatás után – jelenleg az **Állami Egészségügyi Ellátó Központ** (ÁEEK) végzi, amely – az NNK-hoz hasonlóan – az EMMI alá rendelt központi hivatal.

Egészségügyi intézményeket azonban nem csak az ÁEEK tart fenn. A kórházak államosítása után is a **helyi önkormányzatok** feladata maradt a háziorvosi ellátás és – településmérettől függően – a járóbeteg-szakellátás megszervezése. A feladat megszervezését tekintve ez azt jelenti, hogy a településeknek nem kötelező saját maguknak rendelőket fenntartani, orvosokat alkalmazni, hanem – az MötV.-ben biztosított ellátásszervezési szabadság alapján – megállapodhatnak magán-/civil szolgáltatóval is.

Az egészségügyi ellátórendszerben jelentős szerep hárul az **egyetemekre**, amelyek részei az állami egészségügyi ellátórendszernek, és gyakran kifejezetten magas szintű ellátást nyújtanak a klinikáikon, emellett az orvostanhallgatók gyakorlati képzőhelyeiként is funkcionálnak.

Kivételesen találunk olyan gyógyintézeteket is, amelyek közvetlenül az EMMI alá tartoznak. Ezek közös jellemzője, hogy speciális szakellátást nyújtanak és az egész országra kiterjed az ellátási körzetük. Ilyen például a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet.

Egészségügyi intézményeket **egyházak** is tarthatnak fenn, amelyek bizonyos esetekben – az állammal kötött közigazgatási szerződés keretei között – szintén kiveszik a részüket az állami egészségügyi ellátásból.

A fentiek mellett egyre jelentősebb a **magánszolgáltatók** jelenléte az egészségügyi ellátásban. A magánellátók között megtalálhatók kisebb cégek, amelyek például diagnosztikai feladatokat látnak el, de régóta jelen vannak szakosított (tipikusan fogászati vagy nőgyógyászati) ellátást nyújtó szolgáltatók is. Az utóbbi években megjelentek mellettük a komplex ellátást kínáló magánkórházak is. Ezek közös jellemzője, hogy az ellátásaikat nem finanszírozza a társadalombiztosítás, az állami feladatellátásban nem vesznek részt, viszont az egészségügyi ágazati-szakmai szabályoknak ugyanúgy alá kell vetniük magukat, tehát a közigazgatás hatósági felügyelete rájuk is kiterjed.

¹⁰¹ Ezek közül ki kell emelni az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletet.

VII. A gyógyító-megelőző ellátás III.

Az egészségbiztosítás

1. A biztosítottak és egyes ellátásokra jogosultak	57
2. Az ellátások: a „szolgáltatási csomag”	60
3. Az egészségbiztosításba „befogadott” szolgáltatók	62
4. A biztosító	63
5. Az egészségügyi ellátások fedezete. Finanszírozási technikák	64
a) Az ellátások fedezete: köz- vagy magánfinanszírozás	64
b) Finanszírozási technikák	66

Az egészségbiztosítási rendszerek jellemzésekor általában a következő szempontokat szokták tárgyalni: ellátásokra jogosultak köre, csoportjai; az ellátások fajtái, tartalma, meghatározásuk módja; az ellátást nyújtó szolgáltatók, kapcsolatuk a biztosítóval; az egészségbiztosítás szervezete; a szolgáltatások fedezete és a finanszírozás módszerei.

1. A biztosítottak és egyes ellátásokra jogosultak

A magyar egészségügy történetében a szocializmus idején végrehajtott jogkiterjesztésekkel az 1960-as évek közepére a lakosság 97%-ára terjedt ki a kötelező egészségbiztosítás,¹⁰² így amikor 1975-ben áttértünk a biztosítási elvről az állampolgári jogon járó egészségügyi ellátásra, a jogosultak köre és száma lényegében nem változott. Ugyanígy nem változott akkor sem, amikor 1992-ben visszatértünk a közfinanszírozott, de biztosítási elvű egészségügyi ellátásra. A váltás – amelyben egyébként akkor minden politikai erő egyetértett – alapvetően azt a célt szolgálta, hogy az egyéneket és munkáltatókat terhelő járulékfizetéssel és a járulékoknak a központi költségvetéstől elkülönített alapba (Egészségbiztosítási Alap, továbbiakban: E-Alap) való felhalmozásával az egészségügyi rendszer minden szereplőjében tudatosuljanak az egészségügy költségei és tervezhetővé váljanak a bevételek és a kiadások.

A kötelező egészségbiztosításra való áttérés óta a jogosultakat illetően **két nagy csoportot** különböztet meg a jogi szabályozás. A **biztosítottak** azok a személyek, akik járulékfizetéssel valamennyi egészségbiztosítási ellátásra – az egészségügyi szolgáltatásokra és a pénzbeli ellátásokra is – jogot szereznek. A csak **egészségügyi szolgáltatásra jogosultak** – fő szabályként – nem fizetnek sem járulékot, sem

¹⁰² BEZERÉDYNÉ–HENCZ–ZALÁNYI: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért*. 30. o.

díjat, az ellátásukra a központi költségvetés utal át forrásokat az E-Alapba. Ebbe a csoportba tartoznak azonban azok is, akik nem biztosítottak, és jogszabály alapján sem jogosultak az egészségbiztosítás természetbeni ellátásaira, hanem havonta meghatározott összegű egészségügyi szolgáltatási járulékot kötelesek fizetni az egészségbiztosítás természetbeni ellátásaiért.

2020. június 30-ig a biztosítottak, az egészségügyi ellátásra jogosultak körét és a járulékfizetési kötelezettségeket az 1997. évi LXXX. törvény szabályozza. Ezt váltja fel 2020. július 1-jétől a társadalombiztosítás ellátásaira jogosultakról, valamint ezen ellátások fedezetéről szóló 2019. évi CXXII. törvény (új Tbj.). Az új törvény lényegesen megszigorítja a közvetlen egészségügyi szolgáltatási járulékfizetésre kötelezettek esetében az egészségügyi ellátások igénybevételét. Háromhavi járulékfizetési elmaradás esetén ugyanis csak az egészségügyi szolgáltatás díjának közvetlen kifizetése ellenében vehetők igénybe az egészségbiztosítás keretében járó egészségügyi szolgáltatások.¹⁰³

Az egészségbiztosítás ellátásaira jogosultak köre az uniós csatlakozással is lényegesen megváltozott. 2004-től a magyar egészségbiztosításra is kiterjedt a Tanács 1408/71/EGK rendelete a munkavállalókra és az önálló vállalkozókra, valamint családtagjaikra vonatkozó szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról, majd az Európai Parlament és a Tanács 2004. április 29-i 883/2004/EK rendelete a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról. Ezek a rendeletek alapvetően a személyek szabad áramlását segítik elő azzal, hogy először az unión belüli migráns munkavállalók számára biztosították ugyanazokat az egészségbiztosítási szolgáltatásokat, mint ami a tagállami munkavállalókat megilleti. Majd fokozatosan lehetővé tették meghatározott egészségügyi ellátások igénybevételét egy másik tagállamban az önálló vállalkozóknak, diákoknak és ezek családtagjainak, illetőleg a nyugdíjasoknak, végül minden biztosítottnak, ha a biztosítási helyétől eltérő tagállamban (1994-től az EGT tagállamaiban) tartózkodik.¹⁰⁴

A kilencvenes évek közepétől – elsősorban az Európai Bíróság joggyakorlata alapján – alapvető változás kezdődött meg a más tagállamban igénybe vehető egészségügyi ellátásokkal kapcsolatban. Az Európai Bíróság több ítéletében kimondta, hogy a szolgáltatások szabad áramlásának elvét és szabályait az egészségügyi szolgáltatások piacán is érvényesíteni kell.¹⁰⁵ E folyamat végeredménye lett az Európai

¹⁰³ Új Tbj. 46. §.

¹⁰⁴ A szolgáltatások csoportjaira és az eltérésekre terjedelmi okokból nem tudunk kitérni, lásd erről BERKI Gabriella: A betegmobilitás közösségi keretei az Európai Unióban a szociális biztonsági koordináció nézőpontjából. In *Opuscula Szegediensia 4: A Munkajogi és Szociális Jogi Doktoranduszok és Pályakezdő Oktatók negyedik konferenciája*. Szeged, 2011. 9–31. o.

¹⁰⁵ C-158/96. *Raymond Kohll kontra Union des Caisses de Maladie*; C-120/95. *Nicolas Decker kontra Caisses de Maladie des Employés Privés*; C-157/99. *B.S.M. Smits kontra Stichtig Ziekenfonds VGZ, és H.T.M.*

Parlament és a Tanács 2011. március 9-i 2011/24/EU irányelve a határon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről, amely már nem a tagállami egészségbiztosítók kölcsönös helytállási kötelezettsége, hanem a **beteg-gek szabad szolgáltatásvásárlása oldaláról** közelíti meg az egészségügyi ellátás más tagállamban való igénybevételét. Az irányelv megnyitja ezt a lehetőséget az unió polgárai előtt, azzal, hogy a tagállamok ugyanolyan feltételekkel kötelesek megtéríteni ezen ellátások költségét a betegnek, mintha a saját országában vette volna igénybe. A megtérítési kötelezettség csak a finanszírozó államban megszabott mértékig terjedhet, de ha ez magasabb, mint az ellátás helye szerinti költség, a beteg nem gazdagodhat, tehát akkor csak az ellátás helye szerinti költségtérítés jár neki. A szabályozásnak azt a kényes egyensúlyt kellett megtalálnia, amely lehetővé teszi a betegek minél szabadabb szolgáltatásvásárlását, ugyanakkor a tagállamoknak meghagyja azokat az eszközöket, amelyek a tagállami egészségügyi kapacitások tervezhetőségét, fenntartását és észszerű határok közötti bővítését biztosítják. Nem véletlen, hogy az irányelv előkészítése több mint nyolc évig tartott, és ebből az együttdöntési eljárás három évet vett igénybe.¹⁰⁶

A 2011/24/EU irányelve **nem írta felül** a szociális biztonsági rendszerek koordinációjáról szóló szabályokat, hanem **mellé épített** egy másik igénybevételi jogosultságot. A kétféle rendszer eltéréseit az alábbi táblázat mutatja be.

7. táblázat. A más tagállamban igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások jogalapja az EU-szabályozásban¹⁰⁷

	883/2004/EK rendelet: eseti ellátás	883/2004/EK rendelet: a biztosító előzetes engedélyével igénybe vehető hiánypótló ellátás	2011/24/EU irányelv (a beteg akaratából igénybevett ellátás)
Az igénybevétel oka	A más államban tartózkodás alatt fellépő nem tervezett, nem halasztható ellátási szükséglet.	A saját államban észszerű időn belül nem nyújtható ellátások pótlása.	A beteg választása, igénye (nem szükséglete) alapján máshol igénybevett ellátás.

Peerbooms kontra Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. Ezek feldolgozását és értékelését lásd Lukács Éva: *Ki fizeti a számlát? – A személyek szabad mozgása és az egészségügy kapcsolata az EU tagállamaiban.* *Magyar Jog*, (2002) 8., 485–496. o.

¹⁰⁶ KINCSES Gyula: *A határon átnyúló ellátás új szabályozásáról és a várható hatásairól.* *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy (IME)*, 12. (2013) 9., 8–14. o., <http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/IME2013hataronatnyulo.pdf> (letöltve: 2020.02.15.). 9–10. o.

¹⁰⁷ A táblázat Kincses Gyula szerkesztése. KINCSES: *A határon átnyúló ellátás új szabályozásáról és a várható hatásairól.* 10. o., a részletes szabályozást lásd a külföldön történő gyógykezelések részletes szabályairól szóló 340/2013. (IX. 25.) Korm. rendeletben.

	883/2004/EK rendelet: eseti ellátás	883/2004/EK rendelet: a biztosító előzetes engedélyével igénybe vehető hiánypótló ellátás	2011/24/EU irányelv (a beteg akaratából igénybevett ellátás)
Előzetes engedély	Jogviszony-igazolás: Európai Egészségbiztosítási Kártya.	Minden esetben kötelező a konkrét ellátásra: E112, illetve S2 nyomtatvány.	Kórházi és kiemelt (különleges, költséges) ellátásoknál a finanszírozó hatóság előzetes engedélye szükséges.
Mit fizet a saját biztosító?	Az igénybevétel helye szerinti országban felmerülő teljes közfinanszírozott költséget (amit először a kinti biztosító fizet meg közvetlenül egy ottani szolgáltatóknak).	A teljes költséget, leszámítva az ellátást nyújtó tagállamban a betegre háruló önrészt.	A két állam közfinanszírozási díjtétele közül az alacsonyabbat.
Mit fizet a beteg?	Az ellátás igénybevételének helye szerinti önrészt.	Az ellátás igénybevételének helye szerinti önrészt.	Az ellátás költségét kifizeti, majd a visszatérítési szabályoknak megfelelő összeget visszakapja.*
A szolgáltató kitől kapja meg a pénzét?	Saját egészségbiztosítójától, mely aztán elszámol a beteg biztosítójával, a betegre háruló önrészt a betegtől.	Saját egészségbiztosítójától, mely aztán elszámol a beteg biztosítójával, a betegre háruló önrészt a betegtől.	A beteg előlegezi meg az ellátás költségét.* (*A tagállamok azonban választhatják a 883/2004/EK rendelet szerinti elszámolási mechanizmusokat is.)

2. Az ellátások: a „szolgáltatási csomag”¹⁰⁸

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

- a térítésmentesen igénybe vehető ellátások: ide tartozik a háziorvosi, meghatározott fogorvosi, a járóbeteg- és a fekvőbeteg-ellátás (ideértve a szülészeti és a rehabilitációs ellátást is), valamint a betegszállítás és mentés;
- árhoz nyújtott támogatással járó szolgáltatás a gyógyszer, a tápszer, a gyógyászati segédeszköz és a gyógyászati ellátás (például gyógyfürdő);
- utazási költségtérítés;

¹⁰⁸ A magyar kötelező egészségbiztosítás ellátásait az 1997. évi LXXXIII. törvény (Ebtv.) szabályozza.

- részleges térítéssel járó egészségügyi ellátások (például 18 év feletti fogszabályozás, fogpótlás);
- kiegészítő díj ellenében igénybe vehető szolgáltatások (külön igényelt kényelmi szolgáltatások, intézeti ápolás);
- méltányosságból igénybe vehető szolgáltatások (például a szakmailag már elfogadott, de a magyar egészségbiztosítási rendszerbe még be nem fogadott ellátások);
- külföldön történő gyógykezelés (lásd az előbbi pontban már érintett ellátásokat).

Vannak olyan egészségügyi ellátások, melyeket a **kötelező egészségbiztosítás nem finanszíroz**.

a) Ezek első csoportja a **központi költségvetésből fedezett ellátások**, ahol feltétlenül és bármiféle jogosultság előzetes igazolása nélkül, közérdekből vagy alapvető emberieségből kell nyújtani a szolgáltatásokat (például járványügyi ellátások, azonnali beavatkozást igénylő mentés, várandós anyák család- és nővédelmi gondozása, vérellátás, Magyarországon végzett halottvizsgálat, katasztrófa-egészségügy). Szintén a központi költségvetés viseli az orvostudományi kutatások során elvégzett ellátások költségeit.

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

c) A harmadik körbe sorolhatóknál az **ellátott köteles megfizetni** a szolgáltatás díját (például extrém sportok, különösen veszélyes szórakozás, hobbi miatt elszenvedett balesetek ellátása, a különböző alkalmassági vizsgálatok, plasztikai beavatkozások, detoxikálás, látélet kiadása, nem kötelező védőoltás stb.).

Az Ebtv. szerint az egészségügyi szolgáltatások „az egészségi állapot által indokolt mértékben vehetők igénybe”.¹⁰⁹ Ez az alapelv kifejezi azt, hogy az egészségügyi szolgáltatás nem függ az előzetes járulékfizetés mértékétől. Éppen ezért az ún. **„szolgáltatási csomag” tartalmának** meghatározása jelenti a legnagyobb szakmai, gazdaságossági és jogi problémát a közfinanszírozású egészségügyi rendszerekben. Az orvostudomány jelenlegi fejlettségi szintjén a legtöbb orvosi beavatkozást többféle módon is el lehet végezni. Ezek egy részénél a választást orvosszakmai szempontok döntenek el, lehetnek azonban olyan szempontok is, melyek elsősorban az orvos vagy a beteg kényelmét szolgálják. Az ellátás tartalma és minősége szerint a gyógyítás költségei is igen eltérőek lehetnek. A „szolgáltatási csomag” definiálása és az igénybevétel feltételeinek, rendjének a szabályozása a jogosultak oldaláról kísérel meg korlátozni az egészségügyi kiadásokat. A szolgáltatási csomag meghatározására **sokféle technikát** alkalmaznak, ezek közé tartoznak például a **finanszírozási, vizsgálati és terápiás eljárási rendek (protokollok)**. Ezeket a szakmai szabályokat 2006 óta Magyarországon is jogilag szabályozott rendben dolgozzák ki

¹⁰⁹ Ebtv. 2. § (1) bekezdés.

és alkalmazzák az egészségügyi ellátások tartalmának rögzítésére.¹¹⁰ Az igénybevételt korlátozza a **beutalási rend** és a halasztható ellátások **várólistához** kötése.

Az egészségbiztosítás keretében a **biztosítottakat pénzbeli ellátások is** megilletik. Ezeknél a jogosultság feltételei és az ellátás mértéke az előzetes járulékfizetés időtartamához és összegéhez igazodnak. A magyar egészségbiztosítási pénzbeli ellátások a csecsemőgondozási díj, a gyermekgondozási díj, az örökbefogadói díj, valamint a táppénz. Az E-Alapból finanszírozzák az üzemi baleset, illetőleg a foglalkozási megbetegedés esetén járó, ún. baleseti ellátások egy részét is: baleseti táppénz, baleseti járadék.

3. Az egészségbiztosításba „befogadott” szolgáltatók

Azokban az egészségbiztosítási rendszerekben, ahol a biztosító maga nem működtet egészségügyi intézményeket, a szolgáltatásokat az (egy vagy több) **biztosítóval szerződéses kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatók** nyújthatják. Ezek a szerződések gyakran közigazgatási szerződések, melyek tárgyát, tartalmát a jogszabályok részletesen előírják, és a szerződéses viszonyban a jogalkotó számos többletjogot ad a biztosítónak (például a szolgáltató folyamatos adatszolgáltatási kötelezettsége, állandó és tüzetes biztosítói ellenőrzés, a szerződés egyoldalú biztosítói felmondásának széles lehetősége stb.). A magyar egészségbiztosítási rendszerben az Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) ún. **finanszírozási szerződéseket** köt az egészségügyi szolgáltatókkal.¹¹¹ A finanszírozási szerződés alapján a biztosító fizet – egy utólagos és igen bonyolult teljesítményfinanszírozási rendszerben – a beteg helyett az egészségügyi szolgáltatásért.

Az egészségügyi szolgáltatások sajátossága, hogy a keresletet sok esetben maga az orvos generálja, hiszen a beteg, a biztosító és az egészségügyi szolgáltató közötti háromoldalú kapcsolatban az orvos szakmai és információs fölénye messze meghaladja a másik két szereplőét. Ráadásul számos orvosi vizsgálat, kezelés többször is elvégezhető a betegen (sőt a második orvosi véleményhez való jog a tájékoztatáshoz való jog egyik eleme is). Ez érdekközösséget jelent az orvos és a beteg között a biztosítóval szemben, ami újabb és újabb ellátási igényeket, illetve erre szolgáló egészségügyi kapacitásokat generál. Éppen ezért az egészségbiztosítási rendszerekben gyakran élnek az ún. **kapacitásszabályozással**, ami az egészségügyi költségek

¹¹⁰ A hatályos szabályozást a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet tartalmazza.

¹¹¹ Ebtv. 30–38/C. §.

kontrolljának az egyik legfontosabb eszköze a szolgáltatókkal szemben. A közfinanszírozású egészségügyi rendszerekben a **kapacitásszabályozásnak vagy -kontrollnak többféle módszere** lehet:

a) Az egyik a **szolgáltatók közötti szelekció** például tulajdoni formák szerint, ha a közfinanszírozott ellátásokat csak köztulajdonú szolgáltatók nyújtják. Erre épülnek az állami egészségügyi rendszerek. Ezt azonban gyakran a magánbiztosítás által finanszírozott széles körű ellátások egészítik ki.

b) A biztosítási elvvel párosított szektorsemleges finanszírozás nem válogat tulajdoni vagy/és működési formák szerint, de speciálisan szabályozott „**befogadási eljárásokat**” vezethetnek be, és ezeket kiegészíthetik az **egészségügyi fejlesztések biztosítói jóváhagyásával**, illetőleg finanszírozási kvótákkal.

c) Az egészségügyi szolgáltatások mennyiségi korlátozását célozza az ún. **szolgáltatási vagy/és a teljesítményvolumen-keret**, amikor jogszabályban meghatározott esetszám (beavatkozás) felett a biztosító az adott évben nem finanszíroz többet az adott szolgáltatásból.¹¹²

4. A biztosító

A közfinanszírozású egészségügyi rendszerekben az egészségügyi szolgáltatásokra való jogosultság jogalapjától és az ellátások fedezetétől függ az **igazgatási szervezet jogállása**, felépítése is.

Az **állampolgári jogra épülő egészségügyi rendszerekben** a szolgáltatásszervező(k) és a finanszírozó is **államigazgatási szerv**.

Az **egészségbiztosítási rendszerekben** a történeti hagyományoktól is függően **sokféle biztosítói szervezettípus** és rendszer működik. A kötelező biztosítási rendszer felépülhet úgy, hogy **egyetlen monopóliumú biztosító** és ennek szervezeti egységei, területi/szakmai szervei intézik az egészségbiztosítás minden igazgatási feladatát, de Európában is számos országban ún. **több-biztosítós rendszerek** léteznek. A biztosító szervezettípusát tekintve lehet államigazgatási szerv vagy köztestület, közintézet, profitelvű vagy nonprofit magánbiztosító. A nem államigazgatási szervként és nem magánbiztosítóként megszervezett közjogi formációkban történetileg kialakult igény, hogy a járulékfizetők, azaz a munkaadó és munkavállaló teherviselők részt vegyenek ezek igazgatásában, és ebben bizonyos autonómiával is rendelkezzenek a végrehajtó hatalommal szemben.

¹¹² Az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet 27–28/D. §.

A magyar egészségbiztosítási rendszerben – ahogy erre már többször utaltunk – a II. világháború előtt működött köztestületi biztosító, a teherviselők önkormányzatával. 1991-ben ennek valamiféle reinkarnációjaként hozták létre a társadalombiztosítás igazgatásában az Egészségbiztosítási Önkormányzatot, valamint a nyugdíj-ágazatban a Nyugdíjbiztosítási Önkormányzatot, és ezek irányították az igazgatási szerveket.¹¹³ 1998-ban ezeket felszámolták, és központi és területi szervekből álló államigazgatási szervek vették át az állami biztosítói feladatokat.¹¹⁴ 2008-ban kísérlet történt egy magánbiztosítókra alapozott, több-biztosítós egészségügyi finanszírozási rendszer létrehozására, de ezt országos népszavazás elutasította, és az erről szóló törvényt¹¹⁵ hatályon kívül helyezték.

2010 után az államigazgatási szervezetrendszer többszöri átszervezése következtében az egészségbiztosítás elveszítette ágazati szervezetrendszerét. Először a területi igazgatóságokat integrálták megyei kormányhivatalokba, majd 2016-ban megszüntették az Országos Egészségbiztosítási Pénztárat (OEP-et) is. A természetbeni egészségügyi szolgáltatások finanszírozásával kapcsolatos biztosítói feladatok a NEAK-hoz kerültek, míg a pénzügyi ellátásokkal összefüggő igazgatási tevékenységnek az EMMI és a MÁK az ágazati főhatósága.

5. Az egészségügyi ellátások fedezete. Finanszírozási technikák

a) Az ellátások fedezete: köz- vagy magánfinanszírozás

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

Az egészségügy történetéből láthattuk, hogy az együtt élő közösség védelme nagyon korán kikényszerítette a közegészségügy és járványügy területén a **közfinan-**

¹¹³ A társadalombiztosítás önkormányzati igazgatásáról folytatott vitákról és az önkormányzatok működéséről lásd FAZEKAS Marianna: A társadalombiztosítási önkormányzatok tündöklése és bukása. In DOBÁK Miklós – KARDOS József – STRAUZS Péter – ZACHAR Péter Krisztián: *Társadalmi és gazdasági érdekérvényesítés a XX. században*. Budapest, 2010. 212–238. o.

¹¹⁴ A társadalombiztosítás pénzügyi alapjainak és a társadalombiztosítás szerveinek állami felügyeletéről szóló 1998. évi XXXIX. törvény.

¹¹⁵ Az egészségbiztosítási pénztárakról szóló 2008. évi I. törvény.

szírozást, de az állam újraelosztó funkciója csak a 19. század végétől jelenik meg ebben az ágazatban. A **közfinanszírozás egyik forrása lehet az adóbevétel**, ilyenkor az ellátásra való jogosultság és a költségvetési finanszírozás nem különbözik a többi állami humán közszolgáltatás igénybevételeitől és finanszírozásától (ennek volt tiszta formája az 1975 és 1990 között működött magyar állami egészségügy). A közfinanszírozás **másik** történetileg kialakult rendszere a **kötelező** társadalombiztosítás egyik ágaként működő **egészségbiztosítás (vagy betegbiztosítás)**, ahol a fedezetet a foglalkoztatók és a munkavállalók célzott befizetései – járulékai – jelentik. Ezeket a befizetéseket az államháztartás rendszerén belül elkülönített alapokban halmozzák fel, és ebből fedezik a kötelező biztosítás körében az ellátások költségét. Több-biztosítós rendszerek esetén mindegyik biztosító rendelkezik a hozzá tartozó biztosítottak után befizetett járulékbefizetéssel – esetleg a biztosítók között létezik kiegyenlítő, segély- stb. kassza is. A társadalombiztosítás államilag előírt kockázatközösségből következően **az állam** (praktikusan a központi költségvetés) **végző biztosítékként helytáll** a kötelező biztosítási rendszer működőképességéért.

A közfinanszírozású rendszerek **sem szükségképpen egyneműek**, hanem az egészségbiztosításban **egymásra épülő finanszírozási szintek is lehetnek**. Ezek mértéke, összetétele az egészségügy finanszírozásában – az állam szociális szerepének felfogásától függően – igen eltérő lehet. A kombinációk szinte végtelenek. A legtöbb biztosítási rendszerben előírják például a **beteg valamiféle hozzájárulását** (*copayment*) a költségviseléshez (vizitdíj, receptdíj, önrész stb.). Van olyan rendszer, ahol az állami egészségügy vagy a kötelező egészségbiztosítás korlátozott szolgáltatásait **széles körű önkéntes vagy/és magánbiztosítással** lehet kiegészíteni. Az USA egészségügyi rendszerében az általános magánbiztosítás mellett az állam néhány társadalmi csoport számára finanszírozza az egészségügyi szolgáltatásokat (például időskorúak, szociálisan rászorultak stb.).¹¹⁶

Magyarországon – éppen a teljes körű és a szolgáltatási csomagot illetően is alig korlátozott kötelező egészségbiztosítás miatt – **nem terjedtek el az öngondoskodási formák**, szűk körben léteznek csupán önkéntes egészségpénztárak. E formák bővülését lényegesen akadályozza a magyar egészségügy egészét jellemző hálapénzfizetés.

¹¹⁶ Az Obama elnök által szorgalmazott egészségbiztosítási reform éppen a kötelező egészségbiztosítás széles körű kiterjesztését célozta volna meg. Az egészségügyi ellátó rendszerek finanszírozásáról lásd például OECD HEALTH DIVISION: *The Accounting of Health Financing*. 2009.

b) Finanszírozási technikák

Az egészségügyi szolgáltatások **finanszírozási technikáira** is rengeteg variáció létezik a világ különböző egészségügyi rendszereiben. Ahol állami egészségügyi szolgálatok vagy állami biztosítók állami, önkormányzati egészségügyi közintézetekben szervezik meg az egészségügyi szolgáltatást, ott alkalmazhatják a **költségvetési gazdálkodás** hagyományos szabályait. Ettől azonban nagyon sok helyen eltértek, és a finanszírozás technikáiba teljesítménytől függő elemeket, illetőleg – ahogy láttuk – finanszírozási korlátokat építettek be.

Magyarországon az egészségbiztosítás keretében az egészségügyi szolgáltatók pénzügyi-számviteli működését az adott szervtípusra vonatkozó államháztartási, illetőleg általános számviteli szabályozás határozza meg. A biztosító és a szolgáltató közötti finanszírozási szerződés alapján azonban a **biztosító utólagos elszámolással fizet** a szolgáltatásokért. Az **elszámolás alapja ellátási szintenként eltérő**: az alapellátásban a háziorvoshoz bejelentkezett beteg száma (fejkvóta), a járóbeteg-szakellátásban az ellátott esetek száma, a fekvőbeteg ellátásban az ún. homogén betegcsoportokra (HBCS) megállapított súlyszámok alapján kiszámított teljesítmény.

A **szakellátásban** a teljesítményeket pontokban mérik, a pontra jutó forintértéket meghatározhatja jogszabály, az egészségügyi finanszírozásban érdekelt miniszterek (EMMI és PM) előre bejelentett módon, illetőleg az előbbieik hiányában az E-Alapban rendelkezésre álló havi keret és az országos teljesítmények hányadosa adja meg. A pontokhoz rendelt forintérték tehát akár havonta változhat is. A biztosító a szolgáltatók által jelentett és megfelelően dokumentált ellátásokra jutó pontok alapján – az egy pontra jutó aktuális forintértéket figyelembe véve –, utólag fizet a szolgáltatásért.¹¹⁷

¹¹⁷ A finanszírozást részletesen szabályozza a 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és a hozzá kapcsolódó 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről. Ezek a jogszabályok évszámuk alapján már 21, illetve 27 éve hatályban vannak, és bizton állíthatjuk, hogy a magyar jogrendszer legtöbbet módosított jogszabályai.

VIII. Gyógyszerügyi igazgatás

1. Az állami beavatkozás szerepe és szükségessége a lakossági gyógyszerellátásban.....	67
2. Szabályozási szintek a gyógyszerügyben	68
a) A magyar szabályozás.....	68
b) Az uniós szabályozás szerepe	69
c) Önszabályozás	70
3. A gyógyszerügyi igazgatás szervezetrendszere	72
a) Az Országgyűlés.....	72
b) A Kormány.....	72
c) Az egészségügyért felelős miniszter.....	73
d) Központi hivatalok	74
e) A gyógyszerügyben érintett nem állami szervek.....	76
4. A gyógyszerellátás főbb területei.....	77
a) Gyógyszerkutatások támogatása.....	77
b) Gyógyszergyártás engedélyezése.....	78
c) A gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyezése.....	79
d) Gyógyszer-nagykereskedelem engedélyezése.....	80
e) A gyógyszer-kiskereskedelem – a gyógyszertárak – engedélyezése	81
5. Gyógyszerbiztonság	83
a) Gyógyszermellékhatások	84
b) Hamisított, minőségi hibás, alaki hibás gyógyszer	84
6. Gyógyszerek egészségbiztosítási támogatása	85
7. A gyógyszerellátással összefüggő állami, közhatalmi eszközök	87
8. Gyógyászatisegédeszköz-ellátás.....	88

1. Az állami beavatkozás szerepe és szükségessége a lakossági gyógyszerellátásban

A gyógyszerészet, a gyógyszerellátás eredetileg nem különült el a gyógyító munkát végzők tevékenységétől. A középkori Európában a szerzetesi gyógyszertárakban sem alkalmaztak e feladatra szakszemélyzetet, mivel ezekben is a rendi orvos irányítása és felügyelete alatt laikus barátok és világi szolgák dolgoztak. Képzett, hivatásos gyógyszerészekről I. Lipót koráig nem beszélhetünk, mivel a mai fogalmaink szerinti gyógyszerészeti munkát is főként a gyógyszertárat vezető orvosok végezték.¹¹⁸ A gyógyítás tudományának fejlődésével azonban a gyógyszerészet egyre inkább levált az orvoslásról, és önálló fejlődésnek indult.

¹¹⁸ Vö. BARADLAI János: *A magyarországi gyógyszerészet története*. Budapest, 1930. 53–54. o., valamint BÁLINT Tamás – LENGYEL Gabriella – ZELKÓ Romána – HALÁSZ Sándor – VINCZE Zoltán – FEHÉR János: *Gyógyászerészet és jog kapcsolata Magyarországon*. *Orvosi Hetilap*, (2007) 20., 945–949., 945. o.

A gyógyszer különleges, más termékektől jól elhatárolható áru, ezért a modern államokban a gyógyszerügyet illetően egyre nagyobb szerepet kap az állami beavatkozás. A gyógyszer különleges áru jellegét az adja, hogy **fogyasztása elsődlegesen nem a fogyasztó/beteg akaratától függ**. Mivel a beteg gyógyszerfogyasztását külső személy, az orvos befolyásolja, illetve azt az esetek jelentős részében az orvos határozza meg,¹¹⁹ ezért e területen nem, illetve csak **korlátozottan érvényesülnek a piaci viszonyok**.

A gyógyszerészet, a gyógyszerellátás önállósodása ellenére jó ideig nem került a hazai állami szabályozás figyelmének középpontjába. „A kérdés csupán az elmúlt 25 évben került a jog fokozott érdeklődési körébe, amikor elfogadták az első patika-törvényt, ami tagadhatatlanul megbolygatta az 1950. évi 25. törvényerejű rendelettel államosított gyógyszertárak és gyógyszerellátás állóvizét.”¹²⁰

A legújabb kori szabályozásban az egyre bővülő joganyag mellett jelentős nagyságrendet képvisel az **uniós szabályozás is**, és az utóbbi időben különös hangsúly helyeződik a gyógyszerbiztonságra, ezért szigorú szabályok között zajlik mind a gyártás, mind a gyógyszer kis- és nagykereskedelem.

2. Szabályozási szintek a gyógyszerügyben

a) A magyar szabályozás

A gyógyszerügyi igazgatás az egészségügyi igazgatáson belül egyre inkább önálló részterület, ahol valamennyi jogforrás megtalálható. Amíg a rendszerváltás előtt és az azt követő években is alapvetően a szakterület miniszteri rendeletekben való szabályozása volt a jellemző, napjainkban a gyógyszerügyre vonatkozó **legfontosabb normákat már törvények** szabályozzák. A kérdést szabályozó két legfontosabb törvény az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (továbbiakban: Gyógyszertörvény) és a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (továbbiakban: Gyftv.). Ezen túlmenően a kormányrendeleti szabályozás éppen úgy megtalálható, mint a miniszteri rendeleti, sőt a szakmai irányító tevékenység a jogalkotás mellett még ma sem nélkülözi – a más szakigazgatási ágazatokban egyébként többségében ismeretlen –

¹¹⁹ ANTALÓCZY Katalin: *A magyar gyógyszeripar versenyképessége – adatok, hipotézisek, töprengések*. Budapest, 1997. (Műhelytanulmányok 17.) 5. o.

¹²⁰ ILKU Lívia – KONCZ József: *A biztonságos és gazdaságos gyógyszerellátás magyarázata*. Budapest, 2012. 7. o.

(egészségügyi) szakmai irányelveket, szakmai protokollokat és finanszírozási eljárásrendeket, amelyekben gyakran az egyes gyógyszerek alkalmazásával kapcsolatos előírások is megfogalmazódnak.

Az egészségügyön kívül más jogágban, valamint szakigazgatási területen is találhatóak a gyógyszerügyhöz kapcsolódó jogi normák (ilyenek például a reklámzásra vonatkozó szabályok, a büntetőjogi szabályok), de a legnagyobb számban ezek a mezőgazdasági szakigazgatási területen lelhetők fel, elsődlegesen az állatgyógyászattal kapcsolatos kérdésekben.

b) Az uniós szabályozás szerepe

A gyógyszerügyi szabályozás másik jellegzetessége, hogy **egyre nagyobb számban** vannak jelen ezen a szakterületen az európai uniós normák, nemzetközi jogi előírások is. Az uniós jog alapvetően – a teljesség igénye nélkül – az alábbi területeket fogja össze:¹²¹

- gyógyszerek gyártása, forgalomba hozatala, címkéje és betegtájékoztatója, gyógyszerek osztályozása, nagykereskedelemre vonatkozó előírások, reklámozás és tájékoztatás (az Európai Parlament és a Tanács 2001. november 6-i 2001/83/EK irányelve az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről);
- a klinikai vizsgálatok végzésének követelményei, engedélyezésének összehangolása, a vizsgálati alanyok védelme, a nem kívánatos események jelentése, vizsgálati készítmények gyártása, behozatala (az Európai Parlament és a Tanács 2001. április 4-i 2001/20/EK irányelve az emberi felhasználásra szánt gyógyszerkészítményekkel végzett klinikai vizsgálatok során alkalmazandó helyes klinikai gyakorlat bevezetésére vonatkozó tagállami törvényi, rendeleti és közigazgatási rendelkezések közelítéséről);
- farmakovigilanciával¹²² kapcsolatos szabályok, a gyógyszerek által kiváltott káros, nem kívánt hatások megelőzése, csökkentése érdekében teendő intézkedések, a gyógyszer mellékhatások útjának felismerése, jelentése, összegyűjtése, elemzése, a gyógyszerbiztonsági vizsgálatokra, jelentésekre vonatkozó előírások (az Európai Parlament és a Tanács 2010. december 15-i 2010/84/EU irányelve az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló 2001/83/EK irányelvnek a farmakovigilancia tekintetében történő módosításáról);

¹²¹ Uniós normák szabályozzák többek között a gyógyszerek helyes gyártási gyakorlatát, a külön szabályozott gyógyszerkategóriákat (például gyermekgyógyszerek, ritka betegségek gyógyszerei, fejlett terápiás gyógyszerkészítmény), a szakmai képesítések (gyógyszerész) elismerésének szabályait stb.

¹²² Gyógyszertörvény 1. § 30.: Farmakovigilancia: a gyógyszerek biztonságossága érdekében a gyógyszer előny/kockázat viszonyát nyomon követő, a kockázat csökkentésére és az előnyök növelésére irányuló tevékenység.

- a gyógyszerek árának meghatározására, a nemzeti társadalombiztosítási rendszerben történő transzparens befogadására vonatkozó követelmények (a Tanács 89/105/EGK irányelve az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek árának megállapítását, valamint a nemzeti egészségbiztosítási rendszerekbe történő felvételüket szabályozó intézkedések átláthatóságáról);
- olyan biztonsági elemek meghatározása, amelyek lehetővé teszik, illetve előírják a nagykereskedelmi forgalmazók és a lakossági gyógyszerellátást végzők számára a gyógyszerek eredetiségének ellenőrzését, az egyes csomagok azonosítását [a Bizottság 2016/161 felhatalmazáson alapuló rendelete (2015. október 2.) a 2001/83/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek külső csomagolásán elhelyezendő biztonsági elemekre vonatkozó részletes szabályok meghatározása tekintetében történő kiegészítéséről].

c) Önszabályozás

Egyre nagyobb teret követel magának a **gyógyszerügyben érdekelt szervezetek** önszabályozó tevékenysége is, amelyből ki kell emelni a gyógyszeripar önszabályozó tevékenységét. Az önszabályozás és önkorlátozás eredményeként a hazai gyógyszeripart tömörítő szervezetek¹²³ 2012-ben elfogadták **gyógyszer-kommunikációs etikai kódexüket**¹²⁴ (továbbiakban: Etikai kódex), ami megfelel a gyógyszeripari szervezeteket összefogó európai szervezet – a *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations* (EFPIA) – által támasztott követelményeinek is.¹²⁵ Ez azért fontos, mert a gyógyszerellátásban nagyon sok érdek ütközik egymással, a termelő iparvállalatokat és a csupán a forgalmazásban érdekelt úgynevezett forgalomba hozatali engedélyre jogosultakat tömörítő szervezetek, szövetségek a legritkább esetben képviselnek közös álláspontot, mert tagvállalataik üzleti pozíciói, érdekeik, piaci stratégiájuk, a hazai piacon való beágyazottságuk stb. nagyon eltérő. Éppen ezért a gyógyszeripar promóciós tevékenységéhez a jogszabályokon túl egyre bonyolultabb és összetettebb etikai szabályrendszerek kapcsolódnak, és mint egy piramis egymásra rakódva, egymás szabályait kiegészítve adják azt a szabályozási tömböt, amelyet az érintetteknek kereskedelmi gyakorlatuk során be kell tartaniuk.

¹²³ Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetsége, az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete, a „Védettség” Oltóanyag és Immunbiológiai Termék Gyártók és Forgalmazók Egyesülete és a Generikus Gyógyszergyártók és Forgalmazók Magyarországi Érdekvédelmi Egyesülete.

¹²⁴ <https://etikusgyogyszer.hu/images/download/EtikaiKodex.pdf> (letöltve: 2020.02.15.).

¹²⁵ Vö. Etikai kódex 1. fejezet.



I. ábra. Az etikai elvárásokat megfogalmazó normák („szabályozó piramis”) rendszere

A szövetségi szintű etikai normaalkotás¹²⁶ jellemzője az, hogy önszabályozó módon további ajánlásokat, javaslatokat – végső soron kötelezően alkalmazandó normákat is – megfogalmazhatnak tagszervezeteik számára. Természetesen a tagvállalatok önállóan is kialakíthatnak saját jogi-etikai szabályozásokat,¹²⁷ amelyek jellemzően nem lehetnek ellentétesek a szövetségi, össz-szövetségi szinten megfogalmazott, illetve a jogszabályokban foglalt (etikai) normákkal. E szabályozási mód – miként a jogszabályok hierarchikus elrendeződése – együtt adja a keretét és mozgásterét a gyógyszeripari promóciós tevékenységnek, amelyben kiemelkedő szerephez jutnak az önszabályozó normák, mert a jog nem alkalmas arra, hogy teljes körűen, minden részletre kiterjedően és életszerűen szabályozza ezeket a társadalmi viszonyokat.¹²⁸

¹²⁶ Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete keretén belül működik például az Etikus Promóciós Munkacsoport (*Ethical Promotion Working Group*), amely ajánlásokat, követendő magatartási szabályokat dolgoz ki az egyesület tagszervezetei számára; ugyancsak ez az egyesület alkotta meg *Az egészségügyi szakembereknek és az egészségügyi szervezeteknek nyújtott juttatások közzétételéről szóló transzparencia kódexet* is. A Generikus Gyógyszergyártók és Forgalmazók Magyarországi Érdekvédelmi Egyesülete ugyancsak megalkotta a saját *A generikus gyógyszeripar egészségügyi szakembereknek és az egészségügyi szervezeteknek nyújtott juttatások közzétételéről szóló transzparencia kódexét*.

¹²⁷ Vö. TÁRCZY Edit Zsuzsanna: Gyógyszerek reklámozási lehetőségei egyes országokban a fogyasztók felé irányuló hirdetések tükrében. *Glossa Iuridica*, (2009) 1., 75–78., 77. o.

¹²⁸ KONCZ József: A gyógyszeripari önszabályozásban rejlő lehetőségek. *Med. et. jur.*, (2012) 4., 14–19., 16–17. o.

3. A gyógyszerügyi igazgatás szervezetrendszere¹²⁹

a) Az Országgyűlés

A gyógyszerügyet illetően is az Országgyűlés rendelkezik a legalapvetőbb szabályozási joggal. A gyógyszerügyet érintő törvények **három nagy csoportba** sorolhatók.

a) Az első csoportba tartoznak a **szakmai, technikai normákat tartalmazó törvények**. Ilyen például azoknak anyagoknak a listája, amelyek nem az úgynevezett a pszichotróp anyagokról szóló, Bécsben, az 1971. évi február 21. napján aláírt egyezmény melléklete alapján minősülnek kábítószerrel egy tekintet alá eső veszélyes pszichotróp anyagnak, így azok Magyarországon gyógyászati célra nem, kizárólag tudományos célra alkalmazhatók, illetve a pszichotróp anyagokkal azonos elbírálás alá eső, ezért Magyarországon gyógyászati célra – gyógyszerként, illetve gyógyszer alapanyagként – alkalmazható, szigorúan ellenőrzött szerek.

b) A második csoportba a **gyógyszerügyet közvetetten vagy másodlagosan érintő törvények** sorolhatók. E törvények – bár kapcsolódnak a gyógyszerellátáshoz is –, a jogalkotói cél alapvetően az egészségügy más szegmensének szabályozása volt (például Eütv., az Ebtv.).

c) Végezetül a törvények harmadik csoportját azok a jogi előírások alkotják, amelyek a **gyógyszerellátást közvetlenül** szabályozzák. Ide sorolható a már említett Gyógyszertörvény, a Gyftv., de részben ugyancsak ide tartoznak az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvénynek a gyógyszerészeket, valamint a gyógyszerértékesítőket érintő rendelkezései is.

Említést kell még tenni az **Országgyűlés normatív határozatairól** is, annak ellenére, hogy kifejezetten gyógyszerügyet érintő országgyűlési határozat nem született, van azonban számos olyan normatív határozata a Parlamentnek, amelyek érintik ezt a szakterületet, és amelyekben a gyógyszerüggyel összefüggő feladatokat is meghatároznak. Ezek közül az Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programjáról szóló 46/2003. (IV. 16.) OGY határozatot kell kiemelni.

b) A Kormány

A Kormány mint a közigazgatás legfőbb szerve a gyógyszerügyi igazgatási szakterületen **törvényben kapott felhatalmazás alapján bocsát ki rendeleteket**, és ellátja a gyógyszerügyi igazgatás szervezetével, működésével kapcsolatos kormányzati

¹²⁹ Lásd a III. fejezet 1. pontjában az egészségügy igazgatási szervezetrendszerét bemutató táblázatot is.

igazgatási feladatokat, meghatározza a **gyógyszerügyi kormányzati stratégia** fő irányát. E feladat ellátásában, mint javaslattevő, véleményező, tanácsadó testület, az Országos Gyógyszerterápiás Tanács¹³⁰ segíti. A tanács legfontosabb feladata a hatékony, biztonságos és gazdaságos gyógyszerterápiás elvek érvényesítésével, a járóbeteg-ellátás keretében támogatott gyógyszerek felülvizsgálata alapelveinek meghatározásával és végrehajtásával kapcsolatos feladatok összehangolása, illetve az ezekkel összefüggő javaslattevő, véleményező és tanácsadó tevékenység.

A Kormány végrehajtó jogalkotási feladatkörében **szabályozza** különösen

- a kábítószernek, illetve pszichotrop anyagnak minősülő gyógyszer gyártásának, forgalomba hozatalának, forgalmazásának és e gyógyszerekkel folytatott nagykereskedelmi tevékenységnek, az ország területére történő behozatalának, kivitelének, valamint tudományos célra történő beszerzésének és felhasználásának a szabályait;
- a gyógyszerellátást érintő és kiszabható bírság mértékét;
- a gyógyszerészeti államigazgatási szerv kijelölését; az egészségügyi szolgáltatók gyógyszerrendelésének értékelésére vonatkozó szabályokat;
- a gyógyszertárak működőképességének fenntartásához nyújtandó támogatás megállapításának feltételeit;
- a gyógyszeripari kutatás-fejlesztési ráfordítások után igénybe vehető engedményekre vonatkozó eljárási szabályokat;
- a gyógyszertárak részére nyújtandó szolgáltatási díj folyósítására és mértékére vonatkozó részletes szabályokat;
- a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásának, a befogadás és a támogatás mértéke megállapításának, valamint a támogatás megváltoztatásának részletes szabályait.

c) Az egészségügyért felelős miniszter

Az egészségügyért felelős miniszter mint a gyógyszerellátás ágazati-szakmai irányításának legfontosabb központi államigazgatási szerve, **előkészíti** különösen:

- a humán gyógyszerek előállításának, gyártásának, minőségének, minőségellenőrzésének, forgalomba hozatalának, forgalmazásának, rendelésének, kiszolgáltatásának, kereskedelmi gyakorlatának, ismertetésének, valamint a vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatának és alkalmazásának szabályait;
- a kábítószerként és pszichotrop anyagként minősített gyógyszerek forgalomba hozatalának, forgalmazásának, rendelésének, kiszolgáltatásának és felhasználásának szabályait;

¹³⁰ Az Országos Gyógyszerterápiás Tanács létrehozásáról szóló 1503/2011. (XII. 29.) Korm. határozat.

– a gyógyszerek kereskedelmi árrését, a gyógyszerek, egyes tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szabályait, e támogatások felülvizsgálatának szabályait.

A miniszteri szabályozás körében szólni kell az előzőekben már említett egészségügyi szakmai irányelvekről, szakmai protokollokról és finanszírozási eljárásrendekről. Az elfogadott **finanszírozási eljárásrend** egy betegségre vagy betegségecsoportra vonatkozatható, a közfinanszírozás terhére nyújtható egészségügyi ellátások diagnosztikai és terápiás lépcsőinek átlátható, egységes, algoritmizált összessége, amely a költséghatékonyság figyelembevételével készül és miniszteri rendeletben kell kihirdetni.¹³¹

Az egészségügyi **szakmai irányelv** olyan szisztematikusan kifejlesztett ajánlássorozat, amely meghatározott ellátási körülmények között az ellátandók jól körülhatárolt körére vonatkozik, ajánlásai jól azonosíthatók, tudományos bizonyítékokra, illetve valamennyi érintett szakterület szakértőinek véleményére támaszkodva, a betegek szempontjainak figyelembevételével az ellátók és ellátandók adott egészségügyi ellátással kapcsolatos megfelelő döntéseit segíti elő. Az egészségügyi szakmai irányelvet a miniszter adja ki, és közzéteszik a minisztérium hivatalos lapjában és az egészségügyi szakmai kollégium honlapján.

A **szakmai protokollokat** korábban az egészségügyben működő szakmai kollégiumok adták ki.¹³²

A szakmai irányelvek esetében tehát nem feltétel a jogszabályban történő kihirdetés, csupán a közzététel, sőt a szakmai protokollok esetében még miniszteri jóváhagyás sem szükséges. A biztosítottak gyógyszerellátása szempontjából ez azért problematikus és jogi szempontból megkérdőjelezhető, mivel a gyógyszer társadalombiztosítási támogatással történő rendelése során a rendelésre vonatkozó jogszabályi rendelkezés vagy finanszírozási eljárásrend hiányában az érvényes szakmai protokollokban foglaltaknak vagy szakmai előírásoknak megfelelően kell eljárni,¹³³ azaz a támogatott gyógyszerre való jogosultság kérdéseit gyakran nem publikus normák tartalmazzák.

d) Központi hivatalok

A legfontosabb gyógyszerügyi közigazgatási feladatokat is az egészségügyért felelős miniszter irányítása alatt álló **két központi hivatal**, a gyógyszerügyi hatóság – jelenleg

¹³¹ A finanszírozási eljárásrendekről szóló 13/2009. (IV. 22.) EüM rendelet.

¹³² A vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendelet.

¹³³ Ebtv. 21. § (4) bekezdés.

ez az **Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet** –, valamint alapvetően a gyógyszerek társadalombiztosításba történő befogadásával kapcsolatos feladatokat ellátó egészségbiztosítási szerv, a **Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő** (a továbbiakban: gyógyszerügyi egészségbiztosítási szerv) látja el.

a) A gyógyszerügyi hatóság legfontosabb feladatai **négy** nagy, egymástól jól elhatárolható **területre bonthatók**: ezek a gyógyszerfelügyelettel, s a gyógyszerellátással összefüggő feladatok; az élelmezés- és táplálkozás-egészségügy, valamint a kozmetikai termékekkel összefüggő feladatok; továbbá az – itt nem tárgyalt – egészségügyi technológiaértékelési, illetve a gyógyászati segédeszközök minősítésével, az egészségügyi szolgáltatók orvostechnikai, technológiai beruházásaival, üzemeltetésével kapcsolatos szakértői feladatok.

Gyógyszerfelügyeleti, illetve **piacfelügyeleti tevékenysége** körében a gyógyszerhatóság végez felügyeleti hatósági, jogszabályban meghatározott egyéb hatósági, szakhatósági és ellenőrzési tevékenységet. **Gyógyszerellátási hatósági** feladatkörében a megyei, illetve fővárosi tisztifőgyógyszerészek, tisztigyógyszerészek közreműködésével ellenőrzi a gyógyszertárak működését, továbbá koordinálja, felügyeli a lakossági gyógyszerellátási tevékenységet; közreműködik a nemzetközi gyógyszer-engedélyezés és -ellenőrzés ellátásában; ezen túl részt vesz a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadási és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló eljárásokban. A gyógyszerügyi hatóság az **élelmezés- és táplálkozás-egészségügy**, valamint a **kozmetikai termékekkel** összefüggő feladatkörében különösen hatósági, tudományos kutatási, képzési, értékelési szakvéleményezési feladatokat, valamint ide kapcsolódó hazai és uniós koordinálási, szakmai felügyeleti, tájékoztatási, illetve hazai és tagállami szakértői feladatokat lát el.

b) A gyógyszerügyi egészségbiztosítási szerv lefolytatja a gyógyszerek, tápszerek **társadalombiztosítási támogatásával kapcsolatos különböző eljárásokat**. Ilyen eljárásnak minősül a gyógyszerek, tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadása, a támogatás kategóriájáról, módszeréről, mértékéről, valamint a gyógyszer árához nyújtott társadalombiztosítási támogatás igénybevételének kezdőnapjáról történő döntés, a támogatásból való kizárás. Ugyancsak az egészségügyi egészségbiztosítási szerv **vezeti a támogatott gyógyszerekkel** és e gyógyszerekhez kapcsolódó egyes tevékenységekkel **összefüggő nyilvántartásokat**. Ilyen nyilvántartás például a támogatott hatóanyagú gyógyszerek, tápszerek nyilvántartása [Publikus Gyógyszertörzs (PUPHA)].¹³⁴ A gyógyszerek és tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásával, illetve a támogatás megváltoztatásával és megszüntetésével kapcsolatos eljárásban az Egészségügyi

¹³⁴ http://neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/gyogyszer_segedeszkoz_gyogyfurdo_tamogatas/egeszsegugyi_vallalkozasoknak/pupha/Vegleges_PUPHA.html (letöltve: 2020.02.15.).

Technológia-értékelő Bizottság működik közre, amelyet a gyógyszerügyi egészség-biztosítási szerv vezetője hoz létre. Ezen túlmenően az egészségügyi biztosítási szerv az egyes gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba való befo-gadásról és a támogatás mértékéről, alapjáról általában a gyógyszerügyi hatóság és az egészségügyi szakmai kollégium¹³⁵ szakvéleményének kikérését követően dönt.

A gyógyszerügyi egészségbiztosítási szerv **szerződést köt** továbbá a **gyógy-szertárakkal** támogatott gyógyszer forgalmazására, illetve kiszolgáltatására, és az ehhez kapcsolódó ártámogatás elszámolására, folyósítására, az egészségbiztosítás keretében finanszírozott és nem finanszírozott **egészségügyi szolgáltató orvosával** gyógyszer támogatással történő rendelésére, az orvossal gyógyszer saját maga vagy a Ptk. szerinti hozzátartozója részére (*pro familia*) támogatással történő rendelésé-re, valamint ellenőrzi e szerződések teljesítését.

e) A gyógyszerügyben érintett nem állami szervek

A gyógyszerellátásban érintett nem állami szervek **három nagy csoportját** lehet elkülöníteni. Az első csoportba a gyógyszerészek önkormányzattal rendelkező szak-mai és érdekképviseleti köztestülete, a **Magyar Gyógyszerészi Kamara**, valamint a gyógyszerellátásban dolgozó, nem gyógyszerész szakembereket is tömörítő kama-ra, a **Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara** sorolható.¹³⁶ Külön említendők a gyógyszerellátásban érintett szervezetek, természetes személyek által létrehozott **civil szerveződések** – ilyenek például a hazai gyógyszeripari szereplőket tömörítő egyesületek, a gyógyszerészek különböző egyesületei.¹³⁷ Külön csoportba sorolha-tók a gyógyszerellátásban érintett nem állami szervezetek önszabályozó tevékenysé-ge folytán e szervektől részben függetlenedő, különösen a **gyógyszerellátás etikus, jogszerű működése felett őrködő szervek** (például etikai bizottságok), amelyek az önszabályozás alapján megalkotott belső szabályozók¹³⁸ szerint tevékenykednek.

E szervek közigazgatási feladatokat nem, vagy minimális mértékben látnak el. Kivételt képeznek ez alól a Magyar Gyógyszerészi Kamara bizonyos jogosít-ványai, amelyek közül a tagsági viszony keletkezéséről és megszüntetéséről szóló kamarai döntés hatósági határozat. Emellett a kamara szakértőként közreműködik közigazgatási szervek egyes hatósági eljárásaiban is. A kamara szakértőként részt

¹³⁵ Lásd a III. fejezet 2. pontjában az ágazati igazgatásban közreműködő egyéb szervezetet bemutató táblázatot.

¹³⁶ Lásd a III. fejezet 2. pontjában az ágazati igazgatásban közreműködő egyéb szervezetet bemutató táblázatot.

¹³⁷ Például Magyar Gyógyszerésztudományi Társaság, Magángyógyszerészek Országos Szövetsége, Gyógyszer-nagykereskedők Szövetsége.

¹³⁸ Például a Gyógyszer-nagykereskedők Szövetségének Etikai szabályzata <https://www.php-gynsz.hu/a-szovetseg-szabalyzatai/etikai-szabalyzat> (letöltve: 2020.02.15.); Gyógyszeripari Szövetségek Kom-munikációs-etikai Kódexe. 115. o.

vesz például a gyógyszerészi diplomához kötött tevékenység végzéséhez szükséges hatósági engedélyek kiadásában,¹³⁹ vagy szakértőként véleményezi a külföldi bizonyítvány, oklevél Magyarországon történő elismerésére irányuló kérelmet, ha az oklevél a külföldi bizonyítványok és oklevelek elismeréséről szóló külön törvény alapján feltétel nélkül nem ismerhető el.¹⁴⁰

A gyógyszerellátásban érintett nem állami szervek elsődlegesen **javaslattevő, döntést kezdeményező, véleményező** tevékenységükkel részben segítik az egészségügyi igazgatás szerveinek a munkáját, részben pedig belső szabályozó tevékenységük útján járulnak hozzá a gyógyszerellátás színvonalas, jogszerű és etikus biztosításához.¹⁴¹

4. A gyógyszerellátás főbb területei

a) Gyógyszerkutatások támogatása

Hosszú az út, amíg egy gyógyszer a kutatólaboratóriumból a gyártósorra, majd a gyártósorról a beteghez jut. Egy új gyógyszer kifejlesztése, majd gyártása, nagy- és kiskereskedelmi forgalmazása, esetleges mellékhatásainak figyelése, végezetül pedig a lejárt vagy más okból fel nem használt gyógyszerek begyűjtése és megsemmisítése: mindezek hosszú, a jogszabályok által is részletesen körülírt folyamatok. A világ számos országában a **kormányok különböző formában támogatják** az innovatív szakmai területeket, így a gyógyszeripari kutatás-fejlesztést is. A támogatás lehet **közvetlen** – azaz a költségvetés pénzeszközöket ad át az ilyen feladat ellátására, vagy a támogatást **közvetetten**, adókedvezmény, más befizetési kötelezettségek elengedésének stb. formájában nyújtják. Ez utóbbi támogatási formának is különböző típusai lehetnek, tipikus esete a piacon már bent lévő hatóanyagokkal megegyező termékek piacra lépésének a korlátozása, úgy, hogy hosszabb-rövidebb időtartamú **szabadalmi védettséget biztosítanak** különösen az originális szerek kifejlesztőjének, gyártójának.¹⁴² Az államok ez irányú szerepvállalása teljesen érthető, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy egy új készítmény kifejlesztése hallatlanul drága.

A magyar állam a lehetőségeihez mérten ugyancsak támogatja a gyógyszeripari kutatás-fejlesztést. Részben úgy, hogy a vállalkozások kutatás-fejlesztési és

¹³⁹ Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény 2/A. § (2) bekezdés b) pontja.

¹⁴⁰ Uo. 2/B. § (2) bekezdés.

¹⁴¹ Koncz: A gyógyszeripari önszabályozásban rejlő lehetőségek. 12. o.

¹⁴² Vö. Nagy Balázs: Gyógyszeripar és innováció – egy aranykor vége? II. rész: Kutatás-fejlesztés és piacra lépési korlátok a gyógyszeriparban. *IME*, (2005) 9., 43–48., 43. o.

technológiai innovációs tevékenységét támogató kormányzati intézkedések kiterjednek erre a szakterületre is. Emellett – az uniós normákkal összhangban¹⁴³ – a gyógyszerügyi hatóság a törzskönyvezési beadványok értékelésekor vizsgálja az adott hatóanyaghoz kapcsolódó szabadalmi helyzetet is. A kutatás-fejlesztés speciális, csak a gyógyszerüggyel összefüggő támogatását tartalmazza a Gyftv., ugyanis a gyógyszeripart terhelő különadókból¹⁴⁴ a Gyftv.-ben meghatározott esetben és mértékű engedményt kaphatnak azok a gazdálkodó szervezetek, amelyeknek kutatási és fejlesztési ráfordításai elérik a jogszabályban meghatározott mértéket.¹⁴⁵

b) Gyógyszergyártás engedélyezése

Ahogy már történt rá utalás, a közigazgatási jog részletesen szabályozza a gyógyszergyártás és forgalmazás szinte minden mozzanatát. A gyógyszerek előállításuk csak szabályozott körülmények között történhet, azaz a **gyógyszergyártás** is¹⁴⁶ csak a gyógyszerügyi hatóság által kiadott **gyógyszergyártási engedély birtokában** végezhető. A gyógyszergyártás olyan engedélyhez kötött tevékenység, ahol ellenőrzött ipari körülmények között gyógyszert állítanak elő. A gyártási engedély kiadásának a feltétele, hogy a kérelmező rendelkezzen olyan – a jogszabályban meghatározott – személyi és tárgyi feltételekkel (például meghatározott képesítéssel rendelkező meghatalmazott személy, tárgyi, építészeti feltételek megléte), amelyek biztosítják, hogy az általa gyártott gyógyszer minősége a gyártást követően megfelel a forgalomba hozatali engedélyben meghatározott követelményeknek, valamint a kérelmező rendelkezik a gyógyszergyártás technológiai folyamatainak során okozott kár megtérítésére vonatkozó felelősségbiztosítási szerződéssel. A gyógyszer gyártására jogosító engedély **egyben** a saját előállítású termékkel történő **nagykereskedelmi jogosultságot is tartalmazza**, ha a gyártó egyebekben megfelel a nagykereskedelemre vonatkozó, jogszabályban meghatározott személyi, tárgyi feltételeknek is.

¹⁴³ Az Európai Parlament és a Tanács 2006. december 12-i 1901/2006/EK rendelete a gyermekgyógyászati felhasználásra szánt gyógyszerkészítményekről, valamint az 1768/92/EGK rendelet, a 2001/20/EK irányelv, a 2001/83/EK irányelv és a 726/2004/EK rendelet módosításáról.

¹⁴⁴ A Gyftv. 36. § (1) és (4), (4a), illetve 40/A. § (1) bekezdései szerinti befizetési kötelezettségek tartoznak ebbe a körbe.

¹⁴⁵ Gyftv. 36. § (10) bekezdés.

¹⁴⁶ A gyártás alatt értendő a gyógyszer hatóanyagok gyártása, csomagolása, gyógyszerek felszabadítása, minőségellenőrző vizsgálata is.

c) A gyógyszerek forgalomba hozatali engedélyezése

Ahhoz, hogy egy gyógyszer a kereskedelem különböző csatornáin – azaz gyógyszer-tárban, valamint gyógyszer-kiskereskedelmi tevékenységre engedéllyel rendelkező más üzletben – értékesíthető, illetve egészségügyi intézményben alkalmazható legyen, nem elégséges, hogy azt a gyártási engedély alapján legyártják, mivel **külön engedély szükséges a forgalomba hozatalhoz is**. Az Európai Unióban ez a külön engedély a gyógyszerek forgalomba hozatali engedélye. Korábbi hazai elnevezése a gyógyszer törzskönyvezése volt, aminek a kiadása a gyógyszerügyi hatóság hatáskörébe tartozik. A forgalomba hozatali engedélyezési eljárás legfontosabb célja a már forgalomba hozható gyógyszer alapvető adatainak nyilvántartása mellett a gyógyszer **minősége, biztonságossága és hatásossága** meglétének vizsgálata. Ez az engedély tehát a feltétele, hogy egy gyógyszer embergyógyászati célra alkalmazható legyen.

Egy gyógyszer forgalomba hozatalát több módon lehet engedélyezni, arra részben a Gyógyszertörvény rendelkezései, illetve az uniós szabályok vonatkoznak. Az egyes **törzskönyvezési eljárásokat az alábbi csoportokba** lehet besorolni:¹⁴⁷

a) **Centralizált forgalomba hozatali engedélyezési eljárás:** ez csupán a gyógyszerek egy részénél kötelező. A kérelmező nem is választhat más eljárást, elsősorban innovatív készítmények engedélyezése tartozik ebbe a körbe. Vannak azonban olyan esetek, amikor a kérelmező döntésétől függ, hogy ezt az eljárást választja-e. Ilyen esetben konzultálni kell az Európai Gyógyszerügynökséggel a kérelmek befogadhatósága kérdésében. A centralizált forgalomba hozatali engedély iránti kérelmet közvetlenül az Európai Gyógyszerügynökségnek (*European Medicines Agency*) kell benyújtani. Az engedélyezés tényéről az Európai Bizottság határoz. Az elfogadott forgalomba hozatali engedélyről értesítést kap a forgalomba hozatali engedély jogosultja, valamint az egyes tagállamok. Az engedélyt – ami minden tagállamra kötelező érvényű – kihirdetik az Európai Bizottság hivatalos lapjában (*Official Journal of the European Communities*).

b) **Nemzeti forgalomba hozatali engedélyezési eljárás** olyan készítmények esetében választható, amelyek nem tartoznak a kötelezően centralizált forgalomba hozatali engedélyezés körébe sorolt készítménytípusok körébe. Ezt az eljárást a **gyógyszerügyi hatóság** folytatja le. Az eljárás nemzeti jellegéből következően az ilyen engedély hatálya csak Magyarország területére érvényes. Az anyagi jogi szabályokat és az eljárás különös szabályait a Gyógyszertörvény tartalmazza.

c) **Kölcsönös elismerési eljárás** – a nemzeti eljáráshoz hasonlóan – szabadon választható minden olyan esetben, amikor nem kötelező a centralizált engedélyezési eljárás. Ennek az eljárásnak a lényege, hogy a forgalomba hozatali **engedély**

¹⁴⁷ Lásd részletesen Dósa Ágnes (szerk.): *A gyógyszerészeti jog nagy kézikönyve*. Budapest, 2013. 108–113. o.

honosítása közös eljárással történik **több tagállamban**, olyan készítmény esetén, amelynek a forgalomba hozatalát legalább egy EGT-tagállamban a kérelem beadásának időpontjában már engedélyezték.

d) Decentralizált forgalomba hozatali eljárásról akkor beszélünk, ha EGT-tagállamban forgalomba hozatali engedéllyel még nem rendelkező készítmény esetén **több tagállamban egyidejűleg folyik az engedélyezési procedúra**. Ilyen eljárás esetén bármely tagállam választható referenciaországnak.

Nemzeti forgalomba hozatali engedélyezési eljárás körében a gyógyszerügyi hatóság a gyógyszer forgalomba hozatali engedélyét akkor adja ki, ha a gyógyszer: *a)* minősége, mennyiségi összetétele – ideértve a gyártás körülményeit is – ismert és meghatározott; továbbá *b)* terápiás hatásossága – az egyszerűsített eljárással törzskönyvezhető homeopátiás gyógyszerek kivételével – klinikailag is bizonyított; valamint *c)* előny/kockázat aránya kedvező. A forgalomba hozatali **engedély öt évig érvényes**. Az engedély az érvényességi időn belül megújítható. Megújítás esetén a forgalomba hozatali engedély korlátlan ideig érvényes, kivéve, ha a gyógyszerügyi hatóság úgy dönt, hogy a benyújtott farmakovigilanciával kapcsolatos adatok alapján vagy az adott gyógyszerrel történő betegexpoziáció elégtelensége miatt az engedélyt csak öt évre újítja meg.

d) Gyógyszer-nagykereskedelem engedélyezése

Ahogy arra már történt utalás, a gyógyszer különleges „áru”, és mint ilyen, speciálisak a forgalmazásának szabályai is. A gyógyszerek kereskedelme körében élesen el kell választani egymástól a nagy- és kiskereskedelmet.

A **gyógyszer-nagykereskedelem** a gyógyszer-vizonteladónak történő értékesítését jelenti. A gyógyszer-nagykereskedelmi tevékenység folytatásához is a tevékenység végzésére jogosító **engedély szükséges**. Az engedélyt a gyógyszerügyi hatóság adja ki, ha a kérelmező megfelel az előírt személyi és tárgyi feltételeknek. A gyógyszer minőségbiztosítása, valamint az ellenőrzés érdekében a nagykereskedő csak olyan gazdálkodó szervezettől szerezhet be gyógyszert, amely rendelkezik az adott gyógyszer előállítására vonatkozó gyártási engedéllyel, az EGT-tagállamon kívülről származó gyógyszer gyártási tételének felszabadítására feljogosító gyártási engedéllyel vagy gyógyszer-nagykereskedelmi engedéllyel.

A gyógyszer nagykereskedő – az orvosi oxigén kivételével – az általa forgalmazott termékeket közvetlenül a lakosság részére nem forgalmazhatja, illetve csak olyan megrendelőnek szállíthatja azt, aki nagykereskedelmi, illetve egészségügyi szolgáltató esetén az egészségügyi tevékenység végzésére engedéllyel rendelkezik. A nagykereskedelmi engedély jogosultja **köteles azokat a gyógyszereket beszerezni és folyamatosan forgalmazni**, amelynek forgalmazására engedélyt kapott,

ennek biztosítása érdekében köteles olyan beszerzési és készletgazdálkodási rendszert működtetni, amely biztosítja a forgalmazási és ellátási biztonság átláthatóságát és ellenőrizhetőségét. Az engedélyes **köteles** továbbá **együttműködni az állami katasztrófa- és védelmi készlet kezelőjével**, melynek keretében részt vesz az Állami Egészségügyi Tartalék biztonságos rendelkezésre állásának biztosításában.

e) A gyógyszer-kiskereskedelem – a gyógyszertárak – engedélyezése

A gyógyszer-kereskedelem másik lépcsőjét a **közvetlen lakossági gyógyszerellátás** jelenti. A lakossági gyógyszerellátást a gyógyszertárak, illetve a gyógyszertáron kívüli gyógyszerforgalmazásra engedéllyel rendelkező üzletek végezhetik.

1994-től – azaz az első úgynevezett patikatörvény hatálybalépésétől kezdődően – az egyik elsődleges szempont volt, hogy csak olyan személyek működtethessenek gyógyszertárakat, akik képzettségükkel, szakmai gyakorlatukkal garanciát jelentenek a közforgalmú gyógyszertárak előírászerű működésére.¹⁴⁸ Ezen túl ez a törvény korlátozta a működtethető gyógyszertárak számát is (5000 lakos/patika), ezzel biztos piacot teremtve az úgynevezett személyi jog alapján – amit kezdetben a miniszter engedélyezett – patikaműködtetésre jogot szerzett gyógyszerészek számára. Ez a modell gyakorlatilag napjainkig fennmaradt, annak ellenére, hogy az európai országok egyre inkább a nem gyógyszerészek számára is lehetővé teszik a gyógyszertárak tulajdonlását.¹⁴⁹

A Gyftv. – miként az első patikatörvény is – a **gyógyszertáraknak négy típusát** különbözteti meg, ezek: a közforgalmú, a fiók-, a kézi és az intézeti gyógyszertár.

a) A **közforgalmú gyógyszertár** a lakosság közvetlen és teljes körű gyógyszerellátását biztosító olyan egészségügyi intézmény, amely a teljes körű gyógyszerellátás keretében magisztrális (gyógyszertári) gyógyszerkészítést¹⁵⁰ is végez. A hatályos szabályozás alapján új gyógyszertár – fő szabály szerint – csak a gyógyszerügyi hatóság által kiadott **létesítési engedély és működési engedély** alapján létesíthető, illetve működtethető. Új közforgalmú gyógyszertár létesítésére fő szabály szerint a gyógyszerügyi hatóság pályázatot ír ki. Azokon a településeken, ahol közforgalmú gyógyszertár vagy fiókgyógyszertár nem működik, a gyógyszerügyi hatóság új közforgalmú gyógyszertár létesítésére akkor ír ki hivatalból pályázatot, ha a település lakosainak száma legalább 4500 fő. Olyan településen, ahol már működik közforgalmú gyógyszertár, új közforgalmú gyógyszertár létesítésére fő szabály

¹⁴⁸ A gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény indokolása.

¹⁴⁹ Lásd BENYÓ Balázs – MOLNÁR László (szerk.): *A patikaliberalizáció hatása a gyógyszerfogyasztókra*. Budapest, 2010. 36. o.

¹⁵⁰ A magisztrális készítmények olyan gyógyszerek, amelyet a gyógyszerész készít el az orvos előírata alapján.

szerint a gyógyszerügyi hatóság akkor ír ki pályázatot, ha az 50 000 lélekszámot meghaladó településen (fővárosi kerületben) legalább 4000, egyéb településen 4500 lakos jut egy közforgalmú gyógyszertárra, és a meglévő közforgalmú gyógyszertárak betegforgalmi bejárata és az új közforgalmú gyógyszertár betegforgalmi bejárata között legalább 250 méter, illetve legalább 300 méter távolság van. Pályázatot csak személyi joggal rendelkező vagy személyi jogra jogosult gyógyszerész nyújthat be.

b) A **fiókgyógyszertár** a közforgalmú gyógyszertár részeként működő, a lakosság közvetlen gyógyszerellátását biztosító ellátási forma. A fiókgyógyszertárak **három formában** működhetnek: a tipikus forma, a fiókgyógyszertárat működtető közforgalmú gyógyszertárral (anyaggyógyszertár) nem azonos telephelyű fiókpatika, továbbá a mozgó, illetve ideiglenesen telepített egységként működtetett fiókpatika. Ilyen gyógyszertár működtetése olyan településen engedélyezhető, ahol közforgalmú vagy fiókgyógyszertár nem működik, feltéve, hogy a település lakosainak száma legalább 4500 fő. Fő szabály szerint egy fiókgyógyszertár működtetésére a legközelebb eső közforgalmú gyógyszertárat működtető gyógyszerész kaphat engedélyt. A közforgalmú gyógyszertárat működtetőnek háromnál több fiókgyógyszertár működtetése nem engedélyezhető. A három fiókgyógyszertárból mozgó egységként egy működtethető.

c) A lakosság minél jobb ellátása érdekében lehetőség van **kézigyógyszertár** létesítésére és működtetésére is a gyógyszerügyi hatóság engedélye alapján. A kézigyógyszertár a **házi orvos** gyógyító munkájához szükséges, a gyógyszerek meghatározott körét szolgáltatja olyan településen, ahol közforgalmú vagy fiókgyógyszertár nem működik, – illetve mindaddig, amíg nem kezdi meg működését –, és a házi orvos kérelmezi ezen patika működésének engedélyezését.

Az így kiadott **engedély** nem a házi orvosi praxishoz, hanem a **kérelmező személyéhez kötött**, annak ellenére, hogy működtetésének joga kizárólag arra a földrajzi területre engedélyezhető, ahol a házi orvos a tevékenységét folytatja. Miután a kézigyógyszertár működtetése a törvény logikájából következően csak átmeneti (az orvos személyéhez kötött, és csak addig lehetséges, amíg másik patika nem nyit ki a területén), illetve a törvény erőteljesebben védi a gyógyszertárat működtető patikusok érdekeit, ezért a kézigyógyszertárban tartható gyógyszereket csak közforgalmú gyógyszertárból lehet beszerezni, és a házi orvos a kézigyógyszertárból csak a nyilvántartásában szereplő beteg részére és csak az általa rendelt gyógyszert szolgáltathatja ki, kivéve a sürgős szükség esetét.

d) A lakossági és az intézeti gyógyszerellátás sajátos keveréke valósul meg az **intézeti gyógyszertárakban**. Az intézeti gyógyszertár fekvőbeteg egészségügyi intézmény részeként működik, annak teljes körű gyógyszerellátását biztosítja, de közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatokat is végezhet. Ezt a patikatípust csak fekvőbeteg-ellátást végző intézmény létesíthet és működtethet.

2007-től lehetőség van arra is, hogy egyes, a gyógyszerügyi hatóság által engedélyezett gyógyszereket **gyógyszertáron kívül is árusíthassanak**. Ilyen módon csak az a gyógyszer forgalmazható, amely gyógyszertárban orvosi rendelvény nélkül is kiadható, és alkalmazását megelőzően az öndiagnózis egyértelműen felállítható, a tévedés lehetősége valószínűtlen, vagy nem jár súlyos egészségügyi következményekkel, és veszélyessége (mellékhatás, kölcsönhatás) még jelentősebb mértékű túladagolás esetén sem nagy. Gyógyszer akkor forgalmazható gyógyszertáron kívül, ha az üzlet biztosítja a gyógyszerek biztonságos és a többi árutól elkülönített szakszerű tárolását, ha elérhető a gyógyszerek biztonságos alkalmazásához szükséges tájékoztatást nyújtó minősített információs rendszer, illetve van olyan személy, aki az adott üzletben felelős a gyógyszerekkel kapcsolatos jogszabályi előírások érvényesítéséért. A gyógyszertáron kívüli gyógyszer-kiskereskedelem feltételeinek hatósági ellenőrzése szintén a gyógyszerügyi hatóság hatásköre.

5. Gyógyszerbiztonság

A gyógyszereknek (...) mellékhatásaik is lehetnek, és ezek jelentős közegészségügyi terhet jelentenek a Közösség számára. A becslések szerint a kórházi betegfelvételek 5%-ára gyógyszer mellékhatás miatt kerül sor, (...) és a kórházi elhalálozások ötödik leggyakoribb oka gyógyszer mellékhatás. Egyes mellékhatásokra csak a gyógyszer engedélyezése után derül fény, és a gyógyszerek teljes biztonságossági profilja csak azután válik ismertté, miután piacra kerülnek.¹⁵¹

Ezeknek a nem túlságosan biztató adatoknak a tükrében érthető, hogy az Európai Unió és a tagállamok fokozott figyelmet fordítanak a gyógyszerbiztonság kérdéseire.

A gyógyszerbiztonság az GYEMSZI-OGYI¹⁵² módszertani levele¹⁵³ alapján úgy foglalható össze, hogy minden szempontból olyan gyógyszer készüljön: *a)* amelyre szükség van; *b)* amelynek sem az azonossága (például gyógyszercsere), sem

¹⁵¹ Javaslat: AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS IRÁNYELVE az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló 2001/83/EK európai parlamenti és tanácsi irányelvnek a farmakovigilancia tekintetében történő módosításáról. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/?uri=CELEX:52008PC0665> (letöltve: 2020.02.15.).

¹⁵² A gyógyszerügyi hatóság korábban a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) részeként működött. A GYEMSZI az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYI), az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet, az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet és az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ beolvasással megszűnt szervezeteknek volt a jogutódja.

¹⁵³ OGYI-P-62-1998/2012. A hatálybalépés időpontja: 2012. július 15. https://www.ogyei.gov.hu/dynamic/P62_2012_atadasatvetel.pdf (letöltve: 2020.02.15.).

a minősége nem változik a készítés, tárolás, szállítása közben; és *c*) amelynek a felhasználásakor minden szükséges információ torzítatlanul rendelkezésre áll.

A gyógyszerbiztonság nem abszolút, egyes tényezők, hatások és körülmények növelik, mások csökkentik azt. A gyógyszerbiztonságra vonatkozó szabályozásnak azt kell biztosítani, hogy a gyógyszerbiztonság csökkenése az elfogadható mérték alá ne kerüljön, de a szabályozás ne is akadályozza, korlátozza szükségtelenül és elviselhetetlenül a gyógyszerellátás egyes lépéseit.

a) Gyógyszers mellékhatások

E tevékenységnek az unión belüli koordinált végrehajtása érdekében több uniós szabályt is kiadtak. A hazai jogban a farmakovigilanciával összefüggő módosításokat 2012. július 21-i hatálybalépéssel építették be a Gyógyszertörvénybe. Ezen módosítások – összhangban az uniós szabályozással – **kötelezővé teszik a gyógyszer mellékhatások bejelentését** valamennyi azt észlelő számára, továbbá a gyógyszerügyi hatóság tudomására jutott farmakovigilanciával kapcsolatos adatok értékelésének, indokolt esetben az Európai Unió tagállamai és az Európai Gyógyszerügynökség értesítésének rendjét. Szabályozza a törvény azt is, hogy a gyógyszerügyi hatóság mellékhatások észlelése esetén milyen esetben függesztheti fel, illetve tilthatja meg a gyógyszer forgalmazását. A Gyógyszertörvény előírja a gyógyszerügyi hatóság számára egy **farmakovigilancia-rendszer működtetését** is, melyben információt kell gyűjteni a gyógyszerek azon kockázatairól, melyek a betegek egészségét vagy a közegészséget érinthetik. A farmakovigilancia-rendszer ellenőrzését rendszeresen el kell végezni, és az eredményekről beszámolót kell készíteni az Európai Bizottság részére.

b) Hamisított, minőségi hibás, alaki hibás gyógyszer

A gyógyszerbiztonság körébe tartozó további kérdések közé tartoznak a hamisított gyógyszerrel, a minőségi hibás gyógyszerrel és az alaki hibás gyógyszerrel kapcsolatos teendők.

Hamisított gyógyszer az a gyógyszer, amellyel kapcsolatban – a nem szándékos minőségi hiányosság esetét kivéve – az alábbiak valamelyike hamisan van feltüntetve: *a*) az eredete; *b*) az azonossága; vagy *c*) az előtörténete, függetlenül attól, hogy ez sérti-e a szellemi tulajdonjogot.

A forgalomba hozatali engedély jogosultja, valamint a gyógyszerek nagy- és kiskereskedelmében dolgozó, továbbá a gyógyszer alkalmazását elrendelő orvos a feltételezhetően hamisított gyógyszerre vonatkozó információt a tudomásra jutást

követően haladéktalanul – a lakosság egészségének védelme érdekében szükséges intézkedések megtétele céljából¹⁵⁴ – köteles a gyógyszerügyi hatóságnak bejelenteni.

Elemi gyógyszerbiztonságot szolgáló érdek – és a gyógyszerekbe vetett lakossági bizalom miatt is fontos –, hogy a hamisított gyógyszerekhez hasonlóan ne kerüljön forgalomba **minőségi hibás gyógyszer** sem. A minőségi hibás gyógyszer olyan engedélyezett gyógyszer, amelynek a minősége az esetleges helytelen gyártás, tárolás vagy egyéb körülmény miatt nem felel meg az előírtaknak. Amennyiben a gyógyszerügyi hatóság a tudomására jutott információk alapján megállapítja, hogy valamely gyógyszer nem felel meg a forgalomba hozatali engedélyében foglaltaknak, felfüggeszti a gyógyszer érintett gyártási tételének forgalmazását, illetve elrendeli annak a forgalomból történő kivonását.

A gyógyszerbiztonság kérdéskörén belül említést kell még tenni az **alaki hibás gyógyszerekről** is. Előfordulhatnak olyan esetek, hogy a forgalomba kerülő gyógyszer csomagolása, betegtájékoztatója stb. eltér a forgalomba hozatali engedélyben foglaltaktól. Ilyen esetben a termék csak akkor maradhat forgalomban, ha azt a gyógyszerügyi hatóság úgynevezett alakihiba-engedélyben engedélyezi. Az engedélyezett alaki hibák a leggyakrabban olyan, valóban formai eltérések, amikor például helytelenül tüntették fel a terméken a gyógyszerügyi hatóság engedélyének számát, a készítmény leírása eltér az elfogadottól, a címkeszöveg és a betegtájékoztató nem felel meg mindenben a gyógyszerügyi hatóság határozatában foglaltaknak.

6. Gyógyszerek egészségbiztosítási támogatása

Az egészségbiztosításban a szolidaritás elvéből¹⁵⁵ következően – bár egyre csökkenő mértékben – a gyógyszerek egy részét a biztosítottak támogatással vásárolhatják meg, illetve ingyen kapják. A gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásának kérdése **három érdekelt oldaláról** közelíthető meg, egyrészt a beteg oldaláról, aki a gyógyszert megvásárolja (fogyasztja) és mint minden vásárló lehetőleg a legolcsóbban szeretne ehhez az áruhoz hozzájutni. Másrészt a gyógyszert előállító oldaláról, akinek az az érdeke, hogy a terméke minél nagyobb arányban fogyjon, harmadrészt pedig az állam – biztosítási alapú rendszerek esetében a biztosító – oldaláról, aki a gyógyszer megvásárlásához a támogatást nyújtja. E három szereplő érdekei nagyon eltérőek – még akkor is, ha olykor érdekazonosság is kitapintható. A beteg

¹⁵⁴ Lásd még AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS 2011/62/EU IRÁNYELVÉT (2011. június 8.) az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló 2001/83/EK irányelvnek a hamisított gyógyszerek jogszerű ellátási láncba való bekerülésének megakadályozása tekintetében történő módosításáról.

¹⁵⁵ Az ellátások, szolgáltatások költségeihez való hozzájárulás képesség szerint (jövedelemarányosan) történik, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájárulás – egy adott kereten belül – szükségletarányos.

csak a gyógyulásához feltétlenül szükséges gyógyszert akarja megvenni, természetesen olcsón, minél magasabb támogatással. A gyártó (forgalmazó) a lehető legnagyobb haszonra kíván szert tenni a termékének eladásából, ezért minél nagyobb támogatás kiharcolásában érdekelt. Az állam (a biztosító) pedig a lehető legkisebb mértékű támogatás mellett a lehető legnagyobb egészség-nyereség elérésében érdekelt. Ennek a bonyolult érdekorientált hálónak a kezelésére szolgál a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatási rendszere, ami európai uniós irányelven (transzparencia irányelv) alapszik,¹⁵⁶ és a közigazgatási jog által részletesen szabályozott.

Az Európai Unióban a tagállamok hatáskörében van az adott állam egészségügyi rendszerének megszervezése, ez pedig értelemszerűen az erőforrások elosztására is kiterjed. Ezen erőforrás elosztására is tekintettel a tagállam szabályozhatja – így keretek közzé szoríthatja – a gyógyszerfogyasztást, aminek egyik eszköze a gyógyszerárak meghatározása, de jogosult arra is, hogy feltételeket határozzon meg a gyógyszerek közfinanszírozhatóságához. A közfinanszírozhatóság feltételeinek meghatározása tehát tagállami jogkör, a feltételek között vizsgálható a gyógyszerek költséghatékonysága, hatásossága, eredményessége más gyógyszerhez képest stb.

A hatályos magyar szabályozás¹⁵⁷ szerint – figyelemmel a transzparencia irányelvre is – gyógyszer, valamint különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer akkor részesíthető társadalombiztosítási támogatásban, ha azokat a **gyógyszerügyi egészségbiztosítási szerv befogadja**. A befogadás **hatósági eljárás**, aminek a célja egy adott gyógyszerre a támogatás tényének, módjának, mértékének és feltételeinek a meghatározása. Támogatásban csak forgalomba hozatali engedéllyel rendelkező gyógyszer (tápszer) részesíthető.

A befogadási eljárásban közreműködőként vesz részt az Egészségügyi Technológia-értékelő Bizottság, valamint a gyógyszerügyi hatóság. A gyógyszerügyi egészségbiztosítási szerv a társadalombiztosítási támogatásba befogadott gyógyszerek támogatására **különböző támogatási módszereket** alkalmazhat. Ilyen például a százalékos támogatás, a fix összegű támogatás, vagy a miniszteri rendeletben meghatározott maximális térítési díj.

A befogadáshoz hasonlóan egy gyógyszer **támogatásból történő kizárása** (akkor, ha forgalomba hozatali engedélyét visszavonták, költséghatékonyságával kapcsolatban kétség merült fel, az E-Alapot az elérhető egészségnyereséghez képest aránytalanul nagy mértékben terheli, több mint hat hónapja nincs forgalomban stb.),

¹⁵⁶ A Tanács 1988. december 21-i 89/105/EGK irányelve az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek árának megállapítását, valamint a nemzeti egészségbiztosítási rendszerekbe történő felvételüket szabályozó intézkedések átláthatóságáról.

¹⁵⁷ A Gyftv., valamint a gyógyszerek társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásának, a befogadás és a támogatás mértéke megállapításának, valamint a támogatás megváltoztatásának részletes szabályairól szóló 452/2017. (XII. 27.) Korm. rendelet, illetve a törzskönyvezett gyógyszerek és a különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszerek társadalombiztosítási támogatásba való befogadásának szempontjairól és a befogadás vagy a támogatás megváltoztatásáról szóló 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendelet.

vagy a támogatás mértékének, kategóriájának, módszerének módosítása, illetve a forgalmazásra és készletben tartásra vonatkozó kötelezettségvállalás meghosszabbítása vagy előírása ugyancsak **hatósági eljárás keretében** történik.

7. A gyógyszerellátással összefüggő állami, közhatalmi eszközök

A gyógyszerügy érzékelhetően bonyolult rendszerébe az állam különféle szabályozási és igazgatási eszközökkel avatkozik be.

a) Az állami beavatkozás **tipikus eszközei** között első helyen kell említeni a **szabályozást**. Ahogy utaltunk rá, a gyógyszerügyben a jogalkotás mellett különös szerep jut szakmai irányelveknek, szakmai protokolloknak és finanszírozási eljárásrendeknek is.

b) A másik tipikus és leggyakrabban alkalmazott beavatkozási eszköz a **hatósági jogalkalmazás**. Az **engedélyezés** kiterjedt rendszerén túl a gyógyszerügy területén nagy számban vezetnek **közhiteles nyilvántartásokat** is (például a forgalomba hozatalra engedélyezett kábítószeret tartalmazó gyógyszerek nyilvántartása; gyógyszernek nem minősülő gyógyhatású készítmények nyilvántartása; gyógyszerismertetést folytatók nyilvántartása). Ugyancsak nem nélkülözi ez a szakterület a **kvázi bíraskodó jellegű hatásköröket** sem. Elégséges itt utalni a gyógyszeripari cégek jogellenes kereskedelmi gyakorlata esetén megállapítható bírságokra, amelyek mértéke a 100 millió forintos nagyságrendet is elérheti. Végezetül a hatósági eszközrendszerbe tartozik a gyógyszerellátás egyes részterületeinek **állami felügyelete** (például a gyógyszerárak szakmai felügyelete).

c) Az állami beavatkozás eszközrendszeréből meg kell még említeni a **pénzügyi ösztönzést és befolyásolást**. Elégséges itt utalni a gyógyszeripart sújtó különadókra, amellyel az állam hatékonyan képes befolyásolni ezen gazdálkodó szervek gazdasági, termelő és értékesítő tevékenységét. Ilyen **gyógyszeripari különadó** például a gyógyszerismertetést végzők után fizetendő fix összegű díj; a forgalomba hozatali engedély jogosultja által a támogatott gyógyszereinek forgalma után fizetendő 20%-os különadó; a gyógyszer-nagykereskedelmi engedéllyel rendelkezők forgalma utáni 2,5%-os befizetési kötelezettség.

A pénzügyi ösztönzés körébe tartozik többek között, hogy az itt jelzett befizetésekből a gyártók levonhatják a kutatás-fejlesztésre fordított kiadásaiknak a törvényben meghatározott hányadát, de ide sorolható a kispatikák úgynevezett működési célú támogatása is. Ugyancsak ebbe a körbe sorolható a járóbeteg-ellátás keretében társadalombiztosítási támogatással forgalmazható gyógyszerek kereskedelmi árreszének jogszabályban történő meghatározása.

Különleges állami beavatkozásra ad lehetőséget a Gyftv., amikor lehetővé teszi, hogy a Kormány a gyógyszerpiac átmeneti zavarainak elhárítása, kiküszöbölése vagy a gyógyszerpiac egyensúlyának fenntartása érdekében legfeljebb két évig közvetlenül beavatkozasson a gyógyszerárak alakulásába. E szabály tehát **árbefagyasztásra** ad lehetőséget a mindenkori Kormánynak.

Végezetül utalni kell arra, hogy ezek a beavatkozási eszközök a legtöbb esetben **kombinálva is megjelennek és érvényesülnek**. Akkor, amikor a gyógyszerügyi egészségbiztosítási szerv transzparens hatósági döntéssel megállapítja egy gyógyszer társadalombiztosítási támogatásának mértékét, egyben a pénzügyi ösztönzés eszközét is használja, de ugyanez állapítható meg akkor is, amikor valamely termék forgalmazására **volumenszerződést köt** az adott termék gyártójával, forgalmazójával.

8. Gyógyászati segédeszköz ellátás

A gyógyászati segédeszköz átmeneti vagy végleges egészségkárosodással, fogyatékkal élő ember személyes használatába adott **orvostechikai eszköz**, vagy orvostechikai eszköznek nem minősülő **ápolási technikai eszköz**, amely használata során nem igényli egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy folyamatos jelenlétét. A gyógyászati segédeszköz ellátásra vonatkozó szabályozás sok hasonlóságot mutat a gyógyszerellátás szabályozásával, a legfőbb különbség a két termék eltérő jellegéből adódik.

A gyógyszer különleges áru jellege miatt a közigazgatás a gyógyszerellátás szinte minden mozzanatát szabályozza és igazgatja, ugyanez azonban nem mondható el a gyógyászati segédeszközökről. A gyógyászati segédeszközök esetén ugyanis **nincsenek olyan szigorú és részletes szabályok** például a gyártásra vagy a forgalmazásra, de hasonlóan részletesen szabályozott e termékek egészségbiztosítási támogatásának kérdése.

A gyógyszerek esetében értelemszerűen nem beszélhetünk javítási és kölcsönzési tevékenységről, ez a segédeszközöknél önállóan szabályozott részterület.

Nem igényel ugyanakkor minden eszközre kiterjedő szigorú szabályozást az elhasználódott, használhatatlanná vált eszközök begyűjtése és megsemmisítése, ami a gyógyszerek esetében nem csak jelentős anyagi ráfordítást igényel, hanem azok veszélyes hulladék jellege miatt kizárólag zárt rendszerben történhet.

A gyógyászati segédeszközök ismertetésére, kereskedelmi gyakorlatára, a forgalmuk utáni befizetésekre – ha nem is olyan nagyságrendben, mint a gyógyszereknél –, továbbá az egészségbiztosítási befogadásukra hasonló szabályok vonatkoznak, mint a gyógyszerekre. E termékkörnél is az alapvető hatáskörök a gyógyszerügyi hatóság és a gyógyszerügyi egészségbiztosítási szerv között oszlanak meg.

Irodalom

- A magyar társadalombiztosítás 10 éve 1919–1929.* Budapest, 1929.
- A magyar társadalombiztosítás 50 éve 1892–1942.* Budapest, 1942.
- ANTALÓCZY Katalin: *A magyar gyógyszeripar versenyképessége – adatok, hipotézisek, töprengések.* Budapest, 1997. (Műhelytanulmányok 17.)
- ASBÓTH Márton: A „fogyasztóvédelem” a humánszolgáltatásokban. In FAZEKAS Marianna (szerk.): *Közgazgatási jog. Általános rész II.* Budapest, 2017. 146–158. o.
- ATZÉL Elemér: *A magyar egészségügyi közigazgatás kézikönyve.* I–III. kötet. Budapest, 1937.
- BALÁZS Péter: „*Generale Normativum in Re Sanitatis*” 1770. *Szervezett egészségügyünk 1770-es alaprendelete.* Piliscsaba–Budapest, 2004.
- BÁLINT Tamás – LENGYEL Gabriella – ZELKÓ Romána – HALÁSZ Sándor – VINCZE Zoltán – FEHÉR János: Gyógyszerészet és jog kapcsolata Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, (2007) 20., 945–949. o.
- BARADLAI János: *A magyarországi gyógyszerészet története.* Budapest, 1930.
- BENYÓ Balázs – MOLNÁR László (szerk.): *A patikaliberalizáció hatása a gyógyszer-fogyasztókra.* Budapest, 2010.
- BERKI Gabriella: A betegmobilitás közösségi keretei az Európai Unióban a szociális biztonsági koordináció nézőpontjából. In *Opuscula Szegediensia 4: A Munkajogi és Szociális Jogi Doktoranduszok és Pályakezdő Oktatók negyedik konferenciája.* Szeged, 2011. 9–31. o.
- BEZERÉDYNÉ HERTELENDY Magdolna – HENCZ Aurél – ZALÁNYI Sámuel: *Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért.* Budapest, 1967.
- CSITEI Béla: Személyiségi jogok az egészségügyben. *Polgári Jog*, (2017) 9., lásd Complex Jogtár, Ptk. 2:42. §-ához kapcsolt szakcikk.
- DÓSA Ágnes: *Az orvosi kártérítési felelősség.* Budapest, 2004.
- DÓSA Ágnes: *Összehasonlító egészségügyi jog.* Budapest, 2012.
- DÓSA Ágnes (szerk.): *A gyógyszerészeti jog nagy kézikönyve.* Budapest, 2013.
- FAZEKAS Marianna: A társadalombiztosítási önkormányzatok tündöklése és bukása. In DOBÁK Miklós – KARDOS József – STRAUZS Péter – ZACHAR Péter Krisztián: *Társadalmi és gazdasági érdekérvényesítés a XX. században.* Budapest, 2010. 212–238. o.
- GELLÉRNÉ LUKÁCS Éva – GYULAVÁRI Tamás: Szociális politika. In KENDE Tamás – SZÜCS Tamás: *Bevezetés az Európai Unió politikáiba.* Budapest, 2011. 437–462. o.
- GORTVAY György: *Az újabbkori magyar orvosi művelődés és egészségügy története.* I. kötet. Budapest, 1953.
- HAJDI György: *A modern orvostudomány előzményei. A görög-római antikvitás és az arab középkor orvoslásának legjelesebb képviselői.* http://www.infektologia.hu/upload/infektologia/document/hajdi_modern_orvostud_elozmenyei_2resz.pdf (letöltve: 2020.02.15.). 1–4. o.

- HORÁNYI Ildikó – MAGYAR László András: *Démoni ragály: a pestis*. Budapest, 2007. (Kiállításvezető, Semmelweis Orvostörténeti Múzeum).
- ILKU Livia – KONCZ József: *A biztonságos és gazdaságos gyógyszerellátás magyarázata*. Budapest, 2012.
- JOBÁGYI Gábor: *Orvosi jog*. Budapest, 2005.
- KERESZTY Éva: A helyi önkormányzatok szerepe és lehetőségei a betegjogok érvényesítésében 2012-ig – és azután? *Magyar Közigazgatás*, (2012) 2., 61–76. o.
- KERESZTY Éva Margit: *Betegjogok másképpen – az állami szerepvállalás lehetőségei és formái a betegjogok és orvosi jogok érvényesítésében*. Habilitációs monográfia. Budapest, 2012.
- KINCSES Gyula: A határon átnyúló ellátás új szabályozásáról és a várható hatásairól. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy (IME)*, 12. (2013) 9., 8–14. o., <http://www.kincsesgyula.hu/dokumentumok/IME2013hataronatnyulo.pdf> (letöltve: 2020.02.15.).
- KONCZ József: A gyógyszeripari önszabályozásban rejlő lehetőségek. *Med. et. jur.*, (2012) 4., 14–19. o.
- KOVÁCS M. Mária: *Liberalizmus, radikalizmus, antiszemitizmus. A magyar orvosi, ügyvédi és mérnöki kar politikája 1867 és 1945 között*. Budapest, 2001.
- KOVÁCSY Zsombor: *Egészségügyi jog*. Budapest, 2008.
- LUKÁCS Éva: Ki fizeti a számlát? – A személyek szabad mozgása és az egészségügy kapcsolata az EU tagállamaiban. *Magyar Jog*, (2002) 8., 485–496. o.
- NAGY Balázs: Gyógyszeripar és innováció – egy aranykor vége? II. rész. Kutatás-fejlesztés és piacra lépési korlátok a gyógyszeriparban. *IME*, (2005) 9., 43–48. o.
- NIZSALOVSKY Endre: *A szerv és szövetátültetések joga*. Budapest, 1970.
- ÓCSAI Lajos: Fogalmak az ÁNTSZ mindennapi tevékenységében. *Egészségtudomány*, (2009) 1., http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2009_1/Ocsai.pdf (letöltve: 2020.02.15.).
- PÁLVÖLGYI Balázs: *A magyar közegészségügyi közigazgatás intézményrendszere 1867–1914*. Budapest, 2011.
- SÁNDOR Judit: *Gyógyítás és ítékezés*. Budapest, 1997.
- SÁNDOR Judit: *Az én molekulám: bioetika és emberi jogok a XXI. század elején*. Budapest, 2016.
- SÁRINÉ SIMKÓ Ágnes: *A betegek jogairól*. Budapest, 2012.
- SZÁLLÁSI Árpád: Az Országos Stefánia Szövetség és id. Szénásy József (1886–1951). *Orvosi Hetilap*, (2008) 26., 1241–1243. o.
- SZÁSZ Béla: *Orvosi jogtudomány*. Pécs, 1925.
- SZÖGI László: *Az Eötvös Loránd Tudományegyetem története 1635–2002*. Budapest, 2003.
- TÁRCZY Edit Zsuzsanna: Gyógyszerek reklámozási lehetőségei egyes országokban a fogyasztók felé irányuló hirdetések tükrében. *Glossa Iuridica*, (2009) 1., 75–78. o.
- TARR György: Gondolatok az orvosi jogról és az orvosi jogviszonyról. *Magyar Jog*, (2002) 1., 22–30. o.
- TÖRŐ Károly: *Az orvosi jogviszony*. Budapest, 1983.
- UNGVÁRI György – MORVAI Vera: *Munkaegészségtan*. Budapest, 2010.

Ábrák, táblázatok jegyzéke

Ábrák

1. ábra. Az etikai elvárásokat megfogalmazó normák („szabályozó piramis”) rendszere

Táblázatok

1. táblázat. Közigazgatási szervek az egészségügyi igazgatásban

2. táblázat. Az egészségügyi igazgatásban közreműködő nem közigazgatási szervek

3. táblázat. Az egyénnel szemben alkalmazható járványügyi intézkedések

4. táblázat. Betegjogok

5. táblázat. A betegjogok érvényesítése

6. táblázat. Az egészségügyi szolgáltatók tulajdoni és szervezeti formái

7. táblázat. A más tagállamban igénybe vehető egészségügyi szolgáltatások jogalapja az EU-szabályozásban

ELTE Jogi Kari Könyvsorozat

ELTE Jogi Kari Jegyzetek

ISSN 2060 5986

1. DEZSŐ Márta – POZSÁR-SZENTMIKLÓSY Zoltán (szerk.): *Alkotmányjogi alapok.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2008. 130 o., ISBN 978 963 284 044 4
2. KOVÁCS Árpád: *Közpénzügyek.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 379 o., ISBN 978 963 312 004 0
3. PRINCZINGER Péter: *Sportjog I.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 264 o., ISBN 978 963 312 009 5
4. MARGITÁN Éva (szerk.): *Büntetőjog.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 461 o., ISBN 978 963 312 010 1
5. RÉTI Mária: *Szövetkezeti jog.*
Változatlan utánnomás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 414 o., ISBN 978 963 312 020 0
6. PRINCZINGER Péter (szerk.): *Sportjog II.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 405 o., ISBN 978 963 312 033 0
7. SZEIBERT Orsolya: *Családi jog.*
Második, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2012. 255 o., ISBN 978 963 312 119 1
8. FÖLDI András (szerk.): *Összehasonlító jogtörténet.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2012. 643 o., ISBN 978 963 312 130 6
9. KÉPES György (szerk.): *Magyar alkotmány- és közigazgatás-történet a polgári korban.*
A hatalommegosztás államszervezete, 1848–1949.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 233 o., ISBN 978 963 312 156 6
10. FERENCZ Jácint – GÖNDÖR Éva – GYULAVÁRI Tamás – KÁRTYÁS Gábor:
Munkajogi alapismeretek.
Negyedik, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 214 o., ISBN 978 963 312 319 5
11. GYULAVÁRI Tamás – HŐS Nikolett – KÁRTYÁS Gábor (szerk.): *Munkajogi feladatok és jogesetek.*
Második, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 217 o., ISBN 978 963 312 174 0

12. HOFFMAN István: *Bevezetés a területfejlesztési jogba.*
Negyedik, hatályosított és átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 147 o., ISBN 978 963 312 302 7
ISBN 978 963 312 303 4 (pdf)
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/hoffman-istvan-bevezetes-a-teruletfejlesztési-jogba/>
13. FLECK Zoltán (szerk.): *Jogszociológiai előadások.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 196 o., ISBN 978 963 312 196 2
14. HACK Péter (szerk.): *Büntetőeljárás jog.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 262 o., ISBN 978 963 312 198 6
15. BÖLCS Ágnes: *Italiano giuridico.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 206 o., ISBN 978 963 312 208 2
16. KIRÁLY Miklós (szerk.): *UNIDROIT – Nemzetközi Kereskedelmi Szerződések Alapelvei 2010.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 121 o., ISBN 978 963 312 213 6
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/unidroit/>
17. KEDVES Imre: *A különleges titkosszolgálati eszközök alkalmazásának története.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 107 o., ISBN 978 963 312 210 5
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/kedves-imre-a-kulonleges-titkos-szolgalati-eszkozok-alkalmazasanak-tortenete/>
18. KÁRTYÁS Gábor (szerk.): *Bevezetés a közszolgálati munkajogba.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 177 o., ISBN 978 963 312 222 8
19. FILÓ Mihály (szerk.): *Büntetőjog. Általános rész.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 219 o., ISBN 978 963 312 235 8
20. HACK Péter (szerk.): *Büntetőeljárás jog II.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 248 o., ISBN 978 963 312 245 7
21. HOFFMAN István (szerk.): *Bevezetés a szociális jogba.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 131 o., ISBN 978 963 312 244 0
22. Blaise PASZTORY: *Introduction to the International Capital Markets.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 178 o., ISBN 978 963 312 267 9
23. KOÓSNÉ MOHÁCSI Barbara – LŐRINCZ József – LUKÁCS Krisztina – PALLO József:
Büntetésvégrehajtási jog.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 266 o., ISBN 978 963 312 271 6
24. KARÁCSONY András: *Jogelméleti előadások.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 207 o., ISBN 978 963 312 274 7
25. FILÓ Mihály – NEMES András (szerk.): *Büntetőjog. Különös rész.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 319 o., ISBN 978 963 284 947 8

26. SIMON István: *Pénzügyi jog I.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 359 o., ISBN 978 963 312 317 1
27. SIKLÓSI Iván: *Forráselemzések római dologi és kötelmi jogból.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 284 o., ISBN 978 963 312 313 3
28. FAZEKAS Marianna (szerk.): *Egészségügyi jog és igazgatás.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2020. 99 o., ISBN 978 963 312 320 1
E-book: <http://www.eltereader.hu/kiadvanyok/fazekas-marianna-szerk-egeszsegugyi-jog-es-igazgatas/>

ELTE Jogi Kari Tankönyvek
ISSN 2060 6494

1. BOROS Zsuzsanna – SZABÓ Dániel: *Parlamentarizmus Magyarországon (1867–1944).*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2008. 402 o., ISBN 978 963 284 043 7
2. VARGA István (szerk.): *A polgári nemperes eljárások joga.*
Második, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 1093 o., ISBN 978 963 284 152 8
3. KARDOS Gábor – LATTMANN Tamás (szerk.): *Nemzetközi jog.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 498 o., ISBN 978 963 312 022 4
4. MENYHÁRD Attila: *Dologi jog.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 448 o., ISBN 978 963 312 030 9
5. KIRÁLY Miklós (szerk.): *Az Európai Unió gazdasági joga I. A belső piac és a közös kereskedelempolitika.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 290 o., ISBN 978 963 312 032 3
6. SZILÁGYI Péter: *Jogi alaptan.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 387 o., ISBN 978 963 312 072 9
7. GYULAVÁRI Tamás (szerk.): *Munkajog.*
Ötödik, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 583 o., ISBN 978 963 312 011 8
8. MÁDL Ferenc – VÉKÁS Lajos: *Nemzetközi magánjog és nemzetközi gazdasági kapcsolatok joga.*
Kilencedik, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 623 o., ISBN 978 963 312 131 3
9. BERKE Barna – PAPP Mónika: *Az Európai Unió gazdasági joga II. Az Európai Unió versenyjoga.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 285 o., ISBN 978 963 312 165 8

10. FAZEKAS Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog. Általános rész III.*
Második, átdolgozott kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 460 o., ISBN 978 963 312 285 3
11. FAZEKAS Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog. Általános rész I.*
Negyedik, átdolgozott és bővített kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 379 o., ISBN 978 963 312 309 6
12. FÖLDI András (szerk.): *Összehasonlító jogtörténet.*
Negyedik, javított kiadás,
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 683 o., ISBN 978 963 489 013 3
13. VÉKÁS Lajos: *Szerződési jog. Általános rész.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 380 o., ISBN 978 963 312 265 5
14. FAZEKAS Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog. Általános rész II.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 236 o., ISBN 978 963 312 268 6
15. LONTAI Endre – FALUDI Gábor – GYERTYÁNFY Péter – VÉKÁS Gusztáv:
Polgári jog. Szerzői jog és iparjogvédelem.
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 445 o., ISBN 978 963 312 270 9
16. GELLÉR Balázs – AMBRUS István: *A magyar büntetőjog általános tanai I.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 527 o., ISBN 978 963 312 273 0
17. FUGLINSZKY Ádám – TÓKEY Balázs: *Szerződési jog. Különös rész.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 837 o., ISBN 978 963 312 292 1
18. SIPOS Attila: *A nemzetközi polgári repülés joga.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 509 o., ISBN 978 963 312 291 4
19. GELLÉR Balázs – AMBRUS István – VASKUTI András: *A magyar büntetőjog általános tanai II. Büntetéstan (A büntetőjogi következmények tana).*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 371 o., ISBN 978 963 312 312 6

ELTE Jogi Kari Tudomány

ISSN 2060 9361

1. MEZEY Barna – NAGY Janka Teodóra (szerk.): *Jogi néprajz – jogi kultúrtörténet. Tanulmányok a jogtudományok, a néprajztudományok és a történettudományok köréből.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 488 o., ISBN 978 963 284 065 9
2. GÁRDOS Péter: *Az engedményezés.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 462 o., ISBN 978 963 284 087 1
3. HOFFMAN István: *Önkormányzati közszolgáltatások szervezése és igazgatása. Az elmélet és a gyakorlat tükrében.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 395 o., ISBN 978 963 284 088 8

4. FILÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 353 o., ISBN 978 963 284 104 5
5. Gábor HAMZA: *Entstehung und Entwicklung der modernen Privatrechtsordnungen und die römischrechtliche Tradition.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2009. 826 o., ISBN 978 963 284 095 6
6. FLECK Zoltán (szerk.): *Igazságszolgáltatás a tudomány tükrében.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 237 o., ISBN 978 963 284 127 4
7. ROZSNYAI Krisztina: *Közigazgatási bíráskodás Prokrusztész-ágyban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 281 o., ISBN 978 963 284 129 8
8. NYIKOS Györgyi: *A PPP finanszírozási technika és az EU fejlesztési támogatásai a közcélú beruházások megvalósításában.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 270 o., ISBN 978 963 312 007 1
9. SZABÓ Máté – PÉTERFALVI Attila (szerk.): *Európai ombudsman-intézmények.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 291 o., ISBN 978 963 312 008 8
10. FUGLINSZKY Ádám: *A polgári jogi felelősség útjai vegyes jogrendszerben. Québec, Kanada.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 518 o., ISBN 978 963 312 024 8
11. SOMODY Bernadette: *Az ombudsman típusú jogvédelem.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 158 o., ISBN 978 963 312 031 6
12. NAGY Marianna: *Interdiszciplináris mozaikok a közigazgatási jogi felelősség dogmatikájához.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2010. 214 o., ISBN 978 963 312 029 3
13. Miklós KIRÁLY: *Unity and Diversity: The Cultural Effects of the Law of the European Union.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 304 o., ISBN 978 963 312 045 3
14. MEZEY Barna (szerk.): *A szimbólumok üzenete. A jogi kultúra jelképei: eljárások, szokások, formák és tárgyak.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 595 o., ISBN 978 963 312 054 5
15. ERDEI Árpád: *Tanok és tévtanok a büntető eljárásjog tudományában.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 359 o., ISBN 978 963 312 061 3
16. SZÉKELY László: *A személyiségi jogok hazai elmélete.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 191 o., ISBN 978 963 312 079 8
17. Balázs József GELLÉR: *Legality on Trial. A Theoretical Analysis of the Legality of Substantive Criminal Norms.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2011. 303 o., ISBN 978 963 312 085 9
18. KISFALUDI András (szerk.): *Versenyjogi jogsértések – magánjogi következmények.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2012. 235 o., ISBN 978 963 312 142 9

19. GELLÉR Balázs József: *Legalitás a vádpadon.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 317 o., ISBN 978 963 312 154 2
20. Tamás SZABADOS: *The Transfer of the Company Seat within the European Union.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2013. 253 o., ISBN 978 963 312 144 3
21. BÁNYAI Ferenc – NAGYPÁL Szabolcs (szerk.): *Közvetítés és vitarendezés a jogi és a vallási kultúrákban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 255 o., ISBN 978 963 312 202 0
22. GOSZTONYI Gergely: *Alternatív (?) média. A közösségi média jogi szabályozásának vetületei.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 262 o., ISBN 978 963 312 194 8
23. SIKLÓSI Iván: *A nemlétező, érvénytelen és hatálytalan jogügyletek elméleti és dogmatikai kérdései a római jogban és a modern jogokban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 452 o., ISBN 978 963 312 200 6
24. SZEIBERT Orsolya: *A házasság Európában a jogegységesítő törekvések tükrében.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 260 o., ISBN 978 963 312 201 3
25. NAVRATIL Szonja: *A jogász hivatásrendek története Magyarországon.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2014. 180 o., ISBN 978 963 312 209 9
26. TŐKEY Balázs: *Az egészségbiztosítási szerződés.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 345 o., ISBN 978 963 312 221 1
27. KOÓSNÉ MOHÁCSI Barbara: *A szabadságelvönás határai.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 317 o., ISBN 978 963 312 220 4
28. FEKETE Balázs – FLECK Zoltán (szerk.): *Tanulmányok a kortárs jogelméletéről.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 343 o., ISBN 978 963 312 223 5
29. KAJTÁR Gábor: *A nem állami szereplők elleni önvédelem a nemzetközi jogban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 561 o., ISBN 978 963 312 226 6
30. HOFFMAN István: *Gondolatok a 21. századi önkormányzati jog fontosabb intézményeiről és modelljeiről.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 297 o., ISBN 978 963 312 231 0
31. KISFALUDI András: *Tanulmányok a bizalmi vagyonkezelés jogi szabályozásának elméleti alapjairól.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 340 o., ISBN 978 963 312 229 7
32. Martin AHRENS – Volker LIPP – István VARGA (Hrsg.): *Grundrechte im Zivilprozess.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 340 o., ISBN 978 963 312 229 7
33. FÖLDI András – SÁNDOR István – SIKLÓSI Iván (szerk.): *Ad geographiam historico-iuridicam ope iuris Romani colendam Studia in honorem Gábor Hamza.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2015. 416 o., ISBN 978 963 312 240 2

34. KECSŐ Gábor: *A helyi önkormányzatok pénzügyi jogi jogállása.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 493 o., ISBN 978 963 312 250 1
35. CSÖNDES Mónika: *Előrelátható károk? Az előreláthatósági korlát hatása szerződésesszegési kártérítési jogunkra.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 396 o., ISBN 978 963 312 252 5
36. HACK Péter – HORVÁTH Georgina – KIRÁLY Eszter (szerk.): *Kodifikációs kölcsönhatások. Tanulmányok Király Tibor tiszteletére.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 396 o., ISBN 978 963 312 264 8
37. SOMSSICH Réka: *Egységes jog – egységes értelmezés? Az uniós jog értelmezése a tagállami bíróságok szintjén.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2016. 286 o., ISBN 978 963 312 266 2
38. KUNCZ ÖDÖN: *Életem.* (Szerkesztette: KISFALUDI András – RÁCZ Lilla)
Budapest, ELTE Állam- és Jogtudományi Kar, 2017. 742 o., ISBN 978 963 284 051 2
39. SIKLÓSI IVÁN: *A ius offerendi problematikája a római jogban.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 224 o., ISBN 978 963 312 283 9
40. SZEIBERT Orsolya (szerk.): *Weiss Emilia családjogi és öröklési jogi kodifikációs tanulmányai.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2017. 403 o., ISBN 978 963 312 287 7
41. KORMÁNY Attila: *A tradicionális és a modern kínai jog. A jog fejlődése Kínában a kezdetektől napjainkig.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 351 o., ISBN 978 963 312 294 5
42. F. ROZSNYAI Krisztina: *Hatékony jogvédelem a közigazgatási perben. A magyar közigazgatási perrendtartás európai fejlődési tendenciákhoz illeszkedő kodifikációjának egyes előkérdései.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 259 o., ISBN 978 963 312 306 5
43. SZEIBERT Orsolya (szerk.): *Család és családtagok – jogági tükröződések.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 415 o., ISBN 978 963 489 080 5
44. KÉPES György: *A Dán Királyság alkotmánytörténete a kezdetektől 1848-ig.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 299 o., ISBN 978 963 312 301 0
45. FEKETE Balázs: *Az európai alkotmánypreambulumban. Összehasonlító és elméleti perspektívák.*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2019. 164 o., ISBN 978 963 312 307 2
46. Orsolya SZEIBERT (ed.): *Developments in Family Law. Year by Year I (2018).*
Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2018. 211 o., ISBN 978 963 489 116 1

A közigazgatási jog különös részéből, azaz az egyes szakigazgatási ágazatok szabályozásáról egyre reménytelenebb vállalkozás átfogó tankönyvet írni. Mind a nemzetközi és az uniós jog, mind a magyar joganyag olyan sebességgel változik, amit a hagyományos tankönyvírás nem képes követni. Tankönyvírás helyett ma már sokkal célszerűbbnek tűnik a gyorsan és egyszerűen módosítható e-jegyzetek kiadása egy-egy szakigazgatási ágazatról.

Ez az egészségügyi jogról és igazgatásról szóló e-jegyzet az ELTE Állam- és Jogtudományi Karán 2017-től bevezetett új tanterv céljait szolgálja a közigazgatási jog különös részének újszerű oktatásához igazodóan. A jegyzetet azonban bárki használhatja, aki rövid áttekintést szeretne kapni az egészségügyi ágazat legfontosabb szabályairól és igazgatási rendszeréről.

ISBN 978-963-312-320-1



9 789633 123201