



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR

ENDREI DÓRA  
ÁGOSTON ISTVÁN  
BONCZ IMRE

...

# EGÉSZSÉGÜGYBEN HASZNÁLATOS ADATBÁZISOK ÉS KÓDRENDSZEREK



# **EGÉSZSÉGÜGYBEN HASZNÁLATOS ADATBÁZISOK ÉS KÓDRENDSZEREK**

**ENDREI Dóra**  
**ÁGOSTON István**  
**BONCZ Imre**

**Pécs, 2015**





PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM  
UNIVERSITY OF PÉCS

# EGÉSZSÉGÜGYBEN HASZNÁLATOS ADATBÁZISOK ÉS KÓDRENDSZEREK

## **Szerkesztette:**

Dr. Endrei Dóra Ph.D.

Dr. Ágoston István Ph.D.

Prof. Dr. Boncz Imre

## **Lektor:**

Dr. Dózsa Csaba Ph.D.

## **Felelős kiadó:**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

## **Címlapterv és szerkesztés:**

Varga Gábor

A tananyag a TÁMOP-4.1.1.F-14/1/KONV-2015-0009

„A GÉPÉSZETI ÉS INFORMATIKAI ÁGAZATOK DUÁLIS ÉS MODULÁRIS  
KÉPZÉSEINEK KIALAKÍTÁSA A PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEMEN”

pályázat támogatásával készült.

*Pécs, 2015.*

ISBN 978-963-642-926-3

**SZÉCHENYI** 2020



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

**Európai Unió**  
Európai Szociális  
Alap



**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**

## **A könyv szerzőinek bemutatása**

A könyv szerzői a Pécsi Tudományegyetem (PTE) munkatársai.

**Dr. Ágoston István Ph.D.**

egészségbiztosítási szakember, jogász, PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet egyetemi adjunktus, vezető jogi tanácsadó

**Prof. Dr. Boncz Imre**

közgazdasági szakokleveles orvos, PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet egyetemi tanár, intézetigazgató, dékánhelyettes

**Csákvári Tímea**

egészségügyi szervező (egészségbiztosítás szakirány), okleveles egészségügyi menedzser, PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet Egészség-gazdaságtani és Egészségügyi SzervezőTanszék szakoktató

**Prof. Dr. Decsi Tamás**

gyermekgyógyász szakorvos, MBA, PTE Klinikai Központ főigazgató, Gyermekklinika igazgató, a Magyar Tudományos Akadémia doktora

**Dr. Endrei Dóra Ph.D.**

belgyógyász szakorvos, okleveles egészségügyi menedzser, PTE Klinikai Központ általános főigazgató-helyettes, PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet egyetemi adjunktus

**Gaszó Tibor**

okleveles egészségügyi menedzser (MSc), MBA, PTE Kancellária Egészségbiztosítási Osztály osztályvezető, PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet PhD hallgató

**Horváthné Kívés Zsuzsanna**

diplomás ápoló, okleveles ápoló, PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet szakoktató

**Kis-Nemes Dóra**

okleveles humánszervező (MSc), német projektmenedzser – szakember, PTE Kancellária HR Fejlesztési Osztály osztályvezető, Budapesti Corvinus Egyetem Gazdálkodástudományi Kar HR Business Partner hallgató

**Láng Attila**

egészségbiztosítási szakember, egészségügyi menedzser, PTE KK Egészségügyi Igazgatási Osztály osztályvezető, PTE ETK egészségügyi menedzser MSc hallgató

**Pónusz Róbert**

gyógytornász (BSc), okleveles egészségügyi menedzser (MSc), PTE Kancellária Egészségbiztosítási Osztály ügyvivő szakértő, PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet PhD hallgató

**Zemplényi Antal**

közgazdász, egészségpolitikai szakértő, MSc, PTE Kancellária Klinikai Központ gazdasági igazgató, PTE ETK Egészségbiztosítási Intézet PhD hallgató

# TARTALOMJEGYZÉK

<b>TARTALOMJEGYZÉK</b> .....	<b>5</b>
<b>1. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ADATBÁZISOK (CSÁKVÁRI TÍMEA, BONCZ IMRE)</b> .....	<b>7</b>
1.1. NEMZETKÖZI ADATBÁZISOK .....	7
1.1.1. <i>Amerikai Egyesült Államok</i> .....	7
1.1.1.1. SEER-Medicare adatbázis .....	7
1.1.1.2. Medicare Coverage adatbázis .....	8
1.1.2. <i>Egyesült Királyság</i> .....	9
1.1.3. <i>Németország</i> .....	10
1.2. MAGYARORSZÁGI ADATBÁZISOK .....	12
1.2.1. <i>Az OEP által kezelt személyes és különleges adatok köre</i> .....	13
1.2.1.1. TAJ-BSZJ adatbázis.....	13
1.2.1.2. A finanszírozott egészségügyi ellátások adatainak nyilvántartása .....	13
1.2.1.3. Az egészségbiztosítás pénzbeli ellátásaival, a baleseti táppénzzel és az utazási költségtérítéssel kapcsolatos eljárás során kezelt adatok.....	15
1.2.2. <i>Publikus gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz törzs</i> .....	15
1.2.2.1. Publikus gyógyszer-törzs (PUPHA).....	15
1.2.2.2. Publikus gyógyászati segédeszköz törzs (PUPHAG).....	16
1.2.3. <i>Az OEP adatbázis elemzési lehetőségek</i> .....	16
<b>2. NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ADATBÁZISOK (HORVÁTHNÉ KÍVÉS ZSUZSANNA)</b> .....	<b>20</b>
2.1. NEMZETKÖZI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ADATBÁZISOK .....	20
2.1.1. <i>European health for all database (HFA-DB)</i> .....	20
2.1.2. <i>Európai Unió statisztikai hivatala - EUROSTAT</i> .....	22
2.1.3. <i>Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)</i> .....	24
2.1.4. <i>United Nations Economic Commission for Europe (UNICE)</i> .....	26
2.1.5. <i>Global Health Observatory (GHO)</i> .....	28
2.1.6. <i>International Agency for Research on Cancer (IARC)</i> .....	29
2.2. HAZAI NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ADATBÁZISOK.....	31
2.2.1. <i>Központi Statisztikai Hivatal (KSH)</i> .....	31
2.2.2. <i>Halálozási adatok információ-szolgáltatás</i> .....	32
2.2.3. <i>Internetes Magyar Egészségügyi Adattár (IMEA)</i> .....	33
<b>3. COCHRANE KÖNYVTÁR (DECSI TAMÁS)</b> .....	<b>35</b>
3.1. A COCHRANE KÖNYVTÁR SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN.....	35
3.2. A COCHRANE KÖNYVTÁR LÉTREJÖTTE .....	36
3.3. A COCHRANE KÖNYVTÁR ADATBÁZISAI .....	37
3.3.1. <i>Rendszerezett Áttekintő Közlemények Cochrane Adatbázisa</i> .....	37
3.3.2. <i>A Kontrollált Vizsgálatok Központi Cochrane Adatbázisa</i> .....	40
3.3.3. <i>Cochrane Módszertani Adatbázis</i> .....	41
3.3.4. <i>Klinikai Hatásokat Tárgyaló Összefoglalók Adatbázisa</i> .....	41
3.3.5. <i>Egészségügyi Technológiák Értékelésének Adatbázisa</i> .....	42
3.3.6. <i>Egészség-gazdasági Elemzések Adatbázisa</i> .....	42
<b>4. BETEGSÉG OSZTÁLYOZÁSI (BNO, FNO) KÓDRENDSZEREK (ENDREI DÓRA)</b> .....	<b>43</b>
4.1. A BNO TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉSE .....	43
4.2. A BNO FELÉPÍTÉSE .....	44
4.3. AZ EGYES FŐCSOPORTOK SZÖVEGSZERŰ ISMERTETÉSE .....	47
4.4. A BNO KÓDRENDSZER HASZNÁLATA .....	50

4.5. A FUNKCIÓKÉPESSÉG, FOGYATÉKOSSÁG ÉS EGÉSZSÉG NEMZETKÖZI OSZTÁLYOZÁSA (FNO).....	51
<b>5. FINANSZÍROZÁSI KÓDOK (OENO, HBCS) (ENDREI DÓRA, PÓNUSZ RÓBERT) .....</b>	<b>54</b>
5.1. BEVEZETÉS – A FINANSZÍROZÁSI KÓDOK JELENTŐSÉGE .....	54
5.2. ORVOSI ELJÁRÁSOK NEMZETKÖZI OSZTÁLYOZÁSI RENDSZERE (OENO).....	54
5.3. HOMOGÉN BETEGSÉG CSOPORTOK (HBCs).....	56
<b>6. FEKVŐ ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS SZAKMAKÓDOK (LÁNG ATTILA, ENDREI DÓRA) .....</b>	<b>61</b>
6.1. TÖRTÉNETI ÁTTEKINTÉS .....	61
6.2. A SZAKMAKÓD FELHASZNÁLÁSI TERÜLETE, JOGSZABÁLYI HÁTTERE .....	62
6.3. A SZAKMAKÓDOK FELÉPÍTÉSE, SZERKEZETE.....	63
6.4. EGÉSZSÉGÜGYI SZAKMAI FŐCSOPORTOK .....	64
6.5. A SZAKMAKÓDOK KARBANTARTÁSA.....	65
6.6. A SZAKMAKÓDOK MEGOLDANDÓ KÉRDÉSEI.....	65
<b>7. BETEGSÉG REGISZTEREK A NEMZETKÖZI ÉS HAZAI GYAKORLATBAN (GAZSÓ TIBOR) .....</b>	<b>72</b>
7.1. BETEGSÉG REGISZTEREKRŐL ÁLTALÁNOSÁGBAN .....	72
7.2. MAGYARORSZÁGI BETEGSÉG REGISZTEREK .....	73
7.2.1. A Nemzeti Rákregiszter .....	74
7.2.2. Nemzeti Szívinfarktus Regiszter .....	77
7.2.3. Hemofília Nyilvántartás.....	80
7.2.4. Ritka Betegségek Központja, Veszélyes Rendellenességek Országos Nyilvántartása.....	81
7.3. BETEGSÉGEKHEZ KAPCSOLÓDÓ REGISZTEREK .....	83
7.3.1. Tételes Elszámolás alá eső Gyógyszerek .....	83
7.3.2. Központi Implantátumregiszter.....	83
7.4. NEMZETKÖZI BETEGSÉG REGISZTEREK .....	84
<b>8. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS HUMÁNERŐFORRÁS ADATBÁZISAI (KIS-NEMES DÓRA).....</b>	<b>92</b>
8.1. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKKÉPESÍTÉST SZERZETT SZEMÉLYEK ALAPNYILVÁNTARTÁSA .....	92
8.2. AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK MŰKÖDÉSI NYILVÁNTARTÁSA .....	92
8.2.1. Az Egészségügyi Humánerőforrás Monitoring Projekt: TÁMOP 6.2.1-11/1.....	93
8.2.2. Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ létrehozása .....	94
8.2.3. Rezipiensek foglalkoztatásának változásai .....	96
8.2.4. Állami Egészségügyi Ellátó Központ .....	97
8.3. AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK KÉPZÉSÉT SEGÍTŐ PORTÁLOK .....	97
8.4. HUMÁN ERŐFORRÁS NYILVÁNTARTÁS (HENYÍR).....	98
8.5. FOGLALKOZÁSOK EGYSÉGES OSZTÁLYOZÁSI RENDSZERE .....	99
<b>9. ADATBÁZISOK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK KÖLTSÉGVETÉSÉBEN (ZEMPLÉNYI ANTAL) 101</b>	
9.1. A KÖLTSÉGVETÉS CÉLJA, TARTALMA.....	101
9.2. A TERVEZÉST MEGALAPOZÓ ADATOK .....	102
9.2.1. Szakmai terv .....	102
9.2.2. Kapacitás- és teljesítményterv .....	103
9.2.3. Pénzügyi terv.....	104
<b>10. ADATVÉDELEM AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN (ÁGOSTON ISTVÁN).....</b>	<b>106</b>
10.1. BEVEZETÉS.....	106
10.2. A TÖRVÉNY CÉLJA, HATÁLYA, ALAPVETŐ RENDELKEZÉSEI.....	106
10.3. ADATKEZELÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZEREN BELÜL.....	107
10.4. ADATTOVÁBBÍTÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ HÁLÓZATON KÍVÜL.....	109
10.5. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÉS A SZEMÉLYAZONOSÍTÓ ADATOK NYILVÁNTARTÁSA.....	110
10.6. AZ ADATVÉDELMI BIZTOS JOGGYAKORLATA .....	111
<b>11. IRODALOMJEGYZÉK .....</b>	<b>113</b>



# 1. EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁSI ADATBÁZISOK (CSÁKVÁRI TÍMEA, BONCZ IMRE)

## 1.1. Nemzetközi adatbázisok

Az alábbi fejezetben három ország példáján keresztül kerülnek bemutatásra a különböző egészségbiztosítási adatokat tartalmazó adatbázisok. Szó esik az Egyesült Államok *Medicare* programjának és a *National Cancer Institute* által közösen felépített *SEER-Medicare*, valamint a *Medicare Coverage* adatbázisról. Az Egyesült Királyság Állami Egészségügyi Szolgálatára (*National Health Service, NHS*) által gyűjtött adatkört is ismertetjük, valamint Németország sokoldalú egészségügyi adatbázisa is említésre kerül.

### 1.1.1. Amerikai Egyesült Államok

#### 1.1.1.1. SEER-Medicare adatbázis

Az Egyesült Államok sokáig jóval alacsonyabb biztosított aránnyal rendelkezett, mint a Bismarck- vagy Beveridge alapú országok. Az *Obamacare* reform előtt a közfinanszírozású ellátásokat igénybe vevők köre a *Medicaid* és *Medicare* biztosítók tagjai: előbbi az alacsony jövedelmű családok, míg utóbbi az idősek (65 év felettek), végstádiumú veseelégtelenségben szenvedők és a fogyatékkal élő személyek ellátásait fedezik. A programok 1966 óta fedezik a feltételek egyikének megfelelő adófizetők különböző ellátásait. A *Medicare* jelenleg négy szegmensből áll:

- Plan A: ez a kórházi ellátások térítését jelenti legfeljebb 60 napos kezelési időtartamig, ez után önrész fizetendő az ellátásokért a 150. napig.
- Plan B: aki külön kéri, a járóbeteg szakellátásokra is kiterjedhet biztosítása, kb. 20%-os önrész mellett.
- Plan C: szintén külön díjfizetés mellett a biztosítottnak lehetőségük nyílik szemészeti, fogászati ellátásokra, külföldön igénybe vett ellátásokra és felírt gyógyszerek támogatására is, lehetőség szerint a Plan B-ben említett önrészt csökkentve.
- Plan D: 2006 óta a Plan A+B-vel rendelkezők ebben a szegmensben a gyógyszer-támogatást is élvezhetik. Feltétel, hogy a biztosítottak szerződésben rögzítsék a támogatást igénylő gyógyszerek körét, valamint a támogatás mértékét.

A **SEER-Medicare adatbázis** (1/1/1. ábra) lényegében két adathalmazból tevődik össze: a SEER-ben (Surveillance, Epidemiology and End Results) az amerikai *National Cancer Institute* rákregiszteréből származó betegek demográfiai, egészségügyi adatai szerepelnek, míg a társadalombiztosító (finanszírozó) *Centers for Medicare and Medicaid Services*



(CMS) a biztosítottak finanszírozással, igénybevett ellátásokkal kapcsolatos adatait adja. Először 1991-ben végezték el a két adatbázis összekapcsolását [1], ettől kezdve 2-3 évente újra elvégzik azt. A személyek adatai párosításának sikeressége minden évben 90% feletti. Az így létrehozott adatbázis jó alapot szolgáltat kutatások elvégzéséhez: összehasonlító elemzések végezhetőek el a betegséggel nem rendelkezők csoportjának köszönhetően; vizsgálható a kezelések hatásossága, költség-elemzések, illetve longitudinális elemzések is végezhetőek az adatgyűjtés folytonosságának köszönhetően.

The screenshot shows the SEER-Medicare Link website. The main content area is titled "Number of Part D Enrollees" and contains a table with the following data:

Diagnosis Year	Cancer Site	Cancer patients <sup>1</sup>		Enrolled in Part D during the calendar year of diagnosis		Enrolled in Part D during the calendar year prior to diagnosis		Enrolled in Part D during the calendar year after diagnosis		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
All first primary cancers <sup>2</sup>	Breast	114,132	56.422	49.4	165,584	50.142	45.2	69,759	46,716	52.0
	Colorectal	16,070	7.811	33.3	13,289	8,809	33.1	13,288	7,837	57.9
	Lung	17,091	8.252	31.9	11,066	6,880	48.3	9,807	6,398	54.7
2007	Lung	17,091	8.254	31.8	10,702	6,154	45.6	9,702	6,300	54.3
	Prostate	20,670	9.970	42.9	19,340	7,851	39.1	19,870	9,256	45.6
	Other	49,021	24.769	49.7	47,720	22,206	45.5	26,965	19,127	51.7

1/1. ábra: A SEER-Medicare adatbázis keresőfelülete  
([www.healthcaresdelivery.cancer.gov/seermedicare](http://www.healthcaresdelivery.cancer.gov/seermedicare))

### 1.1.1.2. Medicare Coverage adatbázis

A Medicare meghatározza azon eljárások körét, melyeket finanszíroz a szerződő felek számára. Ezeket a finanszírozott eljárásokat helyi és országos illetékességi körű dokumentumok (Coverage Determinations) tartalmazzák. A Medicare elérhetővé teszi ezeknek a szerződéseket tartalmazó adatbázisoknak a hozzáférhetőségét, hogy a hozzá tartozó betegek tisztában legyenek a Medicare által támogatott ellátások körével.

Az adatbázist rendszeresen, hetente frissítik, a szerződések pedig listázhatók, kulcsszavak, a dokumentum azonosítója vagy terület (országos vagy helyi, utóbbi esetén az állam kiválasztása) szerint kereshetők, és jelentések is letölthetők a CMS honlapjáról. Az adatbázis kétségtelenül hasznos az USA egészségügyi rendszerében, ahol a finanszírozott és nem finanszírozott ellátások körének, illetve a támogatás feltételeink ismerete nélkül a betegek nem tudnának tervezni ellátásuk esetleges felmerülő költségével.

### 1.1.2. Egyesült Királyság

Az Egyesült Királyságban az Állami Egészségügyi Szolgálat (NHS) feladatkörébe tartozik a befizetett adók felosztása az intézmények között, illetve működtetője, tulajdonosa is az egészségügyi intézményeknek. Az NHS négy szervezetre tagolódik a tagállamoknak megfelelően. A továbbiakban az NHS adatbázisa az NHS England szervezetén keresztül kerül bemutatásra.

Az NHS England 2013-tól önálló végrehajtó szervvé alakult HSCIC (*Health & Social Care Information Centre*) [2] segítségével alkot egy hatalmas egészségügyi adatbázist [1/2. ábra]. Céljaként az egészségügyi és szociális ellátások minőségének, átláthatóságának biztosítását, betegutak hatékonyabb szervezését, várakozási idő csökkentését, összességében a kutatók és döntéshozók munkájának támogatását tűzte ki célul.

Az adatgyűjtést az NHS England megbízásából a HSCIC végzi betegek által kitöltött kérdőívek, auditok eredményei, a hozzá beérkező kórházi jelentések feldolgozásával. Ezeket adatkörönként külön, eltérő rendszerességgel frissítik: évente, negyedévente, havonta de még ad hoc jelleggel is végzik az adatbázis bővítését.

Az adatbázis elérhető mindenki számára az *hscic.gov.uk* oldalon, főbb ellátás típusok szerint külön *.xls* file-okban, melyek évek és témakörök szerint szűrhetők.

The screenshot shows the HSCIC search interface. On the left, there are search and browse options. The search results are filtered by 'Workforce' and 'Staff numbers'. A table displays workforce statistics for March 2015, with columns for months from Sep 13 to Mar 15. The table includes categories like 'Total', 'Professionally qualified clinical staff', and 'All NHS doctors (incl locums)'. A yellow box highlights the search filters and the table title.

	Sep 13	Oct 13	Nov 13	Dec 13	Jan 14	Feb 14	Mar 15
9 <b>HEALTHCARE</b>							
10 Total	1 188 028	1 193 147	1 187 783	1 191 755	1 283 682	1 206 516	1 289 849
11							
12 Professionally qualified clinical staff <sup>(1)</sup>	831 473	836 388	838 842	838 138	833 282	830 943	833 891
13							
14 All NHS doctors (incl locums)	110 957	111 231	111 443	111 284	111 231	111 221	110 887
15							
16 All NHS doctors (non locums)	108 732	109 144	109 249	109 309	109 165	109 016	108 835
17 Consultants (including Directors of public health)	41 223	41 372	41 523	41 502	41 716	41 806	42 835
18 GPs/FPs	48 487	48 716	48 665	48 547	48 441	48 116	48 614
19 Other doctors in training	14 118	14 129	14 151	14 054	14 070	14 064	14 870
20 Hospital practitioners & clinical assistants	1 458	1 443	1 432	1 411	1 381	1 375	1 357
21 Other medical and dental staff	11 786	11 834	11 882	11 846	11 876	11 801	11 817
22							
23 All NHS doctors (locums)	2 485	2 396	2 389	2 315	2 388	2 392	2 436
24 Consultants (including Directors of public health) (locums)	1 817	1 792	1 885	1 802	1 791	1 831	1 897
25 Registrars (locums)	287	284	277	286	278	272	292
26 Other doctors in training (locums)	58	51	54	54	53	61	64
27 Hospital practitioners & clinical assistants (locums)	33	33	33	33	31	29	32
28 Other medical and dental staff (locums)	245	269	262	266	287	261	182
29							

1/2. ábra: Az NHS és HSCIC által működtetett adatbázis keresőfelülete (*hscic.gov.uk*)

### 1.1.3. Németország

Németország a több-biztosítós rendszerek iskolapéldája. itt a társadalombiztosítók területi vagy foglalkozási alapon szerveződnek, valamint az EU-ban egyedülállóan a társadalmi és magánbiztosítók egymás mellett működnek, utóbbi kiegészítő és helyettesítő jelleggel is igénybe vehető. Számuk az évek előrehaladtával folyamatosan csökken, 2000-ben közel 450, míg 2014-ben 132 betegpénztár működött az országban [3], közülük a legnagyobb ügyfélkörrel az AOK (*Allgemeine Ortskrankenkasse*) rendelkezik.

Az egészségügyi teljesítmény mérését számos intézmény végzi az országban [1/1. táblázat]. Nagy mennyiségű adatot szolgáltat felmérések alapján a Robert Koch Intézet (*Robert-Koch Institut*). Ezek az adatok egyéni, illetve aggregált formában érhetők el témakörönként az alá tartozó Szövetségi Egészségfelmérő rendszer (*Gesundheitsberichterstattung des Bundes*) honlapján (*gbe-bund.de*).

A WidO (*Wissenschaftlichen Institut der AOK*) 1998 óta az AOK betegpénztár ügyfeleinek telefonos megkeresésével kap szubjektív adatokat az egészségügyi ellátórendszerrel, azok minőségéről. Ezekkel a komplex adatbázisokkal hatékonyan tudnak segíteni a megfelelő egészségpolitikai intézkedések meghozatalában, valamint az ágazat kutatómunkásságát releváns adatokkal alátámasztani. Számos más szervezet is végez adatgyűjtést az ágazatban, ezeket az alábbi táblázat foglalja össze. A táblázatban nem szerepelnek a különböző betegregiszterek, illetve egyes, a lakosság kérdőíves felmérésével foglalkozó projektek.

1/1. táblázat: Németország egészségügyi adatait gyűjtő szervezetek  
(*Health Data Navigator*)

Szervezet	Dimenzió	Adatok rendezése	Gyűjtött/kezelt adatok köre
Statistische Bundesamt DESTATIS	Egészségi állapot	Aggregált	születési, termékenységi ráta, halálozási ráta, várható élettartam, haláloki statisztikák
	Gazdaságosság, hatékonyság		Évenkénti jelentések az ágyak számáról, betegutakról, orvosi eszközökről, HR adatokról (1991 óta)
	Hozzáférés		Évenkénti adatgyűjtés a jövedelem, életkörülmények adatairól

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)	Egészségi állapot	Aggregált	Betegségi, baleseti statisztikák Rizikófaktorok
	Igénybevétel		Országos és regionális szinten: beavatkozások, esetszámok, elbocsátások száma, HR adatok, ápolási idő, műtétek száma
	Költségek, kiadások		Fekvő és járó ellátások, gyógyszerek, egészségügyi kutatások kiadásai
AOK WidO Monitoring (Wissenschaftliches Institut der AOK)	Minőség	Egyéni	Évenkénti kérdőíves felmérések Egészségpolitikával, betegpénztárakkal kapcsolatos vélemények, elvárások Kiadások, gyógyszereszedés, egészségi állapot
	Igénybevétel		Ellátások igénybevétele szűrővizsgálatokon való megjelenés
AOK	Minőség	Egyéni	Közfinanszírozott ellátások minősége (csak AOK ügyfelek körében)
Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (DGK)	Gazdaságosság, hatékonyság	Aggregált	Kórházi infrastruktúra
Deutsches Krankenhaus Institut (DKI)	Igénybevétel	Aggregált	Évenkénti felmérések a kórházak körében az egészségpolitikai helyzetről
Institut für das im Entgeltsystem Krankenhaus	Költségek, kiadások	Aggregált	A DRG katalógusát működteti

## 1.2. Magyarországi adatbázisok

Magyarországon egyedüli finanszírozóként (biztosítóként) az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (továbbiakban OEP, vagy egészségbiztosító) felelős a lakosság biztosításáért és az egészségügyi intézmények alapját képező finanszírozási szerződések megkötéséért, a finanszírozásért és ellenőrzésért. Hazánk egészségbiztosítási adatbázisaként ebből következően az OEP által kezelt, biztosítottak és személyes ellátási adataiból felépített TAJ adatbázis, a szolgáltatók jelentéseiből összeállított ellátások nyilvántartása, valamint a gyógyszer- és gyógyászati segédeszközök tételes listáját tartalmazó törzsek lesznek bemutatva.

Az intézmények rendeletben [4,5] meghatározott adatkörrel, havonta elektronikus formában jelentést küldenek a Pénztárnak, melyből az OEP finanszírozási, igénybevételi mutatókból álló adatbázisokat készít, és tesz közzé honlapján. Elég az OEP Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatásaira gondolni, mely egy évente megjelenő kimutatás intézményi szinten az aktív és krónikus fekvőbeteg szakellátás, illetve egynapos sebészetet végző intézmények teljesítményéről. Más háttérintézmények is végeznek egészségügyi adatgyűjtést: az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ égisze alá került például az alap- és működési nyilvántartások kezelése, az OSAP egészségügyi bér- és létszámstatisztikái. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK, korábban GYEMSZI) honlapján is sokrétű, demográfiai, népegészségügyi és igénybevételi adatokat tesz elérhetővé Internetes (IMEA) és Tételes (TEA) egészségügyi adattáraiban (<http://tea.gyemszi.hu/>), ezek az adatok idősorosán és országos, régiós és megyei szintre lebontva is megtekinthetők és letölthetők. Ezek nem primer adatgyűjtés útján szerzett, hanem az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által átadott adatok. [6]

2011-ben a Megyei Kormányhivatalok Családtámogatási és Társadalombiztosítási Főosztályai (korábban Egészségbiztosítási Pénztári Szakigazgatási Szervek) átvettek bizonyos feladatköröket az OEP-től, többek között a nyilvántartások vezetését, a pénzbeli ellátásokkal, keresőképességgel, TAJ-számmal kapcsolatos ügyek intézését. Az átvett feladatok elvégzését segíti egy komplex adatrendszer, az OEP által kezelt személyes és különleges adatok köréből összeállított TAJ adatbázis. Az alábbi fejezet bemutatja a nyilvántartott és kezelt adatok körét.

## **1.2.1. Az OEP által kezelt személyes és különleges adatok köre**

### **1.2.1.1. TAJ-BSZJ adatbázis**

A lakosság Társadalombiztosítási Azonosító Jeleit nyilvántartó adatbázisban az 1995-ben és az után élő biztosítottak TAJ-számát és személyes adatait tárolják. Az egészségbiztosítási ellátások jogszerű igénybevétele céljából az Azonosító Jel mellett az egyén személyi adatai, családi állapota, neme, állampolgársága és lakhelye is szerepel az adatbázisban.

A Bejelentett Személyek Jogviszonyadatainak nyilvántartása elviekben külön gyűjtendő, a dolgozók számára azonban teljesen egységes adatbázisként jelenik meg, hozzákapcsolva az előbb említett adatokhoz az ott szereplő biztosítottak munkahelyének vagy ellátást utaló szervének megnevezését, FEOR kódját, az egyes jogviszonyok tartamát napra pontosan, és a heti munkaidőt is – mindezt 1998-ig visszamenőleg. Az adatok nyilvántartása szintén a pénzbeli egészségbiztosítási ellátások (táppénz, baleseti táppénz, csecsemőgondozási díj, gyermekgondozási díj) megállapításához, ellenőrzéséhez szükséges. A jogviszonyokat a munkáltatók és egyéb szervek (pl. MÁK) jelentik le, e miatt a jelentési hiányosságok, mulasztások miatt néhol „lyukas” az adatbázis, amit az ügyintézők utólagosan a szervek megkeresésével tudnak pótolni.

A Főosztálynak fontos még a TAJ számok mögötti jogviszonyok meglétének vagy hiányának ismerete – ezt színekkel teszik meg:

- Zöld: TAJ érvényes, jogviszony rendben van;
- Piros: TAJ érvényes, jogviszony nincs mögötte;
- Kék: átmenetileg érvénytelen TAJ, később újra érvényesíthető (pl. külföldre költözés esetén);
- Barna: érvénytelen TAJ (pl. elhunyt személy, rosszul képzett azonosító).

### **1.2.1.2. A finanszírozott egészségügyi ellátások adatainak nyilvántartása**

A Pénztárral finanszírozási szerződést kötött egészségügyi szolgáltatók teljesítményüket minden hónapban, rendeletben szabályozott adatkörrel jelentik. Az adatok adják az intézmények által végzett szolgáltatások finanszírozásának alapját, illetve segít a finanszírozási eljárásrendek kialakításában; szerepük van egyes egészségbiztosítási ellátások megállapításában, ha ahhoz az egyén egészségi állapotának ismerete is szükséges; az egészségbiztosító, ÁNTSZ ellenőri munkájának alapját is adja. [7]

A rendeletben meghatározott, jelentésre kötelezettek köre:

- Háziorvosi szolgálatok,
- Járó-, és fekvőbeteg [1/2. táblázat] szakellátók,

- Képző-, és labordiagnosztikai szolgáltatók,
- Mentés és betegszállítás szervezetei,
- Fogászati ellátást végzők,
- Otthoni szakápolást, hospice ellátást végzők,
- Művesekezelést végzők,
- Tételre elszámolás alá eső gyógyszerek felhasználói,
- E-térítési kategóriába eső betegeket ellátók.

Mindegyikük természetesen más és más rekordkép alapján végzi az adatszolgáltatást.

Név	Hossz	Megnevezés
MUNKAHELY_AZON	9	Az egészségügyi szolgáltató munkahely azonosítója (intézet+feladat+osztálykód)
<b>SZAKMAKOD</b>	<b>4</b>	<b>Az egészségügyi szolgáltató munkahely szakmakódja</b>
TORZSSZAM	9	A beteg törzsszáma
SORSZAM	2	Az ápolási esemény sorszáma
RESZ_SOR	2	Egy osztályos ápoláson belüli részszámla sorszáma
SZEMELYAZ	9	Személyazonosító jel
AZ_TIPUS	1	Személyazonosító típusa
BETEG_NEME	1	A beteg neve
SZUL_DATUM	8	Születés dátuma
ALLAMPOLG	3	Az érvényes biztosítás országa vagy a beteg állampolgársága
BET_KISOK	1	A beteg kíséretének oka
KIS_TORZSSZAM	9	A kísért beteg törzsszáma
IR_SZAM	4	A beteg lakhelyének postai irányítószáma
LAKCIM_TIP	1	A lakcím típusa
TER_KAT	1	Térítési kategória
RESZ_TER	8	Részleges térítés jogcíme
RESZ_DIJ	8	Részleges térítési díj
BEUTALO	9	A beutaló orvosi munkahely azonosítója
BEUT_ORVOS	5	A beutaló orvos pecsétje
ELL_IG_ADAT	9	Az előző ellátást igazoló adat
FELV_IDO	12	A felvétel időpontja
OSZT_TIPUS	1	A felvevő osztály típusa
FELV_TIPUS	2	A felvétel típusa
FELV_JELL	1	A felvétel jellege
TAV_IDO	12	A távozás időpontja
TOV_SORS	1	A beteg további sorsa
BETEGSEG	16	Diagnózisok
BEAVATKOZ	10	Egészségügyi beavatkozások



UJSZ_SULY	4	Újszülött súlya grammban
BALESET_MIN	2	Baleset minősítése
FELHASZN	30	Felhasználók számára fenntartott mezők
ORVOSKOD	5	Ellátásért felelős orvos kódja
REKORD_TIP	1	A rekord jellege (Javító, Törlő, Normál)
E-ADATLAP	1	0 = nincs E-adatlap, 1 = van E-adatlap
ELSZ_NYIL	2	Elszámolási nyilatkozat
<b>TARTALEK</b>	<b>15</b>	<b>Későbbi fejlesztésre fenntartva</b>
CR/LF	2	A rekord végét jelző "CR/LF" karakterek

1/2. táblázat: A kórházi fekvőbeteg jelentési rekordkép  
(43/1999. korm .rendelet, 14. melléklet)

### ***1.2.1.3. Az egészségbiztosítás pénzügyi ellátásaival, a baleseti táppénzzel és az utazási költségtérítéssel kapcsolatos eljárás során kezelt adatok***

Az OEP adatbázisát a pénzügyi ellátások megállapíthatóságának, ellenőrzésének céljaként végül kiegészíti a biztosított gyermekére vonatkozó adatokat, valamint a munkáltató adatait. Ezeket az adatokat 5 évig őrzik.

### ***1.2.2. Publikus gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz törzs***

Az OEP a támogatott és nem támogatott gyógyszerekről és gyógyászati segédeszközökről az egészségügy szereplőinek (fogyasztók, gyártók, forgalmazók, rendszerfejlesztők) tájékoztatása, (valamint elemzési, ár-volumen megállapodások követhetősége, technológia beadványok és ármegállapítás megalapozása) céljából egyaránt vezet adatbázist.

#### ***1.2.2.1. Publikus gyógyszer-törzs (PUPHA)***

Az adatbázis két formátumban is elérhető a szereplők számára: a munkaverziót minden hónap 15. napján teszi közzé az OEP Ártámogatási Főosztálya. Célja, hogy a forgalmazók és informatikai rendszerfejlesztők számára a leghamarabb közölje az adatbázisban végbemenő változtatásokat (pl. árváltozások), illetve, hogy az esetlegesen keletkező hibák a lehető leghamarabb ki legyenek javítva. A PUPHA végleges verziója már minden szereplő számára valid adatokat nyújt.

A végleges törzs külön formátumban érhető el a szakmai és lakossági oldalnak – előbbi .dbf vagy .mdb, utóbbi .xls formátumban tölthető le az OEP honlapjáról, részletes tájékoztatást adva többek között a gyógyszerek adatairól, termelői és forgalmazói árairól, a normatív, emelt és kiemelt támogatás formájáról és mértékéről, közgyógyellátásban való kiválthatóságáról és a forgalmazóról.

### 1.2.2.2. Publikus gyógyszer- és gyse törzs (PUPHAG)

Felépítése azonos a gyógyszer-törzssel. Végleges- és munkaverzióban is elérhető, szakmának és lakosságnak egyaránt használható formátumban teszik közzé az aktuális adatokat minden hó 15. napján. Külön adatbázisokban jelenítik meg az új, illetve törölt termékek listáját, valamint a havi változtatásokat.

A PUPHA és PUPHAG egy állományban is elérhető. alább az .mdb formátumban megnyitott adatbázis keresőfelülete látható (1/3. ábra).



1/3. ábra: A Publikus Gyógyszer- és GYSE törzs keresőfelülete

### 1.2.3. Az OEP adatbázis elemzési lehetőségek

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozási adatbázisa az egészségügyi ellátások finanszírozási elszámolásán túlmenően, kiváló lehetőséget biztosít szakmapolitikai és tudományos elemzések elvégzésére.

Az OEP adatbázis szakmapolitikai jelentőségét számos tényező együttes megvalósulása biztosítja. Egyrészt az egy finanszírozós (single payer), vagy egy biztosítós rendszerek esetében természetes adottság, hogy az egyetlen finanszírozó látja el a teljes közfinanszírozott egészségügyi rendszer pénzügyi ellátását, illetve az ehhez kapcsolódó adatgyűjtést. Másrészt szükség van egy olyan finanszírozási technikára, ami megfelelő alapot képez a részletes adatgyűjtések számára. Magyarországon számos esetben alkalmazunk eljesítmény elvű finanszírozási technikákat, például a járóbeteg szakellátások német pont rendszerében vagy az aktív fekvőbeteg szakellátások homogén betegségcsoportok (HBCs) alapú finanszírozásában [8].

ELLÁTÁSI FORMA	igény-bevétel	diagnózis (BNO-10)	költség	beavatkozás	elrendelő/beutaló/felíró orvos	egyéb
házi orvos	igen	igen	--	--	--	
Nem bejelentkezett biztosítottak házi orvosi ellátása	igen	--	--	--	--	
fogorvos	igen	igen	igen	igen	igen	
otthoni szakápolás	igen	igen	igen	igen	igen	
hospice ellátás	igen	igen	igen	igen	igen	
járóbeteg szakellátás	igen	igen	igen	igen	igen	felírt vények száma
aktív fekvőbeteg szakellátás	igen	igen	igen	igen	igen	a beteg további sorsa
krónikus fekvőbeteg szakellátás	igen	igen	igen	igen	igen	a beteg további sorsa
CT-MRI	igen	igen	igen	igen	igen	
művese kezelés	igen	igen	igen	igen	igen	felhasznált erythropoetin (EPO) mennyisége
betegszállítás	igen	igen	igen	--	igen	km óra állás
mentés	igen	igen	--	--	--	km óra állás, beteget átvevő egészségügyi intézmény
tételes elszámolású eszközök és nagy értékű műtéti beavatkozások	igen	igen	igen	igen	igen	felhasznált eszköz/elvégzett beavatkozás kódja
tételes elszámolású gyógyszerek	igen	igen	igen	igen	igen	felhasznált és nem felhasznált gyógyszer mennyisége
vényre felírt gyógyszer	igen	igen	igen	--	igen	
vényre felírt gyógyászati segédeszköz	igen	igen	igen	--	igen	
vényre felírt gyógyfürdő ellátás	igen	igen	igen	igen	igen	
Táppénz	igen	igen	--	--	igen	
orvostudományi kutatások	igen	igen	igen	igen	igen	OGYÉI protokoll szám, engedély szám

1/3. táblázat: A magyar Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatgyűjtési rendszere

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatbázisa számos egészségpolitikai, szakmapolitikai elemzés elvégzésére ad lehetőséget. Az elemzések elvégzése igen szigorú adatvédelmi szabályok betartása mellett lehetséges, mely szabályozással külön fejezet foglalkozik.

A területi egyenlőtlenségek elemzése révén kimutathatóak az egészségügyi ellátások hozzáféréseben vagy igénybevételében megmutatkozó eltérések. Ezen területi eltéréseket települési, kistérségi, járási megyei vagy regionális szinten elvégezhetők [9, 10, 11, 12, 13]. Az OEP adatbázis révén jól vizsgálathatók az egyes betegségek ellátása fordított egészségbiztosítási kiadások, az ún. betegség-teher felmérések keretében. Ezek révén áttekintést kaphatunk arról, hogy éves szinten mekkora kiadási tételt jelent a finanszírozó számára az egyes betegségcsoportok kezelése. [14, 15, 16, 17]

Az egészségpolitikai tervezés szempontjából kiemelt jelentőségű a betegutak feltérképezése. Az OEP adatbázis segítségével jól kimutathatók az egyes ellátási formák (alapellátás, járó és fekvőbeteg szakellátás) illetve progresszivitási szintek (városi, fővárosi, megyei kórházak és egyetemi klinikák) közötti betegutak. [18, 19, 20]

Az adatbázis lehetőséget nyújt különböző egészségpolitikai, népegészségügyi programok utánkövetésére, monitoring jellegű elemzésére. Kiemelt példája volt az elmúlt vétizedben az OEP adatbázis alkalmazásának a szervezett lakossági mammográfiás emlőszűrés utánkövetése és monitoringja [21, 22, 23, 24, 25, 26].

Számos esetben az OEP adatbázisban szereplő igénybevételi, egészségbiztosítási kiadási adatok input adatként szolgálnak egészség-gazdaságtani elemzésekhez. [27, 28, 29]

Az egészségügyi ellátások minőségének mérésére számos országban dolgoztak ki módszertant. Hazánkban is számos elképzelés született az egészségügyi ellátások minőségének mérésére. Ezen koncepciók közül feltétlenül említést érdemel az Országos Egészségbiztosítási Pénztár minőségi indikátor programja. Ezen program keretében az OEP olyan indikátorrendszert dolgozott ki, amely alkalmas az egészségügyi ellátás minőségének mérésére és értékelésére. Sajnos a program az utóbbi években leállt. [30, 31, 32, 33]

A finanszírozási célból végzett adatgyűjtés eredményeként létrejövő adatbázisok kapcsán gyakran felvetődik a validitás kérdése. Általában elmondható, hogy bármilyen célú adatgyűjtés óhatatlanul a jelentett adatok torzítását vonhatja maga után. Vélhetően bizonyos torzítások megjelenhetnek az OEP adatgyűjtési rendszerében is. Arra vonatkozóan azonban nem rendelkezünk tudományos evidenciával, hogy akár az OEP, akár más ország finanszírozási adatgyűjtése nagyobb torzításokat tartalmazna, mint bármely más statisztikai célú adatgyűjtés. [34]

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár finanszírozási adatbázisa ma is komoly értéket képvisel és nemzetközi összehasonlításban is megállja a helyét. További fejlődési út lehet, ha sikerülne bizonyos vizsgálatok (pl. laboratórium, képalkotó) eredményét rögzíteni ezen adatbázisban.

A népegészségügyi adatbázisok elsősorban demográfiai adatokat és a lakosság egészségi állapotára vonatkozó adatokat szolgáltatnak. Vannak közöttük olyan adatbázisok, melyek kizárólag ilyen jellegű adatokra korlátozódnak, de legtöbb esetben további gazdasági adatokat is hozzáférhetővé tesznek. A nemzetközi adatbázisok egységes módszertani elvek szerint kapják az adatgyűjtő statisztikai hivataloktól az adatokat, majd azokat harmonizálva teszik lehetővé az egyes országok adatainak összehasonlíthatóságát. Egyszerre többféle adatbázis adatainak felhasználása során figyelembe kell venni, hogy az adat mely évből származik, valamint az adott adatbázis mely populációt tekinti standard populációnak, mivel ezek alapján ugyanazon indikátor esetében eltérő adatokat kaphatunk. Az adatgyűjtés és szolgáltatás módszertani elvei valamennyi adatbázison elérhetőek.

### 2.1. nemzetközi népegészségügyi adatbázisok

#### 2.1.1. European health for all database (HFA-DB)

A HFA-DB az Európai Régió 53 országának demográfiai, halálozási, megbetegedési, kockázati faktorainak adatait, továbbá az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó forrásokhoz és kiadásokhoz kapcsolódó adatok elérését biztosítja.

Az adatok különböző forrásokból származnak, magába foglalva a WHO, az ENSZ, az Európai Unió statisztikai hivatala (EUROSTAT) valamint a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési szervezet (Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD) által közölt adatokat.

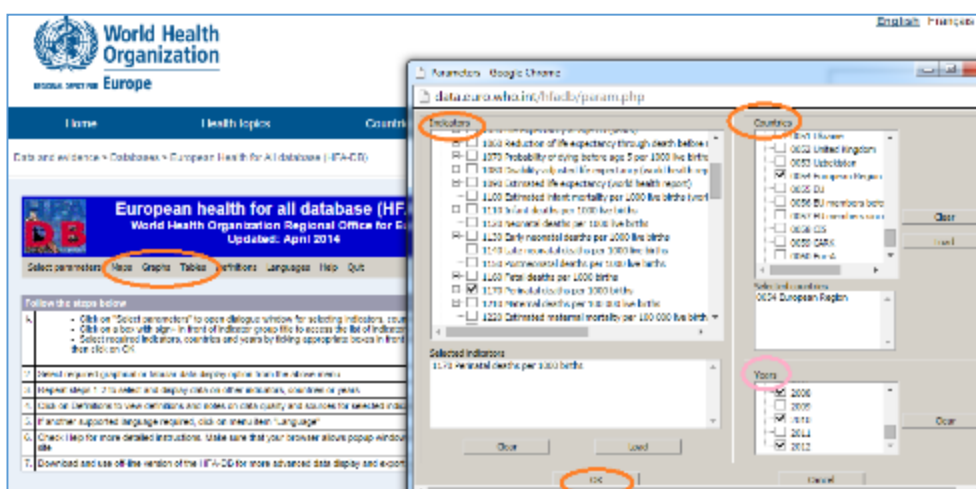
Az adatbázis hozzáférhető a WHO Európai Regionális Irodájának honlapjáról az adatbázisok menüpontban vagy a következő linken: <http://data.euro.who.int/hfadb/>. Az adatbázis *on line* és *off line* verzióban is elérhető. Előbbi használata elsősorban gyors információk elérésére alkalmas, amennyiben azonban az eredménytáblázatokat, grafikonokat, térképeket más programokban is szeretnék használni célszerűbb az *off line* verzió használata. Az adatokat évente kétszer frissítik. 1970-től elérhetőek az adatok, de az adatközlés évei országonként eltérőek lehetnek. A standard mutatók 1000 vagy 100000 főre vetítve jelennek meg.[35]

A nyitó oldalon a *Select parameter* lehetőségre kattintva érhető el a keresőfelület, ahol kiválasztható a keresett indikátor. Indikátorok:

- demográfiai és szocio-economiai indikátorok,
- halálozás (67 halálok szerint kor és nem szerint),

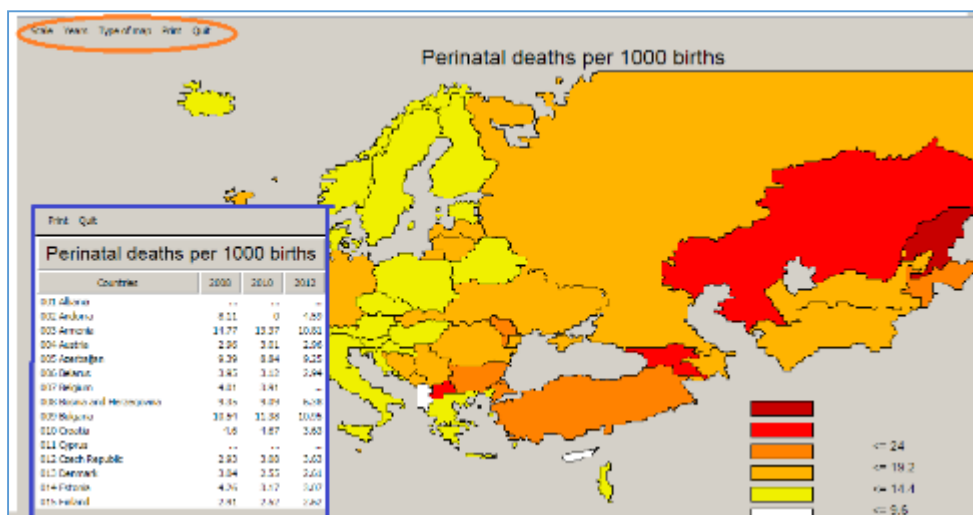
- megbetegedések (gyakoribb fertőző betegségek, daganatos betegségek továbbá a főbb szervrendszerek gyakoribb betegségei),
- magatartási faktorok (alkoholfogyasztás, dohányzás, közlekedési balesetek, energia bevitel, zöldség- és gyümölcsfogyasztás),
- környezeti indikátorok (környezetszennyező anyagok, mikroorganizmusok),
- egészségügyi ellátás forrásai (kórházak, kórházi ágyak, orvos és ápoló létszám adatok),
- egészségügyi kiadások,
- anya- és gyermek egészség (átoltottság, abortusz, anyai életkor a szüléskor, fejlődési rendellenességek).

Az indikátor(ok) kiválasztása után az ország(ok) és az év(ek) választhatók ki. Az OK parancs lenyomásával visszalépünk a kezdő oldalra, ahol kiválasztható a kívánt megjelenítési forma: térkép, táblázat és többféle grafikus megjelenítés formájában. (2/1. ábra) A kapott eredmények nyomtathatók, képként másolhatók vagy menthetők. Több év és/vagy ország kijelölése esetén az eredményablak bal felső sarkában található ikonok segítségével jeleníthetőek meg az egyes indikátorok, országok. (2/2. ábra)



2/4. ábra: A HFA-DB adatbázis kereső felülete <http://data.euro.who.int/hfad/>





2/2. ábra: A HFA-DB adatbázisban az adatok megjelenítése térkép és táblázat formátumban <http://data.euro.who.int/hfad/>

### 2.1.2. Európai Unió statisztikai hivatala - EUROSTAT

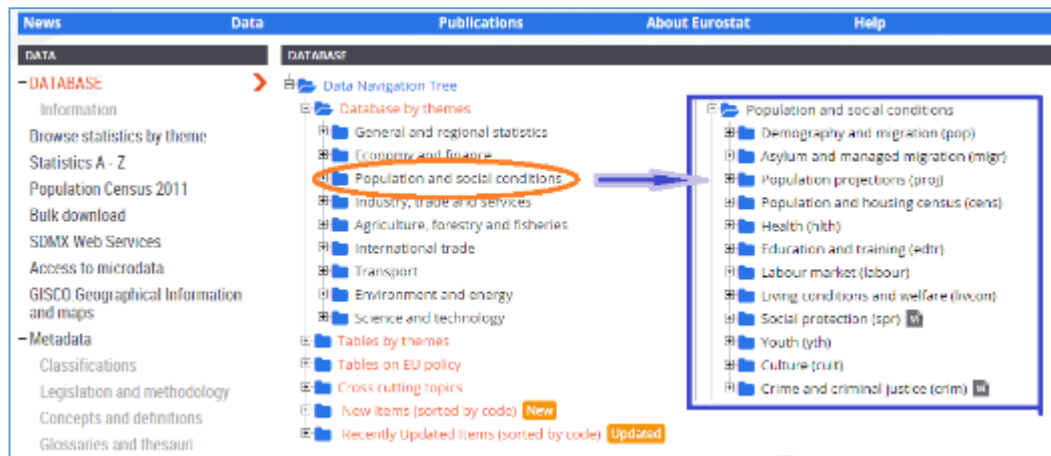
A luxemburgi székhelyű EUROSTAT feladata olyan magas szintű európai szintű statisztikák összeállítása, mely lehetővé teszi az országok és a régiók összehasonlítását. Az adatok széles körben felhasználhatóak a döntéshozók számára az aktuális helyzet értékeléséhez és döntésekhez az Európai Unió, a kormányok, a vállalkozások, az oktatási ágazat és helyi önkormányzat szintjén. Az EUROSTAT keretében adatot nem gyűjtenek közvetlenül, az adatokat a tagállamok statisztikai hatóságai szolgáltatják. A EUROSTAT feladata, hogy a kapott adatokat összehasonlíthatóvá tegye azok egységesítése és harmonizálása révén.

A hivatal 1953-ban jött létre, a Szén- és Acélközösség információ igényeinek kiszolgálására. Az évek során feladatköre egyre bővült, és amikor 1958-ban megalapították az Európai Közösséget az Európai Bizottság egyik főigazgatósága lett. Minden, a honlapon közzétett információ ingyenesen elérhető, de annak forrásaként az EUROSTAT-ot minden esetben fel kell tüntetni.

Az adatbázis a következő linken érhető el: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Az adatokat folyamatosan frissítik. A kiválasztott indikátor mellett található „i” betűre kattintva jelenik meg a legrégebbi és a legfrissebb adat éve.

Az adatok adatbázisban a navigációs fa (*Data Navigation Tree*) vagy az abc (*Statistics A-Z*) szerinti keresésre van lehetőség. A navigációs fán van lehetőség a téma (*Database by themes*), táblázatok (*Tables by themes*) szerinti keresésre. Előbbi lehetőségen belül szélesebb körben érhetőek el az adatok, mint a táblázatos formánál. Egészségüggyel és egészséggel kapcsolatos adatok a *Population and social conditions* menüpont alatt

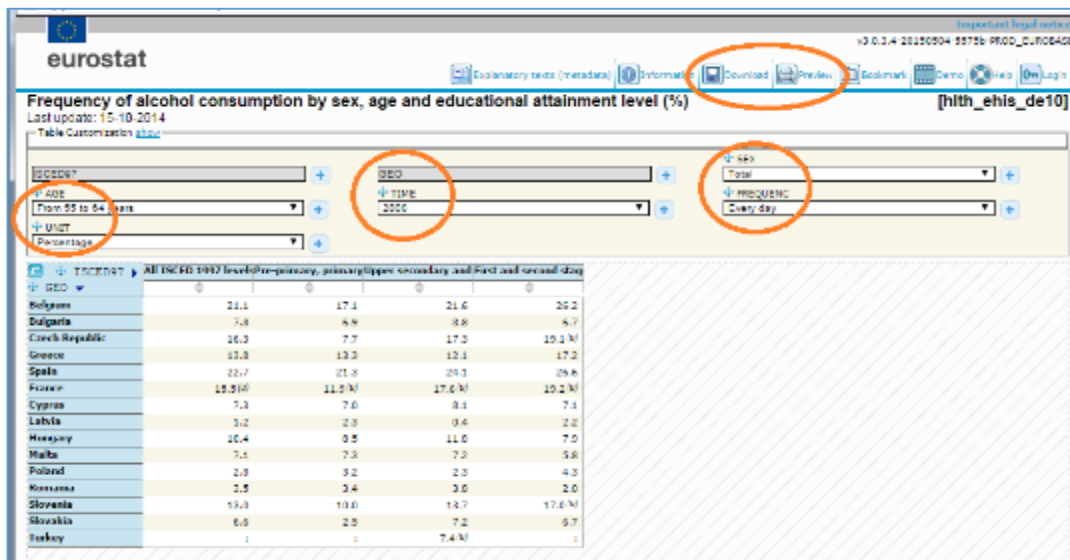
találhatóak. A menüpontban demográfiai adatok, egészséggel kapcsolatban az egészségi állapot, az egészség determinánsok, az egészségügyi ellátás, a fogyatékkal kapcsolatos adatok, a halálokok több szinten kor és nem szerint, végül az egészség és biztonságos munkahellyel kapcsolatos adatok találhatóak meg. (2/3. ábra) [36]



2/3. ábra: Az EUROSTA nyitóoldalának kereső felülete

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

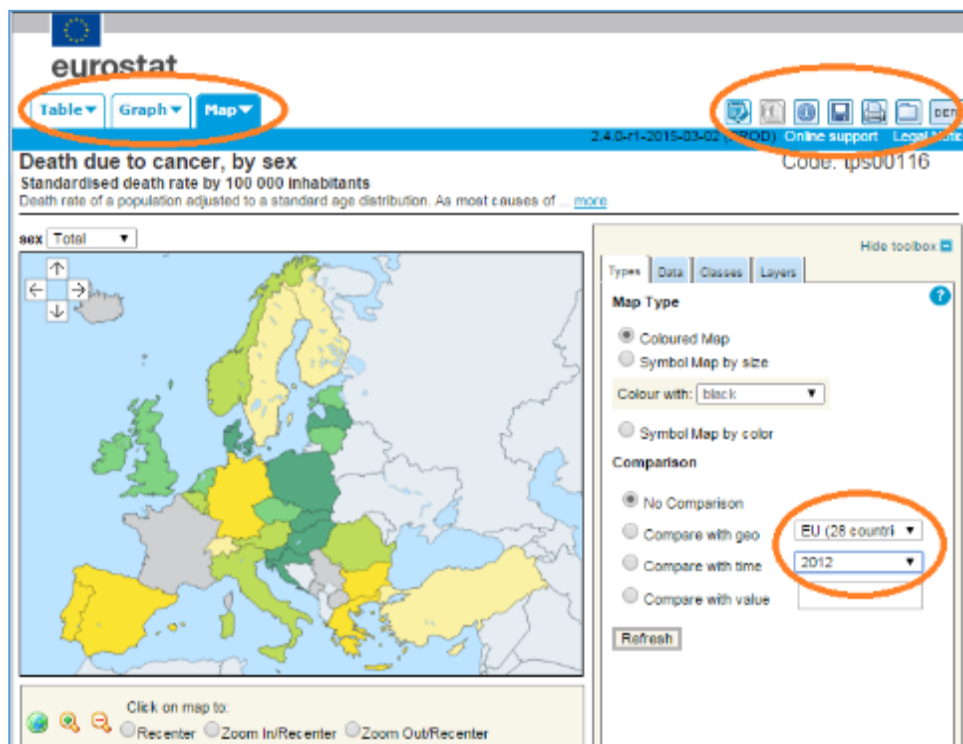
A kiválasztott indikátor előtti (*data explorer*) ikonra kattintva a felnyíló eredményablak további lehetőségeket biztosít. Kiválasztható a korcsoport (*Age*), az adat formátum (*Unit*) pl. százalék, az év (*Time*), egyes országok külön is (*Geo*), a nem (*Sex*) és indikátortól függően a gyakoriság is (*Frequenc*) pl. alkoholfogyasztásnál a napi, heti, havi vagy soha lehetőséget lehet választani. (2/4. ábra)



2/4. ábra: Az EUROSTAT témák szerinti kereső felülete

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

A táblázat szerinti keresés eredmény-felületén az adatok táblázatosan, ábra vagy térkép formátumban is megjeleníthetők. Lehetőség van szűrésre ország, év és érték alapján, az eredmények menthetők, nyomtathatók. (2/5. ábra)



2/5. ábra: Az EUROSTAT táblázat szerinti kereső felülete

<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

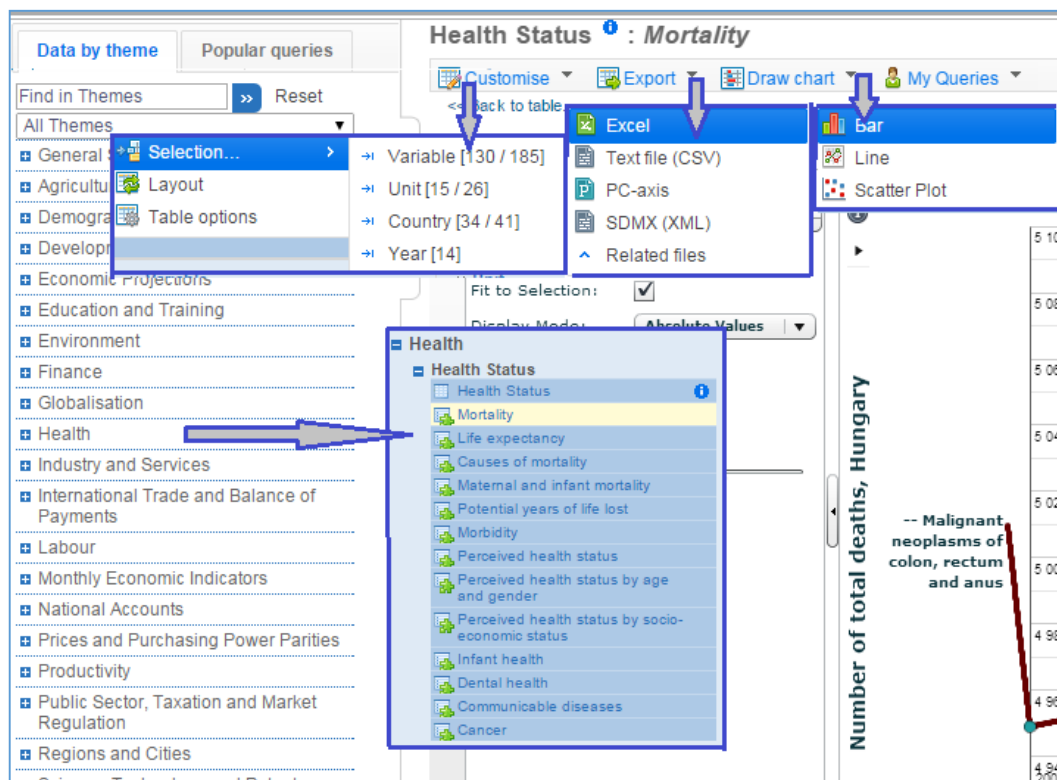
### 2.1.3. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) hivatalosan 1960-ban alakult meg. Az adatbázis bőséges információt nyújt több témakörben az egészséggel kapcsolatos adatok mellett gazdasági területekről a gazdasági növekedés és a pénzügyi stabilitáshoz szükséges döntések előkészítéséhez.

Az OECD közvetlenül nem gyűjt adatokat, azokat a tagállamok statisztikai hivatalai szolgáltatják egységes irányelvek szerint. Az adatbázis a következő linken érhető el: <http://stats.oecd.org/#>

A különböző témák a nyitó ablak baloldalán találhatóak. A téma és azon belül az indikátor kiválasztása után ajánlott az adatok testre szabása. Erre azért van szükség, mert alaphelyzetben az összes témát érintő változó (*variable*), egység (*unit*), ország (*country*) és év be van jelölve, ami áttekinthetlenné teszi az adattáblát. Ebben a helyzetben a túl sok adat miatt a grafikus megjelenítés nem is lehetséges. Lehetőség van az adatok többféle formátumban történő exportálására, valamint grafikus megjelenítésre is. A felhasználásról

részletes útmutató érhető el az oldal jobb felső sarkában található menüpontban. (2/6.-7. ábra) [37]



2/6. ábra: Az OECD adatbázis kereső felületének megjelenítése, szűrési lehetőségek és eredmény megjelenítési formák <http://stats.oecd.org/#>

The screenshot shows the OECD StatExtracts results page. The table displays mortality data for 'Malignant neoplasms of colon, rectum and anus' across various countries from 1980 to 2010. The table has columns for Year and Country, and rows for Australia, Belgium, Czech Republic, Finland, France, Greece, Hungary, and Italy. The data shows a general upward trend in mortality rates over the period, with Hungary showing a particularly significant increase in the late 1990s and early 2000s.

Year	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Australia	25.1	27.5	27.1	26	27.9	28	26.5	28.7	(k)	22.2	23.8	23.8	25.1	22.9	23.9	25.5	25.9	26.5	27.5	27.1	26	25.6	25.5	25.3	25.3	25.3	25.3	25.3	25.3	25.3	25.3
Belgium	20.6	21.6	21.2	20.1	20.7	20.3	20.4	20.5	(k)	20	24.5	-	-	-	21.3	20.6	22.4	20	19.7	19	20.1	17.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Czech Republic	30.1	24.7	27.3	21.7	(k)	36	30.1	24.9	28.4	28.9	24.1	24	31.7	23.9	20.8	23.9	22.9	21.9	24.6	25.9	21.3	21.9	21.9	21.9	21.9	21.9	21.9	21.9	21.9	21.9	21.9
Finland	18.8	20.1	18.3	18.7	17.7	15	(k)	16.6	17.3	17.4	15.4	17.8	15.6	15.7	16.3	14.4	13.9	14.7	14.7	14.8	15.2	14.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
France	22.4	22	22.3	22.2	21.2	21.2	21.2	20.9	20.4	21.2	21	(k)	21.7	19.7	19.6	20.1	19.2	19.3	19.2	17.7	19	17.7	17.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Greece	12.1	12.1	11.8	12.4	11.7	12.6	13.9	13.8	14.2	12.6	14.7	14.5	14.6	14.7	14.5	14.6	14.5	14.6	14.7	14.1	13.6	13.6	13.6	13.6	13.6	13.6	13.6	13.6	13.6	13.6	13.6
Hungary	30.5	35.4	38.5	39.6	42.3	39.5	(k)	39.2	38.0	40	40.3	41.4	37.2	35.4	37.3	35.0	32.0	32.8	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0	32.0
Italy	21.2	21.8	21.2	21.8	22.1	21.5	21.3	20.8	21	21.1	20.2	20	19.7	(k)	19.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

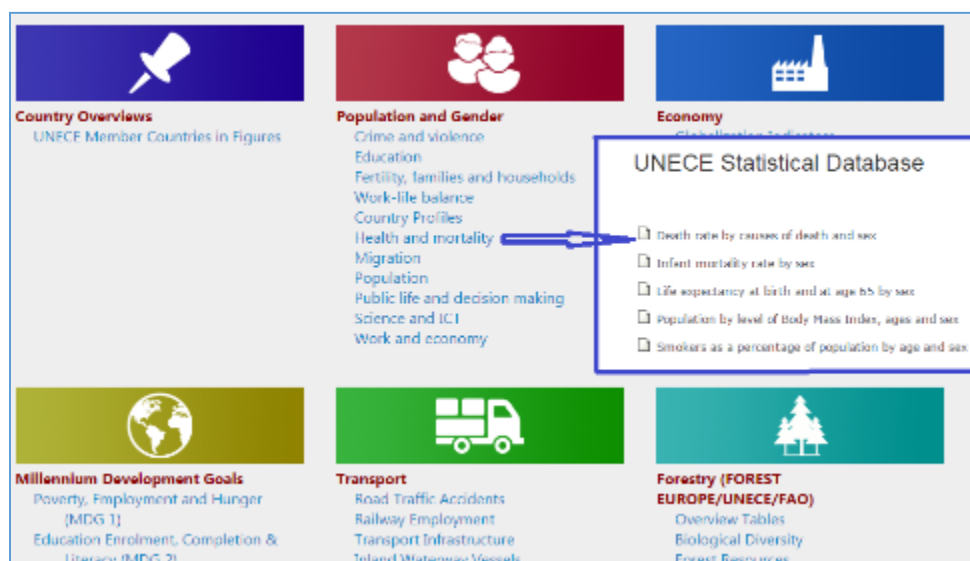
2/7. ábra: Az OECD adatbázis eredmény felületének megjelenítése szűrt adatokkal, táblázatos formátumban <http://stats.oecd.org/#>

## 2.1.4. United Nations Economic Commission for Europe (UNICE)

Az adatbázist a UNICE titkárságának Statisztikai Osztálya tartja fenn és ingyenes hozzáférést biztosít 56 tagország adataihoz Európában, Közép-Ázsiában és Észak-Amerikában angol és orosz nyelven. Az adatok különböző hivatalos nemzeti és nemzetközi forrásokból származnak. Hangsúlyt fektetnek arra, hogy az adatok alkalmasak legyenek a nemzetközi összehasonlításra és az azonnali analitikai célokra, valamint a könnyű kezelhetőségre.

Az adatbázis a következő linken érhető el: [http://www.unece.org/stats/stats\\_h.html](http://www.unece.org/stats/stats_h.html)

A nyitó felületen az indikátorok kiválasztására hat témakörön belül van lehetőség: a kiválasztott tagállam valamennyi gyűjtött változójáról (*Country Overview*), a népesség és nem témakörben többek között a migráció, egyes demográfiai adatok, termékenység indikátorai jelennek meg. További adatok érhetőek el a gazdaságról, az erdészet, a közlekedés témakörében, továbbá a milleniumi fejlesztési célokról. A keresett témakörre kattintva a konkrét indikátor a felnyíló ablakban választható ki. Példánkban az *Egészség és Mortalitás* témakörben, halálokok nemek szerinti megoszlását választjuk ki. (2/8. ábra) [38]



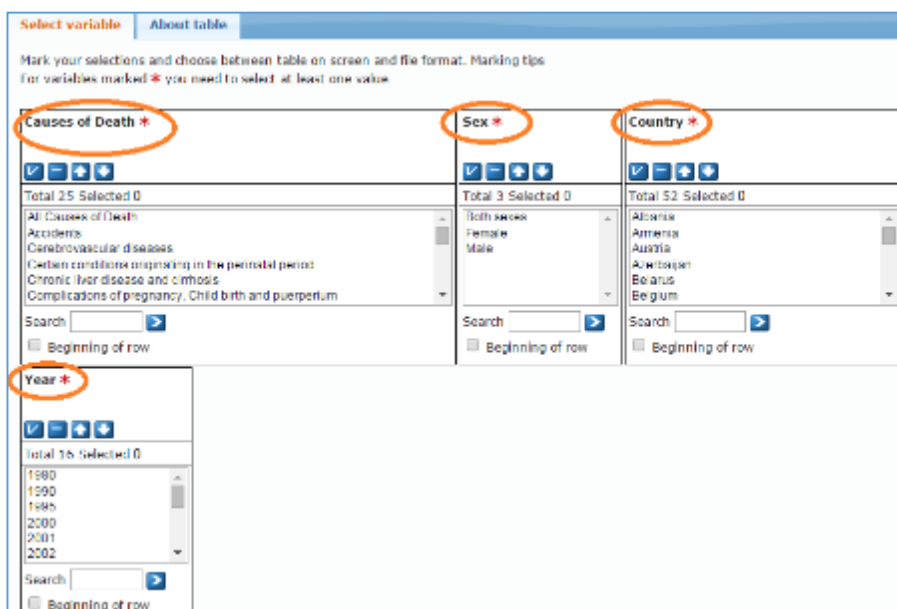
2/8. ábra: Az UNICE adatbázis kereső felületének megjelenítése

[http://www.unece.org/stats/stats\\_h.html](http://www.unece.org/stats/stats_h.html)

A felnyíló ablakban kiválasztható 25 halálokok, a nem, az ország(ok) és az év (1980-tól). Végül többféle megjelenítési mód pl. ábrák, táblázatok formájában kapjuk meg az eredményeket. (2/9. ábra)

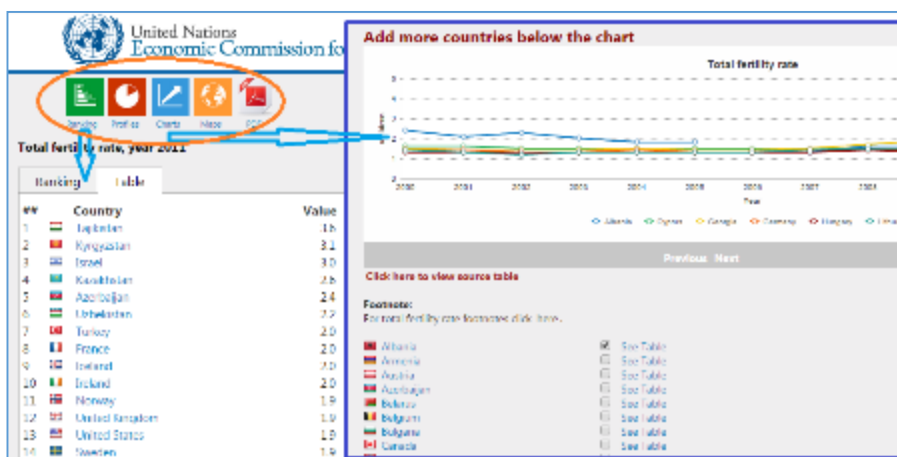
A másik keresési mód a nyitó oldal bal felső sarkában látható ikonok segítségével történhet. A *ranking* segítségével a kiválasztott indikátort csökkenő sorrendben horizontális ábrán, vagy táblázatos formában jeleníti meg. A *Profile* menü pont alatt a

tagállamok közül ki kell választani a keresett országot és az arra vonatkozó valamennyi indikátor utolsó ismert év szerinti adatait jeleníti meg. A *Charts* menüben a kiválasztott indikátorról egy vonal diagram jelenik meg, alatta az országok. Az egyes országok adatai tetszés szerint bejelölve jelennek meg az ábrán, vagy igény szerint táblázatosan is. A *Maps* menüpontban a kiválasztott indikátor térképen valamennyi országot előhívva, a kurzorral az országra állva a kép jobb felső sarkában a pontos érték is megjelenik. (10. ábra)



2/9. ábra: Az UNICE adatbázis szűrési lehetőségei

[http://www.unecce.org/stats/stats\\_h.html](http://www.unecce.org/stats/stats_h.html)



2/10. ábra: Az UNICE adatbázis kereső felülete ikonok használatával

[http://www.unecce.org/stats/stats\\_h.html](http://www.unecce.org/stats/stats_h.html)

### 2.1.5. Global Health Observatory (GHO)

A GHO adattár hozzáférést biztosít több mint 1000 kiemelt egészségügyi témakörben, úgy mint a halálozás és betegségterhek, a Millenniumi Fejlesztési Célok (gyermek táplálkozás, a gyermekek, az anyák és reprodukív egészség, védőoltások, HIV / AIDS, tuberkulózis, malária, vízellátás és csatornázás), a nem fertőző betegségek és a kockázati tényezők, fertőző betegségek, az egészségügyi rendszerek, környezet-egészségügyi terület, az erőszak és a sérülések, és a méltányosság témaköreiben. Ezen kívül a GHO on-line hozzáférést biztosít a WHO egészséggel kapcsolatos éves összefoglalójához a tagállamok részére (World Health Statistics 2014). [39]

Az adatbázis a következő linken érhető el: <http://apps.who.int/gho/data/node.main>

A *By theme* menüpontban a kapcsolódó témák szerint van lehetőség a keresésre, az eredményt táblázatos formában jelenítik meg. Az indikátor szerinti kereső - *By indicator* - abc sorrendben tünteti fel valamennyi elérhető indikátort, az országok szerinti keresésben (*By country*) az országok abc szerinti listájából kell kiválasztani a keresett országot. Utóbbi esetében az adattáblázat soraiban szerepelnek az indikátorok az oszlopban pedig a legfrissebb adattól visszafelé haladva az évek. (2/11. ábra) Az eredménytáblázatokon kívül lehetőség van grafikus megjelenítésre (*Interactive graph*), továbbá az adatok Excel formátumba tölthetők le.

Country	Year	Adult mortality rate (probability of dying between 15 and 80 years per 1000 population) <sup>a</sup>		
		Both sexes	Female	Male
Albanian	2015	242	232	252
	2012	268	242	294
	2000	325	301	349
	1990	388	368	412
	2013	102	85	116
Albania	2012	124	87	121
	2000	126	102	157

2/11. ábra: A GHO adatbázis kereső felülete

<http://apps.who.int/gho/data/node.main>



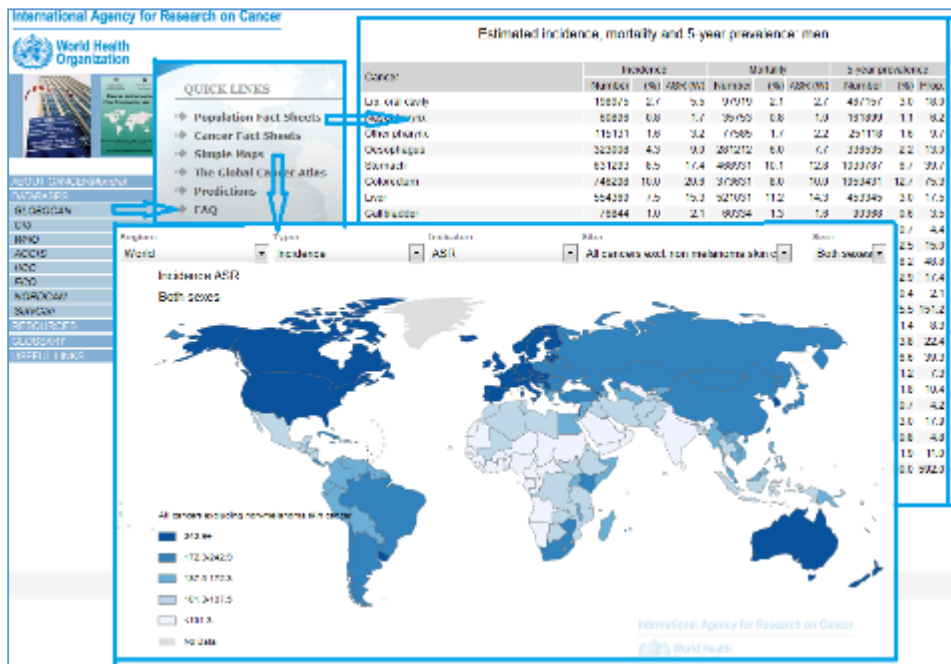
### 2.1.6. International Agency for Research on Cancer (IARC)

Az IARC hozzáférést biztosít a daganatos betegségekkel kapcsolatos különféle információkat hordozó adatbázisokhoz:

- **GLOBOCAN** segítségével a világ 28 országának legfrissebb adatai érhetőek el a daganatos megbetegedésekről, a halandóságról és prevalenciáról.
- **CI5** (Cancer Incidence in Five Continents) a daganatos betegségek incidenciámutatóihoz biztosít hozzáférést a nemzeti vagy regionális rákregiszterek által.
- **ACCIS** (Automated Childhood Cancer Information System) gyermekek daganatos megbetegedéséről és a túléléséről az európai rákregiszterek alapján.
- **IICC** (The International Incidence of Childhood Cancer) gyermekkori daganatos betegségek incidenciájáról, nyújt tájékoztatást a rákregiszterek alapján, világszerte.
- **ECO** (European Cancer Observatory) egy web-alapú eszköz az Európai daganatos betegségekhez kapcsolódó adatok eléréséhez, elemzésére és letöltésére.
- **NORDCAN** (Assosiation of Nordic Cancer Registries adatbázisa) 40 féle daganatos megbetegedés, halálozás, prevalencia adatait mutatja be naprakész hosszú idősoros elemzéssel a skandináv országokra vonatkozóan.
- **SurvCan** (Cancer survival in Africa, Asia, the Caribbean and Central America) a rákregiszterek alapján daganat túlélési adatokat mutat be a világ alacsony és közepes jövedelmű régióira vonatkozóan.

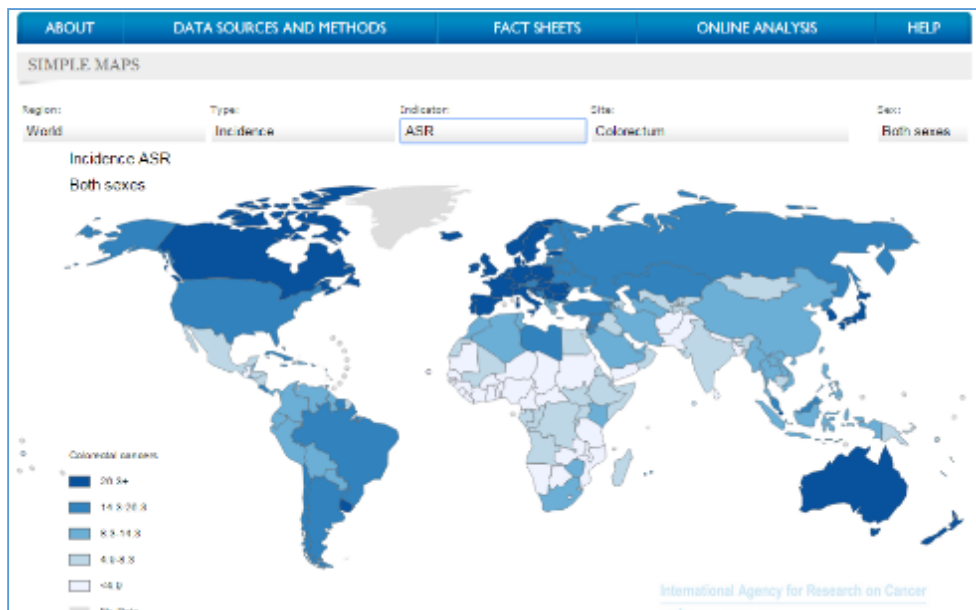
Az adatbázisok a következő linken érhetőek el: <http://www-dep.iarc.fr/>

A **GLOBOCAN** nyitó oldalán lehetőség van a világ vagy az egyes földrészek szerinti keresésre (*Population Fact Sheets*), melynek eredményeként a leggyakoribb daganat típusok incidenciája, mortalitása és prevalencia értékei jelennek meg grafikus és táblázatos formátumban. Adott daganat típus választható ki a *Cancer Fact Sheet* menüpontban, amelynek eredményeként nemek szerinti bontásban grafikus, táblázatos és térkép formátumban kapunk adatokat a daganat incidenciáról és mortalitásról. (2/12. ábra)



2/12. ábra: A GLOBOCAN adatbázis kereső és eredmény felülete

A *Simple map* menüpontra kattintva a felnyíló ablakban kijelölhető a megjeleníteni kívánt földrész (*Region*), az adattípus (*Type*), vagyis incidenciára, prevalenciára vagy mortalitásra, az indikátor (ASR), a daganat típus (*Site*) és a nem (*Sex*).



2/13. ábra: A GLOBOCAN adatbázis térkép megjelenítő felülete

<http://globocan.iarc.fr/Pages/Map.aspx>

## 2.2. Hazai népegészségügyi adatbázisok

### 2.2.1. Központi Statisztikai Hivatal (KSH)

A KSH szakmailag önálló kormányhivatal, mely az ország társadalmi és gazdasági helyzetére, népességének alakulására vonatkozó hivatalos adatok dolgozza fel. Feladatai közé tartozik az adatfelvétel tervezése, adatok felvétele, feldolgozása, tárolása, elemzése és közzététele. A népszámlálásból származó demográfiai adatok mellett egészségügyi statisztikák is elérhetők, illetve könyv és CD formátumban megvásárolhatóak.

A honlap a következő linken érhető el: <https://www.ksh.hu/>. A nyitóoldal bal oldalán található témakörök közül az *Egészségügy, baleset* menüpontra kattintva idősoros adatok érhetőek el többségük már az 1990-től. (2/14. ábra) [40]



2/14. ábra: A KSH témakörök szerinti kereső felülete

[https://www.ksh.hu/egeszseguy\\_baleset](https://www.ksh.hu/egeszseguy_baleset)

A népegészségügy szempontból további adatok érhetőek el a **kiadványtárban**, például: a *Morbidity adatár*, *Európai lakossági egészségfelmérés* több tanulmánya. Megvásárolható az *Egészségügyi Statisztikai évkönyv* CD melléklettel, melynek évente megjelenő táblázatai részletes adatokat szolgáltatnak a népességszám alakulásáról, a főbb demográfiai jellemzőkről, az egészségügyi alapellátásról, az otthoni szakápolásról, a járóbeteg-szakellátásról, a gondozóintézeti ellátásról, a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásról, az Országos Mentőszolgálat tevékenységéről, a gyógyszer- és vérellátásról, az egészségügyi ellátás személyzetéről, lehetőséget adva az országok közötti összehasonlításra is.

Az adatok menüponton belül érhető el a kész táblákat tartalmazó táblarendszer a **STADAT**, amely a KSH által gyűjtött, illetve más szervezetektől átvett, legfontosabb adatokat, mutatókat tartalmazza. A területi adatokat megyékre és régiókra, - esetenként járásokra és településekre is - bontva, a fontosabb nemzetközi mutatókat pedig az Európai

Unió tagországaira, illetve további néhány országra vonatkozóan közlik. A táblázatok nyomtathatók, ingyenesen letölthetők Excel formátumban és megjeleníthetők interaktív térképeken.

Szintén az adatok menüpontból érhető el a **Tájékoztatósi adatbázis**, mely a KSH témafüggetlen statisztikai adattárházában tárolt adatok keresztáblázatos megjelenítésére szolgál, egyszerű, interaktív kezelőfelületen keresztül biztosítva az adatok gyors és felhasználóbarát hozzáférését. A megjelenített táblák tetszőlegesen átrendezhetők és módosíthatók, hogy a felhasználó igénye szerint személyre szabott táblázatok, grafikonok készíthetők, melyek elmenthetők, kinyomtathatók vagy Microsoft Excel és Adobe Acrobat PDF formátumban exportálhatók.

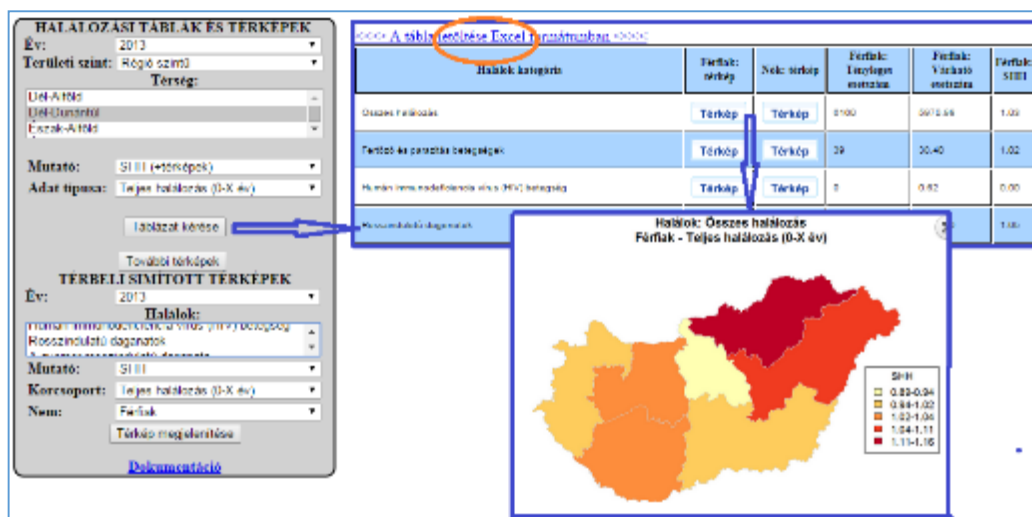
Az adatok menüpont **Nemzetközi adatok** parancsával országok, régiók összehasonlításához éves és évközi mutatók érhetőek el. Az EUROSTAT-tól átvett magyar nyelvű adattáblák változatos témákban közölnek adatokat az Unió tagállamokra valamint Európán kívüli országokra vonatkozóan is. Az **Interaktív grafikonok és térképek** meghatározott mutatókat országos és régiós bontásban mutatják be.

A [http://www.ksh.hu/nepszamlalas/reszletes\\_tablak](http://www.ksh.hu/nepszamlalas/reszletes_tablak) linken érhetőek el az aktuális **népszámlálási adatok**, országos, regionális és megyei illetve több mutató járási bontásban, Excel formátumban. A kapcsolódó kiadványok letölthetőek, vagy nyomtatott formában megvásárolhatóak.

### 2.2.2. Halálozási adatok információ-szolgáltatás

Az adatbázis 2005-től teszi elérhetővé a Magyarországra vonatkozó halálozási adatokat (esetszám, standardizált halálozási hányados – SHH) területi bontásban (régió, megye, kistérség, járás) korcsoportonként és nemeként. Az adatbázis az Nemzeti egészségfejlesztési intézet (NEFI, korábban Országos Egészségfejlesztési Intézet) honlapjáról érhető el: <http://www.oefi.hu/halalozas/>

A nyitó oldalon kiválasztható az adatgyűjtés éve, a területi egység, a mutató (eset, vagy hányados) végül az összhálozás vagy betegségcsoportok szerint, a teljes populációra (0-X év) vagy a 65 év alattiakra (korai halálozás -0-64 év) vonatkozóan. A megjelenő eredmény tábla letölthető Excel formátumban, a kívánt indikátor megjeleníthető térképen is. A térkép színekkel jelzi a halandóságbeli különbségeket, továbbá a legmagasabb és legalacsonyabb mutatókkal bíró területek adatait a térkép alatt számszerűen is feltüntetik. Elérhetőek térbeli simított térképek is kiválasztva az évet, a halálokot, a mutatót, a korcsoportot és a nemet. (2/15. ábra) [41]



2/15. ábra: A halálozási mutatók információs rendszerének kereső felülete

<http://www.oefi.hu/halalozas/>

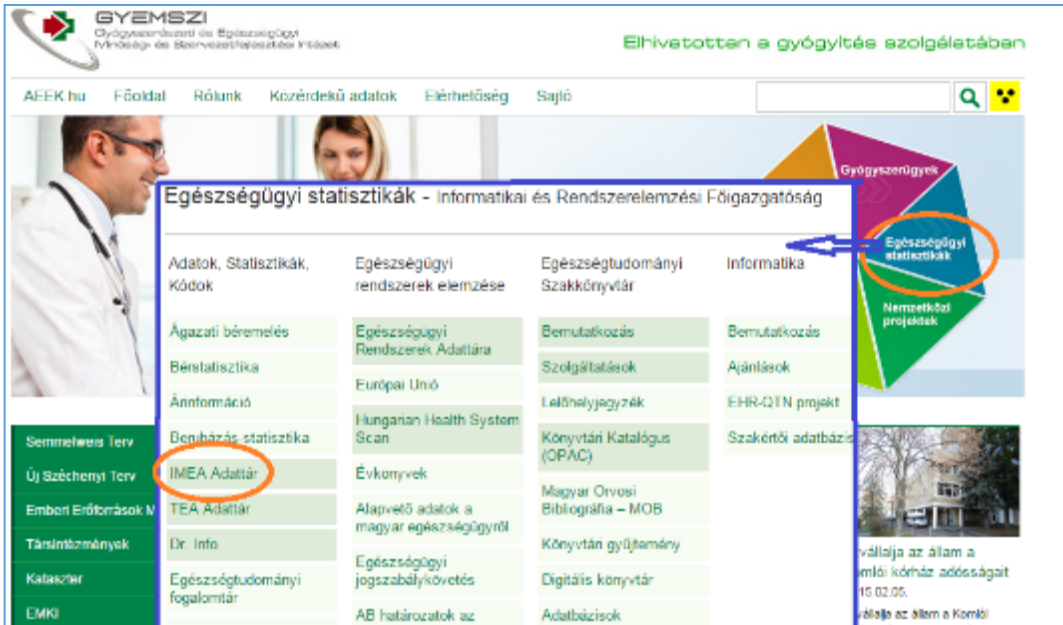
### 2.2.3. Internetes Magyar Egészségügyi Adattár (IMEA)

Az adatbázis jelenleg olyan adatokat tesz közzé melyeket az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) valamilyen feladatához kötődően gyűjtött (pl. nemzetközi jelentések, a Regionális Egészségügyi Adattár adatai) vagy valamilyen program, illetve megállapodás alapján más intézménytől internetes közzététel céljából kap (Magyar Egészségadattár).

Az adatbázis az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (korábban Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség és Szervezetfejlesztési Intézet – GYEMSZI) nyitóoldaláról a *GYEMSZI archív* menüre kattintva, a felnyíló ablakban érhető el az *Egészségügyi statisztikákon* belül vagy a következő linken érhető el: <http://imea.gyemszi.hu/IMEAIndex.jsp> (2/16. ábra)

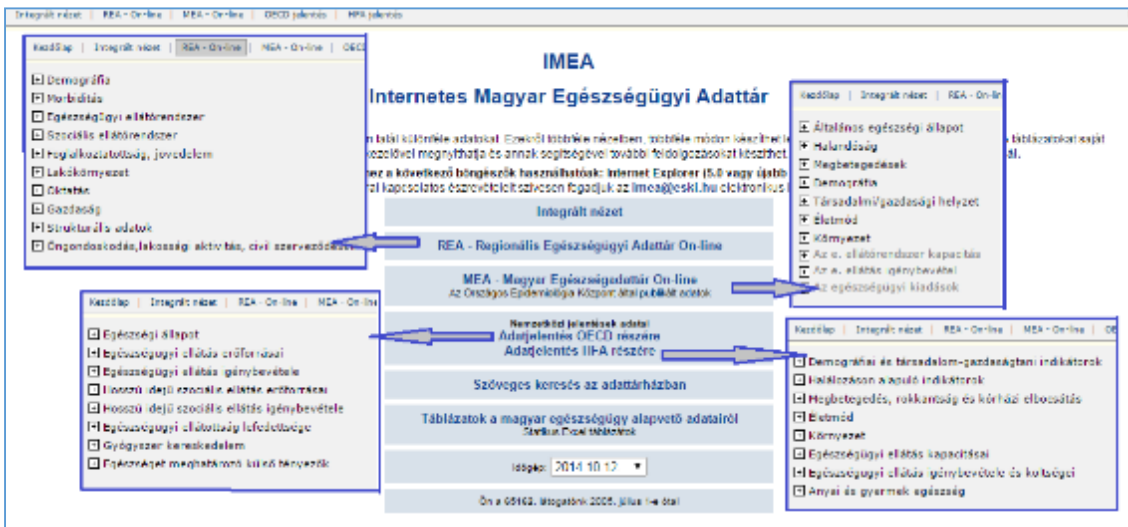
Az IMEA nyitóoldalán a *Regionális Egészségügyi adattár (REA)*, a *Magyar Egészségadattár (MEA)*, valamint az *OECD és a HFA részére történő adatközlés* elemei jeleníthetők meg különböző témákban. Utóbbiak esetében országos adatok érhetőek el, ezért a keresett mutatóhoz csak az évet kell kiválasztani. (2/17. ábra)

A fenti adatbázisokban a keresett indikátort megjelölve kiválasztható(k) a régió(k) illetve a megye(k) valamint az évek. A kapott eredmény táblázatban az adatsor fölötti RT és MT feliratokra kattintva az adatsor regionális illetve megyei térképen színezéssel jelenik meg. A lekérdezett táblázatok Excel táblázatkezelővel nyithatók meg, és tovább elemezhetők.



2/16. ábra: Az IMEA adatbázis elérési módja

<http://www.gyemszi.aek.hu/gyemszi/home>



2/17. ábra: Az IMEA adatbázison belül elérhető kereső felületek

<http://imea.gyemszi.hu/IMEAIndex.jsp>

### 3. COCHRANE KÖNYVTÁR (DECSI TAMÁS)

#### 3.1. A cochrane könyvtár szerepe az egészségügyben

Az egészségügyben használatos adatbázisok között a Cochrane Együttműködés (Cochrane Collaboration) adatbázisa, a Cochrane Könyvtár (Cochrane Library) azért tölt be megkülönböztetett szerepet, mert egyfajta összekötő kapocsként szolgál az egészségügy működtetésének technikai jellegű adatbázisai és az egészségügy tudományos információit tartalmazó adatbázisok között.

A Cochrane Könyvtár ma is legjobban ismert része az elsősorban közvetlenül a klinikai betegellátással kapcsolatos kérdésfelvetéseket tárgyaló rendszerezett áttekintő közleményeket felölelő Rendszerezett Áttekintő Közlemények Cochrane Adatbázisa (Cochrane Database of Systematic Reviews, CDSR). Időközben azonban, a Cochrane Könyvtáron belül olyan speciális alkönyvtárak is elkülönültek, melyek nem egy adott klinikai probléma megoldásához járulnak hozzá rendszerezett adatok szolgáltatásával, hanem az egészségügyi rendszerek működtetésének és fejlesztésének szolgálnak hatékony segédeszközéül. Egyrészt a klinikai kutatómunka minőségbiztosításához szükséges technikai jellegű adatokat tartalmazzák könnyen elérhető formában, másrészt a klinikai betegellátó tevékenység gazdálkodási megítéléséhez szolgáltatnak magas minőségű adatokat. A Cochrane Könyvtár felépítését az 3/1. táblázatban foglaltuk össze.

	<b>Angol név</b>	<b>Dokumentumok száma</b>
1.	Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)	8841
2.	Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)	861602
3.	Cochrane Methodology Register (CMR) <sup>a</sup>	15764
4.	Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) <sup>b</sup>	36795
5.	Health Technology Assessment Database (HTA)	17397
6.	Economic Evaluation Database (EED) <sup>b</sup>	15015

3/5. táblázat: A Cochrane Könyvtár adatbázisai

(<http://www.cochranelibrary.com/about/about-the-cochrane-library.html>, 2015. június 29.)

a = Forráshiány miatt 2012 júliusát követően az adatbázist nem frissítik.

b = Forráshiány miatt 2015 áprilisát követően az adatbázist nem frissítik.



### 3.2. A cochrane könyvtár létrejötte

A mai formájában Cochrane Könyvtárnak hívott adatbázist létrehívó ellentmondás a modern orvostudományi szakirodalom kialakulásával együtt jelent meg. Ugyanis bár egyre nagyobb számban végeztek olyan jó minőségű klinikai vizsgálatokat, melyek a betegellátás gyakorlatában hasznosítható eredményt szolgáltatottak, azonban ezeknek a vizsgálati eredményeknek az összegzése csak esetlegesen, sokszor akkor is igen jelentős késedelemmel valósult meg. A gyógyítás minőségének javításához szükséges információ már létezett ugyan „valahol” az orvostudomány irodalmában, azonban a gyakorló orvosok messze túlnyomó többsége számára ezek az irodalmak nem voltak hozzáférhetők, és ezért nem hasznosulhattak megfelelő szinten a betegellátásban. A problémára leghatásosabban egy angol epidemiológus, Archibald (Archie) Cochrane egy 1972-ben megjelent könyve [42] hívta fel a figyelmet, amiben a szerző a növekvő egészségügyi kiadások ellenére sem javuló gyógyítási mutatókat azzal magyarázta, hogy az egészségügy késlekedik az orvostudomány legújabb kutatási eredményeinek a megismerésével és hasznosításával. A Cochrane Együttműködés és a Cochrane Könyvtár ennek a korszakalkotó gondolatnak a megfogalmazójáról és nagyhatású terjesztőjéről kapta a nevét.

A Cochrane Együttműködés immár több mint 20 éves múltra tekinthet vissza. Az első Cochrane Központ 1992 októberében alakult meg Oxfordban, a következő évben megalakult a kanadai, majd a skandináviai (Nordic) Cochrane Központ, 1993-ban pedig Oxfordban formálisan is létrejött a Cochrane Együttműködés. Jelenleg 14, elsősorban területi elv alapján szerveződő Cochrane Központ alkotja a Föld minden kontinensén formálisan, szervezetileg is jelenlévő Cochrane Együttműködés gerincét. A Cochrane Együttműködésben Magyarország is immár hivatalosan vesz részt.

A Magyar Cochrane Tagozat 2014.10.16-án alakult a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központjában. A Magyar Tagozat a Német Cochrane Központtal szoros együttműködésben, annak módszertani segítségével és hivatalos támogatásával működik.

#### **A Magyar Cochrane Tagozat fő törekvései közé tartozik:**

- információ szolgáltatása a Cochrane Együttműködésről,
- részvétel a nemzetközi Cochrane-tevékenységekben,
- rendszerezett áttekintő közlemények készítésére és aktualizált Cochrane áttekintő közlemények írására alkalmas szakemberek képzése. Feladata továbbá
- nyelv-specifikus szolgáltatások nyújtása (pl. adatok gyűjtése magyar folyóiratokból Cochrane áttekintő közlemények írásához, illetve áttekintő közlemények összefoglalójának magyarra fordítása),
- a Cochrane áttekintő közlemények eredményeinek magyarországi terjesztése és a Cochrane áttekintések minél szélesebb körű felhasználásának támogatása Magyarországon. A magyar Cochrane tagozat célkitűzései között szerepel még



- a magas szintű egészségügyi evidenciák átadásának elősegítése formális és informális kapcsolatok kiépítése révén, valamint a Cochrane Könyvtárhoz és
- a Cochrane rendszerezett áttekintő közleményekhez való hozzáférés támogatása is.

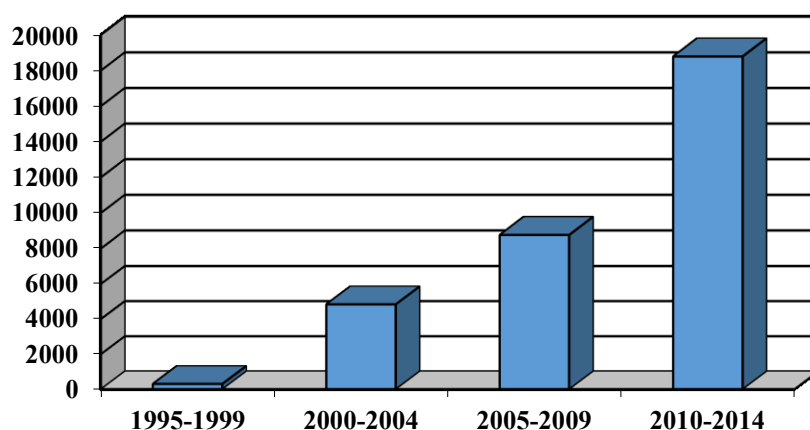
Magának a Cochrane Könyvtárnak a legelső eleme, a CDSR adatbázis 1995 áprilisában jött létre. A CDSR már akkor érzékelt gyakorlati fontosságát jól mutatja, hogy az adatbázist az angol egészségügyi miniszter hozta létre, amiről még abban az évben a Humán Genom Projekthez mérhető fontosságú kezdeményezésként számoltak be a *Lancet* hasábjain. A Cochrane Könyvtár a későbbiekben bővült az *1. táblázatban* felsorolt további adatbázisokkal. Dinamikusan változó struktúráról beszélhetünk, az egyes alegységek gyakorlati fontossága a betegellátás igényeinek és más külső körülményeknek a megváltozásával időről időre módosul. Ez az adatbázis - könyvtár az egyik fő bázisa a tudományos szakirodalomnak, és a Bizonyítékokon Alapuló Orvoslásnak (BAO).

### **3.3. A cochrane könyvtár adatbázisai**

#### **3.3.1. Rendszerezett Áttekintő Közlemények Cochrane Adatbázisa**

A Rendszerezett Áttekintő Közlemények Cochrane Adatbázisa (Cochrane Database of Systematic Reviews, CDSR) minden bizonnyal a Cochrane Könyvtár legtöbbször felkeresett és legtöbbet idézett része. A CDSR ma az orvostudomány területén megjelenő rendszerezett áttekintő közlemények vezető adatbázisa. A tudományos folyóiratként is megítható CDSR-ben megjelenő közlemények átlagos idézettsége folyamatosan emelkedő, jelenleg 6 körüli érték (hatástényező2014: 6,032), ami az orvostudományban kiemelkedően magas idézettségnek tekinthető. (A hatástényező, vagy a magyarban is gyökeret vert elnevezéssel: impakt faktor, a tudományos folyóiratok átlagos idézettsége alapján létrehozott mutatószám. Az impakt faktort úgy számítják ki, hogy a folyóiratban a megelőző két évben publikált cikkekre az adott évben kapott idézetek számát elosztják a folyóiratban a megelőző két évben megjelentetett cikkek számával. Minél magasabb ez az érték, annál nagyobb hatásúnak és így „értékesebbnek” tekinthető egy tudományos folyóirat.)

A MEDLINE adatbázisában a „Cochrane review” kereső kifejezés használatával fellelhető közlemények száma az elmúlt 20 évben hatalmas számszerű fejlődést is mutatott: míg az 1995-1999 közötti ötéves periódusban néhány száz rendszerezett áttekintő közleményt tartalmazott az adatbázis, addig a 2010-2014 közötti ötéves időszakban már közel 20000 áttekintő közlemény adódott ennek a kereső kifejezésnek a használatával (*1. ábra*).



3/1. ábra: „Cochrane” rendszerezett áttekintő közlemények a MEDLINE adatbázisában  
(az adatkeresés 2015. június 28-án történt a PubMed hozzáférés útján a „Cochrane review” kereső kifejezés használatával)

Hangsúlyozni kell, hogy a CDSR adatbázisában az egyes kérdésvetéseket tárgyaló közleményeket rendszeresen frissítik, ezért az adatbázis aktuális nagysága kisebb a különböző időszakokban megjelent közlemények összesített számánál. A CDSR adatbázis 2014. végén 8 532 közleményt tartalmazott, melyek közül 6 180 rendszerezett áttekintő közlemény, míg 2 352 protokoll volt<sup>43</sup>.

Fogalmilag a Cochrane Review olyan rendszerezett áttekintő közlemény, ami a klinika betegellátás és az egészségpolitika különböző kérdésvetéseiben végzett humán vizsgálatok eredményeit összegzi a bizonyítékokon alapuló egészségügy legmagasabb nemzetközi standardjai alapján. A klinikai kérdésvetések a betegellátás különböző szakaszaira vonatkozhatnak, melyekre általában más-más típusú vizsgálatok adnak választ. A kórképek felismeréséhez szükséges diagnosztikai információkra vonatkozó kérdésekre általában keresztmetszeti vizsgálatok szolgáltatnak információt. A gyógykezelés kérdései ma már általában a több lehetséges terápiás eljárás közötti választást jelentik, az ilyen típusú kérdésekre a randomizált, kontrollált klinikai vizsgálatok adhatnak választ. A kórjóslat felállításához szükséges prognosztikai információk elsősorban a megfigyeléseken alapuló kohort-vizsgálatokból és eset-kontroll tanulmányokból származhatnak. Mindhárom kérdéskör megválaszolásában meghatározó fontosságúak az egyes vizsgálatokat leíró elsődleges tanulmányok, melyek eredményeit összegzi a rendszerezett áttekintő közlemény.

Bár a tudományos közlemények rendszerezett, áttekintő tanulmányok nevezett alcsoportja időrendileg először a randomizált, kontrollált vizsgálatok eredményeinek összegzésére alakult ki, és terjedt el. A módszert, azonban, az elmúlt évtizedben egyre elterjedtebben alkalmazzák nemcsak randomizált, kontrollált vizsgálatok, hanem különböző

megfigyelésen alapuló tudományos vizsgálatok eredményeinek a strukturált összegzésére is. Bármilyen egészségügyi kérdésfelvetésről legyen is szó, a megfelelő minőségű rendszerezett áttekintő közlemény létrehozásának alapfeltétele a vizsgálandó probléma egyértelmű kérdésként történő megfogalmazása. A CDSR adatbázisába bekerülő rendszerezett áttekintő közlemények szinte kivétel nélkül a bizonyítékokon alapuló orvoslás röviden a PICO, azaz „Patients, Intervention, Control, Outcome” (beteg, beavatkozás, összehasonlítás, kimenetel) mozaikszóval leírható kérdésstruktúrájának felelnek meg. A kérdésfelvetés egyértelműsége alapvető eleme a CDSR rendszerezett áttekintő közlemények magas szakmai színvonalának.

A magas minőség biztosításának másik fontos eleme a rendszerezett áttekintő közleményt létrehozó alkotóközösséggel szemben támasztott standard követelményrendszer. Az ún. Cochrane Review Group Editorial Team egyrészt előzetesen véleményezi és engedélyezi egy adott témában a Cochrane rendszerezett áttekintő közlemény létrehozását, másrészt számítógépes szoftver és kézikönyvek rendelkezésre bocsájtásával támogatja is a közlemény elkészítésének a folyamatát. Az engedélyezési folyamat elengedhetetlen eleme a rendszerezett áttekintő közlemény elkészítése protokolljának elfogadása. Ennek a protokollnak részletesen tartalmaznia kell nemcsak a tervezett közlemény pontos kérdésfelvetését, de a közlemény alapjául szolgáló irodalom felkutatásának és kritikai megítélésének módszertani elemeit is. Mindezek alapján érthető, hogy miért lehetnek a Cochrane Rendszerezett Áttekintő Közlemények az orvostudomány legnagyobb gyakorlati következményekkel járó tudományos írásművei. Napjainkban a CDSR közlemények nemcsak a konkrét klinikai kérdések megválaszolásában, hanem az egészségpolitikai és egészséggazdasági döntések meghozatalában is szinte megfellebbezhetetlen információforrásnak számítanak.

Amennyiben egy adott kérdéskörben megjelent CDSR közleményt keresünk, akkor legalább két különböző úton is hozzáférhetünk a közleménynek legalábbis a rövid kivonatához. A <http://www.cochranelibrary.com> webhelyen elérhető adatbázis keresőfunkcióját is használhatjuk, de igénybe vehetjük a MEDLINE adatbázis nyújtotta keresési lehetőségeket is. Míg a közlemény rövid kivonata mindenkinek szabadon rendelkezésére áll, addig a teljes közleményhez való hozzáférés korlátozott. Korábban a hozzáférés lehetősége elsősorban előfizetéshez kötődött. Az elmúlt évek kedvező fejleménye ugyanakkor, hogy az adatbázisban bizonyos közlemények az ezért külön térítési díjat fizető szerzők jóvoltából mindenki számára hozzáférhetőként („open access”) jelennek meg. Ugyancsak fontos fejlemény, hogy bizonyos országok lakói számára, az adott ország vezetésének intézkedése nyomán, a CDSR adatbázis alanyi jogon

hozzáférhetővé vált. Jelenleg például India és Ausztrália mellett az európai országok sorából Dánia, az Egyesült Királyság, Írország és Norvégia tartozik ebbe a csoportba. Ugyancsak szabadon hozzáférhető az adatbázis kb. 100 ún. alacsony és közepes jövedelmi szintű ország lakói számára; Európában Albánia, Bosznia, Koszovó, Macedónia, Moldávia és Ukrajna tartozik ebbe a körbe.

### **3.3.2. A Kontrollált Vizsgálatok Központi Cochrane Adatbázisa**

Az orvostudományban nagy jelentőségű ok-okozati összefüggések igazolása csak aktív beavatkozás útján, ún. kontrollált vizsgálatban (Controlled Trials) történhet. Az ilyen vizsgálatokban szereplők egyik csoportját valamilyen hatásnak teszik ki, például egy adott gyógyszerrel kezelik, míg a másik csoportot nem éri ilyen hatás. Amennyiben a két csoport a vizsgálat kezdetekor minden más körülmény tekintetében hasonló volt, akkor a vizsgálat végén észlelt különbséget okkal tarthatjuk a beavatkozás következményének. (A kontrollált klinika vizsgálatok sajátosságának és az egészségügyi döntések meghozatalában betöltött szerepének a részletes tárgyalása meghaladja ennek a könyvfejezetnek a kereteit, az érdeklődőknek egy korábban megjelent tankönyvre hívjuk fel a figyelmét<sup>44</sup>.)

A Kontrollált Vizsgálatok Központi Cochrane Adatbázisa (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL) a randomizált, kontrollált klinikai vizsgálatok koncentrált tárháza. Az adatbázis tartalmazza a randomizált, kontrollált vizsgálatot leíró közlemény szerzőit és címét, a közlemény azonosításához szükséges bibliográfiai adatokat, valamint a rövid tartalmi kivonatot (a közlemény teljes szövegét azonban általában nem). A CENTRAL adatbázist havonta frissítik, létrejötté óta folyamatosan és dinamikusan bővül. Az adatbázis immár több mint 20 éves múltra tekint vissza. A hivatalos formájában 1992-ben elindított kezdeményezés az első évtizedben mintegy 300 ezer, működésének második évtizedében pedig több mint 500 ezer közleménnyel bővült.

Forrásukat tekintve a CENTRAL adatbázis közleményeinek mintegy kétharmada a MEDLINE, további csaknem egyharmada az EMBASE adatbázisból származik. A CENTRAL adatbázis különlegessége azonban, hogy nemcsak elektronikus adatbázisokból származó információkat foglal magában, hanem ún. kézi információ keresés eredményeit is, köztük például olyan konferencia kiadványokat, melyek a MEDLINE vagy az EMBASE adatbázisában nem szerepelnek. Az orvoslás gyakorlati igényeinek megfelelően, a CENTRAL adatbázis a szigorú értelemben vett randomizált, kontrollált klinikai vizsgálatok (RCT) mellett nagy számban tartalmaz olyan kontrollált klinikai vizsgálatokat (CCT), melyekben a véletlenszerű besorolás ugyan nem történt meg a ma elfogadott szakmai elvek szerint, azonban a klinikai vizsgálat kontrollált volta mégiscsak lehetőséget nyújt tudományos igényű következtetések levonására.

### **3.3.3. Cochrane Módszertani Adatbázis**

A Cochrane Módszertani Adatbázis (Cochrane Methodology Register, CMR) az egészségügy és a szociális ellátás témakörében készülő rendszerezett áttekintő közlemények létrehozásához szolgáltató módszertani segítséget. Az adatbázis elsősorban azoknak a kutatóknak és egészségügyi szakembereknek kíván gyors tájékoztatást nyújtani, akik viszonylag szerényebb tapasztalatok birtokában tűzik ki célul egy adott kérdéskör rendszerezett összefoglalását. Az adatbázis nagy előnye, hogy elkülönítetten is lehetővé teszi a klinika kérdésfelvetés, az információ azonosítása, a bizonyítékok minőségének megítélése, az adatok matematikai összegzése, vagy éppen az eredmények publikálása módszertani aspektusai részletkérdéseiben való gyors tájékozódást. Bár az adatbázis frissítése forráshiány miatt 2012 júliusa óta szünetel, azonban a CMR jelen formájában is nélkülözhetetlen segédeszköze a rendszerezett áttekintő közlemények létrehozásának.

### **3.3.4. Klinikai Hatásokat Tárgyaló Összefoglalók Adatbázisa**

A Klinikai Hatásokat Tárgyaló Összefoglalók Adatbázisa (Database of Abstracts of Reviews of Effects, DARE) elsősorban az egészségügyi beavatkozásokat, valamint a beavatkozásokat kivitelező szervezeteket és egészségügyi rendszereket tárgyaló rendszerezett áttekintő közleményeken alapuló információk tárháza. Emellett olyan rendszerezett áttekintő közleményeket is tartalmaz, melyek olyan nem közvetlenül az egészségüghöz tartozó, de a lakosság egészségi állapotát mégis jelentősen befolyásoló kérdéseket tárgyalnak, mint például a lakás- és közlekedési viszonyok, vagy éppen a szociális védőháló különböző aspektusai. A DARE adatbázis magában foglalja az összes CDRS áttekintő közleményt, de merít az összes egészségügyi elektronikus rendszerezett áttekintő közleményeinek tárházából is. A DARE adatbázisába azonban csak olyan rendszerezett áttekintő közlemények kerülhetnek be, melyek mindenben megfelelnek az ilyen műfajú írásokkal szemben támasztott minőségi követelményeknek. A szigorú beválogatási kritériumok miatt a DARE adatbázis különösen hasznos az általában széleskörű tájékozódást és tájékoztatást igénylő egészségpolitikai döntések előkészítésének a folyamatában. Bár a támogatás kiesése miatt a DARE adatbázis frissítése is szünetel 2015 áprilisa óta, azonban jelen sorok írásakor ez az adatbázis még módszertani aggályok és korlátozások nélkül használható.

### **3.3.5. Egészségügyi Technológiák Értékelésének Adatbázisa**

A bizonyítékokon alapuló orvoslás önálló alfejezete az egészségügyben alkalmazott technikák – a szoros értelemben vett orvostudományi mellett – gazdasági, szociológiai és etikai szempontokat is érvényesítő komplex elemzése. Az Egészségügyi Technológiák Értékelésének Adatbázisa (Health Technology Assessment Database, HTA) az ezen a tudományterületen megjelent közleményeket foglalja magában, kiegészítve számos jelenleg folyó projekt legfontosabb elemeinek a leírásával. Az adatbázis sajátossága, hogy az orvostudomány hagyományos vizsgálati megközelítései mellett egyéb egészségügyi információforrásokat és gazdaságtudományi elemzéseket is tartalmaz. A gyakorlati felhasználónak tudnia kell, hogy – részben a felölelt dokumentumok különbözőségéből is eredően – a Cochrane HTA adatbázisban szereplő közlemények nem esnek át olyan szigorú előzetes kritikai megítélésen, mint a CDSR vagy a DARE adatbázisba bekerülő közlemények.

### **3.3.6. Egészség-gazdasági Elemzések Adatbázisa**

Az Egészség-gazdasági Elemzések Adatbázisa (NHS Economic Evaluation Database, EED) a különböző egészségügyi beavatkozások gazdasági értékeléseit tartalmazza. Az egészséggazdasági elemzésekben általában a betegellátás két (esetleg több) különböző módszerének az eredményeit és költségeit vetik össze. Az eredményeket általában az adott betegségre jellemző mutatók segítségével megfogalmazott egészségnyereség formájában, míg a költségeket az egyén és a társadalom pénzben kifejezett ráfordításaiként jelenítik meg. Az EED adatbázis az egészséggazdasági elemzések különböző típusait (költség-előny, költség-hasznosság, költség-hatékonyság elemzés) tartalmazza, az egészségügyi ellátás szempontjából különösen fontos kérdések esetében kritikus megjegyzésekkel (critical commentary) kiegészítve. Sajnos ennek az adatbázisnak a frissítése is megszakadt 2015 áprilisában, azonban az adatbázis a Cochrane weboldalon keresztül változatlanul hozzáférhető.

## 4. BETEGSÉG OSZTÁLYOZÁSI (BNO, FNO) KÓDRENDSZEREK (ENDREI DÓRA)

### 4.1. A BNO történeti áttekintése

A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának kezdete a XVIII. századra nyúlik vissza, eredetileg haláloki statisztikák céljából került megalkotásra. John Graunt által az ekkor még inkább lista formájában létező adathalmaz nem mutatott különösebb rendezettséget. A XIX. században a betegségek osztályozásának használata céljából, Cullen által megalkotott, Synopsis Nosologiae Methodicae volt a legelterjedtebb irodalom, azonban ez nem tartalmazta az orvostudomány fejlődésének eredményeit. 1855-ben tartott, párizsi kongresszuson egy 139 rovatból álló listát fogadtak el, amelyet 1864-ben, 1874-ben, 1880-ban-, valamint 1886-ban is revideáltak. Az osztályozás, Farr ajánlásának megfelelően megkülönböztetést tett az általános-, illetve az egy bizonyos szervre, vagy anatómiai területre lokalizált betegségek között. [45]

1898-ban, az Ottawában tartott American Public Health Association ülésén fogadták el a Halálokok Bertillon Osztályozását, valamint az osztályozás tízévente történő revíziójára tettek ajánlást. [46] 1900. augusztus 21-én elfogadták a halálokok részletes osztályozását, mely 179 csoportot és 35 csoport rövidített osztályozást tartalmazott.[47] 1948-ban az osztályozást kiterjesztették a nem halálos kimenetelű kórképekre is. 1975-ben, az ENSZ által összehívott, IX. Revíziós Konferencián realizálódott, hogy a revíziók közötti tíz éves időintervallum túl rövidnek bizonyul. Jelenleg a X. revíziót használják, mely számos változáson ment keresztül a IX. verzióhoz képest. A XI. revideálás várhatóan 2017-ben fog megtörténni. [48]

A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozását (International Classification of Diseases, ICD) az Egészségügyi Világszervezet (WHO) teszi közzé. Ezt az osztályozási rendszert alkalmazzák széles körben a halálozással és betegségekkel kapcsolatos statisztikák készítéséhez. 1994. óta a WHO tagállamai a 10. átdolgozott változatot (ICD-10) használják.(48)

Magyarországon, a 42/1995. (XI.14.) Népjóléti Minisztériumi (továbbiakban: NM) rendelet szól a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. revíziójának bevezetéséről 49. Ennek értelmében a rendelet 1. §-a alapján, a Betegségek Nemzetközi Osztályozása IX. revíziója helyett, a WHO által közzétett, „Betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása, Tizedik Revízió”alkalmazandó 1996. január 1-től, minden olyan dokumentumon, amelyeken a külön jogszabály alapján a betegséggel kapcsolatos kódjeleket fel kell tüntetni. A X. revízió legfőbb újítása az alfa



numerikus kódrendszer használata, így a négy karakteres szinten az első karakteren egy betű, azt követően három szám szerepel. Ez a változtatás több mint a kétszeresére bővítette a kódoláshoz rendelkezésre álló keret mértékét, valamint lehetővé tette, hogy a főcsoportokhoz külön betűt rendeljenek. Összesen 25 betű került felhasználásra, az U betűt pedig fenntartották a későbbi kiegészítések számára.

A kódrendszer alapját az 1893-ban készült Bertillon-féle osztályozás képezte, amely napjainkig jelentős változásokon ment keresztül: A BNO VI. revíziója már a WHO felügyelete alatt került kidolgozásra. Az időről-időre bekövetkező revíziók elvégzését az egyes betegségek minél pontosabb megfogalmazása tették indokolttá.

A BNO megalkotásának eredeti célja azon WHO törekvések voltak, hogy valamennyi ország és földrész egészségi állapotát meg tudják mutatni, továbbá az adatok képessé tételét a beavatkozások meghatározására (pl. járvány elkerülése), mely betegség(ek)nek van népegészségügyi jelentősége. Mivel minden lehetséges állapotot valahova be kell tudni sorolni, ezért lehetőség van az „egyéb meghatározott” és a külön megjelölés nélkül (k.m.n.) valamint a máshova nem osztályozott (m.n.o) kategória használatára is.

#### **4.2. A BNO FELÉPÍTÉSE**

A BNO kódrendszer hierarchikus felépítésű, melynek legfelső szintjét a főcsoportok képezik. A főcsoportok alatt nagyobb egységek találhatók, az ún. BNO csoportok, melyek háromkarakteres tételek, a nemzetközi egészségügyi statisztikai adatgyűjtéshez szükségesek. A további osztást, vagyis az ún. négykarakteres tételeket már nem veszik figyelembe a nemzetközi statisztikák, a további aláosztási szint pedig nemzeti aláosztást szolgálja.

A BNO kategóriákhoz szöveges leírást csak a pszichiátriai betegségeknél találunk, míg más esetekben az egyes betegség, illetve betegségcsoportokhoz tartozó kódokhoz tartozik szöveges leírás.

(pl.: F07.8 Egyéb meghatározott személyiség- és viselkedészavar, amit a központi idegrendszer működészavara, sérülése és betegsége okozott).

Az orvosi nyelvhasználat mellett latin és magyar szövegezés keveredik, egyes szöveges megnevezésnél a kivételek megadása is megtörténik,

(pl.: M76 Az alsó végtag enthesopathiái, kivéve a lábfejet).

Vannak olyan kategóriák is, amelyek anatómiai kifejezéseket tartalmaznak.

(pl.: M79.4 Az infrapatelláris zsírpárna hypertrophiája).



A csoport és főcsoport szintű szabályok mellett globális szabályok is léteznek, amelyek a kódrendszer használatának, a BNO alapú morbiditási (megbetegedési) és mortalitási (halálozási) statisztikák elkészítésének a szabályai.

### **BNO verziók száma**

Jelenleg a BNO X. verzió használatos, amely a IX-es verzióhoz képest számos újítást hozott: A tizedik revízióra vonatkozó javaslatok legfőbb újítása az alfa numerikus kódrendszer használata, amelynek értelmében a négykarakteres szinten egy betű és három szám szerepel. Ennek köszönhetően a kódoláshoz használt keret több mint kétszeresére bővült, így lehetőséget biztosítva betűk, vagy betűcsoportok, főcsoportokhoz való rendeléséhez. A WHO által közzétett eredeti BNO 10, három kötetben, könyv alakban jelent meg.

Az első kötet a teljes rendszerre vonatkozóan ad eligazítást, szöveges leírás és szabályok mellett morfológiai kódokat is tartalmaz.

A második kötet vagy szabálykönyv a kódrendszer használatát, a mortalitási és morbiditási statisztikák készítésére vonatkozó szabályokat tartalmazza.

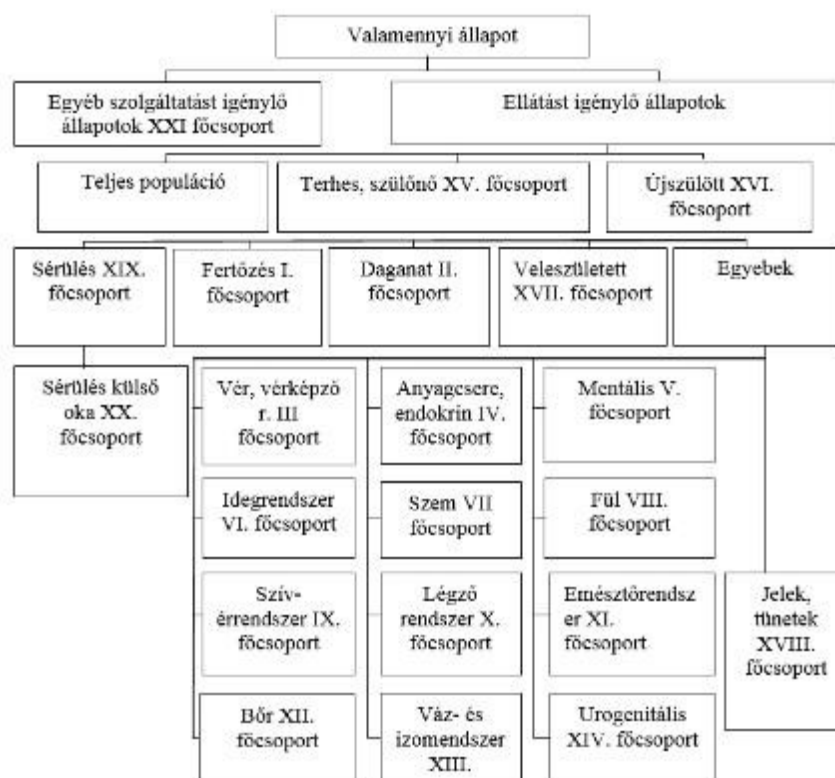
A harmadik kötet ábécé sorrendbe rendezetten a betegségek megnevezésének felsorolása, mellette pedig a kódok is megjelennek.

A BNO X. 21 főcsoportot tartalmaz, amelyek részletes bemutatása az alábbi táblázatban kerül szemléltetésre.

<b>Sorszám</b>	<b>Főcsoport megnevezés</b>	<b>BNO kód</b>
I. főcsoport	Fertőző és parazitás betegségek	A00–B99
II. főcsoport	Daganatok	C00–D48
III. főcsoport	A vér és a vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos betegségek	D50–D89
IV. főcsoport	Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek	E00–E90
V. főcsoport	Mentális- és viselkedészavarok	F00–F99
VI. főcsoport	Az idegrendszer betegségei	G00–G99
VII. főcsoport	A szem és függelékeinek betegségei	H00–H59
VIII. főcsoport	A fül és a csecsnyúlvány megbetegedései	H60–H95
IX. főcsoport	A keringési rendszer betegségei	I00–I99
X. főcsoport	A légzőrendszer betegségei	J00–J99
XI. főcsoport	Az emésztőrendszer betegségei	K00–K93

XII. főcsoport	A bőr és bőralatti szövet betegségei	L00–L99
XIII. főcsoport	A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	M00–M99
XIV. főcsoport	Az urogenitális rendszer megbetegedései	N00–N99
XV. Főcsoport	Terhesség, szülés és a gyermekágy	O00–O99
XVI. Főcsoport	A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok	P00–P96
XVII. Főcsoport	Veleszületett rendellenességek, deformitások és kromoszóma abnormitások	Q00–Q99
XVIII. Főcsoport	Máshová nem osztályozott tünetek, jelek és kóros klinikai és laboratóriumi leletek	R00–R99
XIX. Főcsoport	Sérülés, mérgezés és külső okok bizonyos egyéb következményei	S00–T98
XX. Főcsoport	A morbiditás és mortalitás külső okai	V01–Y98
XXI. Főcsoport	Az egészségi állapot és egészségügyi szolgáltatókkal való kapcsolat befolyásoló tényezők	Z00–Z99

4/4. táblázat: A BNO kódrendszer felépítése [50]



4/2. ábra: Nitsuwat és Paoin ábrája a BNO főcsoportbeosztásról [51]

### **4.3. Az egyes főcsoportok szövegszerű ismertetése**

#### **I. Fertőző és parazitás betegségek**

A főcsoport az élő kórokozók által kiváltott betegségeket tartalmazza, belső szerkezete kórokozók alapján épül fel: baktériumok, vírusok, paraziták. Többnyire a járványtani szempontból jelentős elváltozásokat okozó kórokozókat tartalmazza a főcsoport. Másodlagosan, szervi lokalizációval is találkozhatunk, ugyanis a kórokozók jelentős része meghatározott szervekben okoz elváltozást.

#### **II. Daganatok**

Osztályozásuk aszerint történik, hogy jó-, vagy rosszindulatú daganatról esik-e szó (dignitás). A dignitás osztályozása után a daganat lokalizációjának meghatározása következik.

#### **III. A vér és vérképző szervek betegségei és az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek**

A beosztás a véralkotó elemek szerint történik (véresejtek, véralvadási faktorok, immunsejtek és immunfehérjék). A főcsoport jelentős része a különböző vérszegénységi formákat is tartalmazza

#### **IV. Endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek**

Először a különböző belső elválasztású mirigyek-az általuk termelt hormonokkal kapcsolatos- megbetegedéseit, majd a táplálkozási és anyagcsere betegségeket tárgyalja a főcsoport. A beosztás legrészletesebb részét a cukorbetegséggel összefüggésbe hozható kategóriák képezik.

#### **V. Mentális és viselkedés zavarok**

A főcsoportban a különböző mentális funkciók szerint történik az egyes kórképek csoportosítása, valamint kóroki szempont szerint is megjelennek azok. A kórképekkel kapcsolatos hiányos információkból kifolyólag a BNO tételekhez szöveges leírás is tartozik.

#### **VI. Az idegrendszer betegségei**

A főcsoport tartalmazza az idegrendszer megbetegedéseinek különböző csoportjait kezdve a központi idegrendszert érintő betegségektől egészen az idegek, ideggyökök és plexus rendellenességekig.

## **VII. A szem és függelékeinek betegségei**

Az osztályozás a szemhéj, a könnyszervek és a szemgödör megbetegedéseivel kezdődik, majd ezeket követi a szem kisebb struktúráinak (pl.: szemlencse) elváltozásai. A csoportosítás külön taglalja a szem ér-, és idegpályáinak, a szemet mozgató izmok megbetegedéseit, valamint a különféle látászavarok és a vakság hátterében lévő okait.

## **VIII. A fül és a csecsnyúlvány megbetegedései**

A főcsoport a külső fültől kezdődően a középfül és csecsnyúlvány, a belső fül, valamint a fület érintő egyéb betegségekig tartalmaz osztályozásokat

## **IX. A keringési rendszer betegségei**

Részletesen foglalkozik a különféle keringési megbetegedések-, valamint az ereket érintő elváltozások csoportosításaival.

## **X. A légző rendszer betegségei**

A főbb csoportokat a felső-, és alsó légutak, a mellhártya elváltozásai alkotják, jelentős terjedelmű még a külső tényezők okozta tüdőbetegségekkel kapcsolatos csoportosítások.

## **XI. Az emésztőrendszer betegségei**

Igen tág csoportbeosztásokat tartalmaz a főcsoport, ugyanis az emésztőrendszer struktúrái kiegészülnek a szájüreget és az állcsontot érintő elváltozásokkal, valamint a sérvek különféle fajtáival.

## **XII. A bőr és bőralatti szövet betegségei**

A főcsoport többek között tartalmazza a bőr és bőralatti szövetek fertőzéséről, gyulladásáról, sugárkárosodásairól szóló osztályozásokat.

## **XIII. A csont-és izomrendszer és kötőszövet betegségei**

Részletesen foglalkozik az ízületek-, a kötőszövet-, a gerinc struktúráinak, valamint a lágyrészek bántalmaival. Ezen kívül a csontot-, illetve porcot érintő elváltozások csoportosításával.

#### **XIV. Az urogenitális rendszer megbetegedései**

A főcsoport tartalmazza a vese -, a húgyrendszer-, a férfi, valamint női nemi szervek betegségein túl az emlő-, a női nem medencei szerveinek gyulladással és egyéb megbetegedéseit.

#### **XV. Terhesség, szülés és a gyermekágy**

Vegyes osztályozást találunk aszerint, hogy a kórállapot az anyával, vagy a magzattal van-e összefüggésben, valamint a terhesség, vajúdás, szülés, gyermekágy folyamat aktuális szakasza szerint

#### **XVI. A perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok**

A kóros, korfolyamat, illetve szervrendszerek szerinti beosztások vegyesen találhatóak meg a főcsoportban.

#### **XVII. Velezületett rendellenességek, deformitások, és kromoszóma abnormitások**

A betegségek az érintett szervrendszer, illetve a szervek szerint kerültek rendszerezésre, a kromoszóma rendellenességek pedig külön csoportot alkotnak.

#### **XVIII. Máshová nem osztályozott tünetek, jelek és kóros klinikai és laboratóriumi leletek**

A főcsoport tartalmazza a lokalizáció szerinti, (keringés-légzés, emésztőrendszer, bőr, ideg- izom-csontrendszer, húgyrendszer) a funkcionalitás szerinti, (percepció, magatartás, érzélem, beszéd), majd a vizsgáló eljárások szerinti csoportosításokat.

#### **XIX. Sérülés, mérgezés és külső okok bizonyos egyéb következményei**

A fő osztályozási szempont a sérülés típusa, lokalizációja. Külön csoportot képeznek az égések, mérgezések, valamint a sérülések maradványállapotai.

#### **XX. A morbiditás és mortalitás külső okai**

A csoportosítás a sérülések körülményeit osztályozza. A BNO IX. verziójában még kiegészítő osztályozásnak tekintették.

## **XXI. Az egészségi állapotot és az egészségügyi szolgáltatókkal való kapcsolatot befolyásoló tényezők**

Azokat a helyzeteket osztályozza, amelyekben az egészségügyi ellátást nem betegség miatt veszi valaki igénybe (általános kivizsgálás) [52]

### **4.4. A BNO kódrendszer használata**

A BNO kódrendszer számos tevékenységet szolgál ki az általa nyújtott információknak köszönhetően. Használata többek között kiterjed az egészségügyi intézmények finanszírozási folyamataira, valamint, népegészségügyi statisztikák készítésére is. A hatályos BNO kódrendszert hagyományosan az egészségbiztosító kezeli (OEP, gyógyinfok) Az egészségügyi szolgáltatóknak teljesítményük ellenőrzéséből, illetve a biztosító felé történő teljesítmény elszámolásából fakadóan folyamatos kódolási tevékenységet kell végezniük, amely a kódoló adminisztrátorok feladata, szorosan együttműködve az osztály orvosaival. A kódolási folyamat során meghatározásra kerül az egy ellátási eseményhez tartozó BNO kód(ok), amelyek megfelelnek a beteg megismert állapotának. Ehhez a kódolás során a betegdokumentációban rögzített diagnózis(ok) nyújt támpontot, amely mind az ambuláns-, mind a fekvőbeteg szakellátási esetről szóló adatlapon megtalálható.

Ezt követi a betegségek besorolása, ennek során kell eldönteni melyik főcsoportba tartozik a betegség. Általános szabály, ha több főcsoport jön szóba, akkor a szervrendszeri besorolás csak akkor indokolt, ha más megfelelő nem áll rendelkezésre (pl. vastagbélrák nem emésztőszervi, hanem daganatos főcsoportba kerül).

Ezt követően a kategória rögzítése történik, vagyis a szöveges megnevezés helyett kvázi numerikus adat kerül rögzítésre (konverzió). Ezután a főbetegség kiválasztása, illetve egyéb „címkézés” meghatározása történik pl. halálozás esetén az alapbetegség, közvetlen halálok, szövődmények, kísérőbetegségek megjelölése szükséges. A címkézés részletes szabályai változnak, ezeket naprakészen kell követni.

A kódolási folyamatban előfordulhatnak hibák, amelynek hátterében számos tényező állhat. A szolgáltató részéről elvégzett tevékenységeket külön adatlapon rögzítik, majd ezeket összesítve jelentést készítenek az egészségbiztosító felé. Az elkészített jelentések azonban nem minden esetben egyeznek meg az egészségbiztosító által ellenőrzöttekkel, mivel gyakori a szolgáltatók részéről, mind a felül-, mind az alulkódolás lehetősége. További hibaforrás lehet még az esetek rögzítésében bekövetkező hiba, melyek esetén a biztosító visszatartja az adott teljesítményért járó forintösszeget. A hibalisták hátterében

általában kódolási hibák, fekvő-járó, a fekvő-fekvő összefuttatások, valamint a garanciaszabály áll.

Annak érdekében, hogy a szolgáltatók minél pontosabban el tudják számolni teljesítményüket az egészségbiztosító felé, szükséges a jogszabályok pontos ismerete, illetve azok nyomonkövetése. Elterjedt, hogy a szolgáltatók szerződést kötnek bizonyos tanácsadó cégekkel, amelyek segítik a szolgáltató kódolási munkáját akár a munkatársak szellemi tőkéjének „értékesítésével” (pl.: konzultációk), akár a rendelkezésükre bocsátott szoftver segítségével

#### **4.5. A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)**

Az Funkcióképességek Nemzetközi Osztályozásának (FNO) rendszerét a WHO dolgozta ki International Classification of Functioning, Disability and Health néven, azzal a céllal, hogy egységes nyelvet biztosítson az egészség és az egészséghez kapcsolódó állapotok minősítéséhez. Hasonlóan a fent említett két kódrendszerhez, számokkal és betűkkel, különböző szempontok szerint osztályozza az egészségi állapotot, amelynek során meghatározhatóvá válnak mind az egészség-, mind a jóllét, egészséghez kapcsolódó résztartományai. Ezek a résztartományok két alaplistában szerepelnek mind az egyén-, mind a társadalom aspektusából (1. Testi funkciók és struktúrák, 2. Tevékenységek és részvétel). A kezdeti, 1980-as formától -,a betegségek következményeinek osztályozásától-” a rendszer elmozdult az „egészség elemeinek” osztályozása irányába. A funkcióképesség és a fogyatékoság is gyűjtőfogalom, minden testi funkciót, tevékenységet és részvételt, illetve károsodást, tevékenységben történő akadályozottságot, vagy részvételi korlátozottságot szerepeltet. Az osztályozási rendszer felsorolja azokat a környezeti tényezőket, amelyek kölcsönhatásban állnak a fent említett besorolási elemekkel, ennek következtében lehetőséget teremt a felhasználónak a funkcióképesség és fogyatékoság mértékének értékelésére. Az FNO, mint osztályozási rendszer kategorizálja a kóros egészségi állapottal élni kényszerülő személyekhez kapcsolódó résztartományokat (egy adott kóros egészségi állapot megléte esetén mit tesz, vagy mit képes megtenni a személy). Az FNO kódrendszer a szabványosított formából fakadóan lehetőséget biztosít a különböző szakterületek, illetve tudományágak képviselői számára, hogy különböző egészségügyi szolgáltatásokat tudjanak összehasonlítani, valamint meg tudják vitatni az egészségi állapot egyes faktorait. [53] A BNO kódrendszer legfőképpen a kóros egészségi állapotok diagnózisát írja le, addig az FNO segítségével a betegséghez társult funkcióképességről nyerhető bővebb információ. Mindezek értelmében a BNO-, és az FNO kódrendszer kiegészítik egymást, alkalmazásuk együtt ajánlatos [54]. A

kódrendszereknek a döntéshozatalban is szerepük lehet az egyén, vagy csoportok egészségi állapotáról kapható átfogó ismeretekből eredően. Ezen osztályozások (BNO, FNO) eredményei egymással kombinálhatók, melynek segítségével monitorozható az egészségi állapot, továbbá vizsgálható a morbiditás és a mortalitás háttérében lévő sajátosságok megoszlása is. A kódrendszer az információkat két főfejezetre bontja: az első főfejezet a funkcióképességgel és a fogyatékkal, míg a második főfejezet a kontextuális tényezőkkel foglalkozik. Az első főfejezet a test rendszereinek funkcióit, valamint a testi struktúrákat osztályozza. A fejezetek felépülése a test rendszerei szerint történik. A tevékenységek és részvétel azon résztartományokat tartalmazza, amelyek egyfelől egyéni, másfelől társadalmi szempontból írják le a funkcióképesség egyes vetületeit. A kontextuális tényezők főfejezet a környezeti tényezők felsorolásával kezdődik, amely a funkcióképesség és a fogyatékoság minden elemére hatnak. A környezeti tényezők az egyén környezetétől a tágabb környezetig, sorban épülnek egymásra. Az FNO osztályozási rendszerről általánosan elmondható, hogy alkalmazása egyetemes. [55] Az FNO-nak két, egymástól eltérő részletezésű változata készült el, amelynek teljes változata négykaraktes részletezésben tartalmazza az osztályozásokat. Ez azonban egy magasabb szintű osztályozási rendszerbe tömöríthető, amely a résztartományokat a második karakterig tartalmazza. Ezt, az FNO rövid változatának nevezzük. Az alábbi táblázat bemutatja az FNO kódrendszer osztályozását, illetve az osztályozás fejezetcímeinek listáját.

<b>Testi funkciók</b>	<b>Megnevezés</b>	<b>Kód</b>
1. fejezet	Mentális funkciók	b110-b199
2. fejezet	Érzékelési funkciók és fájdalomérzékelés	b210-b299
3. fejezet	A hangadás és a beszéd funkciói	b310-b399
4. fejezet	A cardiovascularis, a vérképző, az immun- és a légzőrendszer funkciói	b410-b499
5. fejezet	Az emésztőrendszer, az anyagcsere és az endokrin rendszer funkciói	b510-b599
6. fejezet	Húgy-ivarrrendszeri és szaporodási funkciók	b610-b699
7. fejezet	Ideg-, csont-és izomrendszeri, valamint mozgáshoz kapcsolódó funkciók	b710-b799
8. fejezet	A bőr és a bőrfüggelék funkciói	b810-b899



<b>Testi struktúrák</b>	<b>Megnevezés</b>	<b>Kód</b>
1. fejezet	Idegrendszeri struktúrák	s110-s199
2. fejezet	A szem, a fül és a hozzájuk kapcsolódó struktúrák	s210-s299
3. fejezet	A hangadásban és a beszédben részt vevő struktúrák	s310-s399
4. fejezet	A cardiovascularis, az immun-és a légzőrendszer struktúrái	s410-s499
5. fejezet	Az emésztőrendszerhez, az anyagcseréhez és az endokrin rendszerhez kapcsolódó struktúrák	s510-s599
6. fejezet	A húgy-és ivarrendszeri és a szaporodási rendszer struktúrái	s610-s699
7. fejezet	A mozgáshoz kapcsolódó struktúrák	s710-s799
8. fejezet	A bőr és a hozzá kapcsolódó struktúrák	s810-s899
<b>Tevékenységek és részvétel</b>	<b>Megnevezés</b>	<b>Kód</b>
1. fejezet	Tanulás és az ismeretek alkalmazása	d110-d199
2. fejezet	Általános feladatok és elvárások	d210-d299
3. fejezet	Kommunikáció	d310-d399
4. fejezet	Mobilitás	d410-d499
5. fejezet	Önellátás	d510-d599
6. fejezet	Élet otthon	d610-d699
7. fejezet	Személyközi viszonyok és kapcsolatok	d710-d799
8. fejezet	Fő életterületek	d810-d899
9. fejezet	Közösségi, társadalmi és magánélet	d910-d999
<b>Környezeti tényezők</b>	<b>Megnevezés</b>	<b>Kód</b>
1. fejezet	Termékek és technológia	e110-e199
2. fejezet	Természetes környezet és emberi beavatkozással létrehozott változások a környezetben	e210-e299
3. fejezet	Támaszok és kapcsolatok	e310-e399
4. fejezet	Attitűdök	e410-e499
5. fejezet	Szolgáltatások, rendszerek és szabályozások	e510-e599

4/5. táblázat: Az FNO kódrendszer

## 5. FINANSZÍROZÁSI KÓDOK (OENO, HBCS) (ENDREI DÓRA, PÓNUZS RÓBERT)

### 5.1. Bevezetés – a finanszírozási kódok jelentősége

A kódrendszerek egészségügyben történő bevezetését kezdetben statisztikai-epidemiológiai célok indokolták, azonban ekkor még nem voltak számítógépek. A kódrendszerek alkalmazását a betegek egyre összetettebb állapota tette indokolttá, amelyek alapján az egyedi azonosítás megvalósíthatóságára törekedtek. Napjainkban a különböző kódrendszerek létjogosultságát az azonosítás mellett szóló egyértelműség és az adatok kezeléséhez szükséges feldolgozhatóság indokolja. A fejezet részletesen foglalkozik a Magyarországon legfőbb jelentőséggel bíró finanszírozási kódrendszerek – HBCS, BNO, OENO, FNO - ismertetésével.

### 5.2. Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozási Rendszere (OENO)

A különféle orvosi eljárások azonosítására Magyarországon az OENO kódrendszert alkalmazzák, mely a (WHO) által kidolgozott, International Classification of Procedures in Medicine (ICPM) nevet viseli. Az eredeti kiadványt a WHO 1978-ban adta ki, amely ekkor még kísérleti verzióként létezett. Ennek célja volt, hogy a különböző országok tapasztalatait figyelembe véve készítsék el a végleges kiadást.[56] Mivel ez nem valósult meg, ebből kifolyólag kikerült a WHO programjából. Az utóbbi időben kezdetét vette az International Classifications of Health Interventions, (ICHI) nemzetközi beavatkozási kódrendszer összeállítása. Magyarországon - hasonlóan más országokhoz - nemzeti változatot hoztak létre az orvosi tevékenységek osztályozására. Hazánkban- annak függvényében, hogy a járó-, vagy fekvőbeteg-szakellátásra vonatkozik,- két beavatkozási kódrendszer is készült, melyek az egészségügyi szolgáltatások, egészségbiztosító felé történő elszámolási-, és finanszírozási tevékenység alapját képezik. A különféle ellátásokhoz kapcsolódó kódok jegyzékét, elektronikus formában a Gyógyinfok biztosítja. A rendszer fejlesztése, létrehozása során törekedtek arra, hogy elkerüljék a diagnosztikus kijelentéseket- azok leírása BNO kódokkal történik. Az OENO kódrendszer értelmezési tartományát a különféle orvosi tevékenységek adják. Ezen kívül lehetőséget biztosít a nagyértékű eszközök azonosítására, melyek finanszírozása utólag, számlák alapján történik.[57] A kódrendszer értelmezési tartományát öt számjegyű numerikus kódok alkotják. Az alfabetikus karakterek csak az egyes beavatkozások során használt nagy értékű eszközök azonosítását szolgálják. Az 5/2. táblázat bemutatja az OENO kódrendszer

tartományait, az 5/3. táblázat pedig az OENO kódok felépítését és az egyes beavatkozások, vizsgálatok után elszámolható németpontok mennyiségét.

<b>Vizsgálatok, beavatkozások</b>	<b>Kódtartomány</b>
vizsgálatok, diagnosztikus eljárások	10000-19999
klinikai laboratóriumi, patológiai vizsgálatok	20000-29999
radiológiai és képalkotó vizsgálatok	30000-39999
megelőzési-szűrési eljárások	40000-49999
invazív terápiás eljárások	50000-59999
az OENO elkészítésekor nem került kidolgozásra	60000-79999
az eredeti (WHO) verzióban gyógyszerek szerepeltek ebben a tartományban	
egyéb terápiás eljárások	80000-89999
egyéb eljárások	90000-99999

5/6. táblázat: Az OENO kódlista tartományai

*forrás: OEP-FIFO*

<b>Kód</b>	<b>Tevékenység megnevezése</b>	<b>Pont</b>
11011	Elsősegély	176
11041	Vizsgálat	750
21057	Tumor nekrosis faktor alfa (TNF-alfa) meghatározása	1 610
31312	Mellkasfelvétel, kétirányú	923
34461	Medence CT vizsgálata iv. kontrasztanyag adását követően	10 137
42110	Csípőficam szűrés	141
42400	Mammográfiás szűrés	2 957
53416	Mediastinoscopia collaris sec. Carlens	1 840
54490	Endoscopos polypectomia a felső tápcsatornában	20 655
81020	Idegentest eltávolítás szemhéjból, orbitából	291
8888H	Regionális anaesztézia	227

5/7. táblázat: Az OENO kódrendszer felépítése

*forrás: OEP-FIFO*

### 5.3. Homogén Betegség Csoportok (HBCs)

#### Történeti áttekintés

Magyarországon, az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának alapját a Homogén Betegség Csoportok (továbbiakban: HBCs) képzik. A hazai kategóriarendszer ismerve, hogy az amerikai, Diagnosis Related Groups (DRG) rendszerre épül,- ennek hazai adaptációja volt érvényben- azonban a fejlesztési folyamatok során a rendszer adaptálása a magyar, aktív fekvőbeteg szakellátás sajátosságaihoz történt. Ez nem kizárólag magyar sajátosság, más országok esetén is nemzeti variációk kerültek kidolgozásra (pl.: Health Related Groups, HRGs, Egyesült királyság). A DRGs rendszer alapját a Yale Egyetemen (Egyesült Államok) fektették le az 1970-as években, azzal a céllal, hogy az ellátások minőségét monitorozni tudják, egy évtizeddel később már, 1983-tól kezdve a Medicare finanszírozási rendszerhez tartozó kórházakban finanszírozási céllal használták.[58]

A magyar HBCS rendszer 1993. július 1-jén került bevezetésre, mint kórházi tevékenységi kódolási és finanszírozási eszköz, azonban a rendszer kezdete jóval régebbre nyúlik vissza, mivel a bevezetést hosszú előkészítő munka előzte meg. Az előkészítő munka szerves részét képezte az adatgyűjtési rendszerek kiépítése, a költségadatok elemzése, valamint a betegségcsoportok kialakítása. A rendszer történetében kiemelendő három szakasz, amely lehetővé tette azt, hogy napjainkban egységes formában történjen a különböző progresszivitási szinten lévő intézmények teljesítményének elszámolása *(a magyar HBCS rendszer egyes állomásait az 1. táblázat szemlélteti)*.

1. Az első szakasz az 1993-1997 közötti évekre tehető, ez volt a díjkiegyenlítődési fázis. Ekkor még az egészségügyi intézmények eltérő HBCS alapidíjjal lettek finanszírozva (forint/súlyszám). Ez, az 1980-as, 1990-es évek elején tapasztalt eltérő intézményi költségvetési pozícióból fakadt, ugyanis a korábban felülfinanszírozott intézmények gazdaságilag ellehetetlenültek volna az egységes alapidíj azonnali bevezetése esetén.
2. A második szakaszt az országosan egységes alapidíj bevezetése jellemezte. A korábban jellemző, intézménycsoport specifikus forint/súlyszám térítési díjak helyébe az országosan egységes alapidíjak kerültek. Ezen díjak közös jellemzője, hogy előre meghirdetésre kerültek, így az intézményi menedzsmentek költségvetés-tervezése is könnyebbé vált.
3. A harmadik szakasz a Teljesítmény Volumen Korlát (továbbiakban: TVK) bevezetését követően kezdődött el, 2004-ben. Ennek értelmében, a korábban kihirdetésre került országosan egységes alapidíj módosításra került, ugyanis a meghatározott TVK

mennyiségen felül (ezt súlyszámban közlik az egyes intézmények részére) a szolgáltatók többletteljesítményét már nem az alapdíj 100%-ával téríti a biztosító.

### **A HBCs jellemzői**

A HBCs egy olyan klasszifikációkra épülő kódrendszer, amely az ellátási eseteket BNO-, és OENO kódok alapján sorolja egyes osztályokba. A besorolás alapját képezi, az azonos teljesítményértékű ellátási esetek orvosi szempontból is elfogadható csoportja. Ennek értelmében a betegségek az ellátásukhoz szükséges szakmai tudás és a költségigényesség alapján sorolódnak be az egyes csoportokba. A szolgáltatók minden hónapban jelentést készítenek az általuk ellátott betegek adatairól, ezt követően az egészségbiztosító az ellátottakat egyes HBCS-kbe sorolja be, amely a következő tényezőket veszi figyelembe: ápolást indokoló fődiagnózis, a fődiagnózis által indikált beavatkozások, fődiagnózishoz társult betegség (ek) (szövődmény, kísérő betegség), beteg életkora, valamint további sorsa.[59] Az egészségügyi szolgáltatók tevékenységét mind az esetek száma, mind azok összetétele befolyásolja. A HBCS rendszer kialakítása során az egyes súlyszámokat a működési költségek mértékének alapján határozták meg, az amortizációs költségeket azonban nem vették figyelembe. (A kétcsatornás finanszírozás koncepciója szerint a tőkeköltségeket az intézmény tulajdonosoknak kell fedezniük.)

### **Az aktív fekvőbeteg ellátási esethez tartozó fogalmak**

#### *Alsó-felső határnap*

Az adott HBCS kezeléséhez szükséges ápolási idő minimális és maximális értéke. A két érték közötti időszak során az egészségügyi intézmény a teljes HBCS súlyszámért járó díjra jogosult. Az alsó határnapnál rövidebb ápolási esetek esetén rövid-, míg a felső határnap meghaladása esetén hosszú ellátási esetként történik az egyes esetek finanszírozása.

#### *Rövid ellátási eset*

Az eset ellátásának időtartama nem éri el az előre meghatározott alsó határnapot, így az adott HBCS-re vonatkozó ellátási díj sem számolható el. Ebben az esetben a finanszírozó a HBCS aktuális díja és a normatív ápolási idő hányadosaként meghatározott, az adott betegcsoportra érvényes egy napi díj és a tényleges ápolási idő szorzatának megfelelő összeget folyósítja.

### *Hosszú ellátási eset*

Az egészségügyi intézmények számára biztosítva van a lehetőség a tartós jellegű ápolásra. Amennyiben az adott eset ápolási ideje meghaladja az adott HBCS felső határnapját, de a beteg további ápolásra szorul, úgy elszámolható az adott HBCS teljesítése során járó súlyszám összeg. Valamint a felső határnapot meghaladó ápolási napok száma utáni napidíj, amely a krónikus alapidíj 75%-a (hosszú nap x krónikus alapidíj x 0,75), intenzív ellátás során pedig annak négyszerese (intenzív hosszú nap x krónikus alapidíj x 4).

### *Normatív ápolási idő*

Az adott ellátási eset időtartama az adott HBCS esetén meghatározott alsó és felső határnap közötti. A szolgáltató az adott HBCS ellátására meghatározott súlyszámot számolhatja el a finanszírozó felé.

### *Eset-összetételi index*

Az eset-összetételi index (Case Mix Index, CMI) a teljesített HBCS-k súlyszámainak súlyozott átlagából képzett mérőszám, melyet kiszámolhatunk akár osztályok, akár intézmények esetén is. A CMI megmutatja a vizsgált egység átlagos teljesítményét. Az egyes HBCS-k esetén minél nagyobb a súlyszám, annál magasabb szakmai felkészültséget, illetve költségigényt jelent az eset ellátása, így ez a CMI számításra is szintén igaz. A progresszív ellátás magasabb szintjein (pl.: egyetemi klinika) jóval magasabban alakul a mérőszám értéke, mind a kevésbé bonyolult eseteket ellátó szolgáltató esetén (pl.: városi kórház).

### *Ápolási idő*

A normatív ápolási időn belül az egészségügyi intézmények az adott HBCS teljesítése esetén járó súlyszámot számolhatják el. Például: „Lányék-,köldök-, comb sérvműtétek 18 év felett” (HBCS 5.0 kód: 281B) betegségcsoport alsó határnapja 1, felső határnapja 25. A két szélsőérték között a szolgáltató ugyanazt a súlyszámot számolhatja el (0,43497), így a kórházak nem érdekeltek a betegek túlápolásában.

### *Standardizált Naphányados (Továbbiakban: SNH)*

Egy intézmény, vagy osztály átlagos ápolási idejét lehet viszonyítani az adott HBCS normatív ápolási idejéhez. E két érték hányadosa adja meg a standardizált naphányadost. Amennyiben az SNH értéke kisebb, mint 1, akkor a vizsgált intézmény átlagos ápolási ideje rövidebb, mint az adott HBCS-hez tartozó normatív ápolási idő, ebben az esetben a kórház nem ápolja túl a betegeit.

### *Ágykihasználtság*

Két fajtát szokás megkülönböztetni: tényleges-, és normatív ágykihasználtság. A tényleges ágykihasználtság esetén az összes teljesített ápolási nap kerül viszonyításra a teljesíthető napokhoz, míg a normatív ágykihasználtság esetén az összes teljesített normatív nap és a teljesíthető napok kerülnek viszonyításra.

Szoros kapcsolat fedezhető fel az SNH és az ágykihasználtság között, ugyanis az azonos profilú és ágykihasználtsággal működő intézmények esetén az végzi költségtakarékosabban munkáját, ahol az SNH alacsonyabb. Ennek segítségével megállapítható, hogy melyik intézmény tartja fent mesterségesen az ágykihasználtságát.

Verzió	Időszak (jogszába)	Érvényesség	Jellemzők
HBCS 1.0	1993.07.01- 1994.06.30. 9/1993. (IV.2.) NM	12 hónap	A legelső hazai verzió. Nem általános érvényű a mütét-BNO kód megfeleltetés
HBCS 2.0	1994.07.01- 1997.02.28 6/1994. (IV.1.) NM	32 hónap	A diagnózisok-mütétek megfeleltetését tartalmazza. 1996. január 1-től változás a BNO 10. verziójának bevezetése miatt. Ez tartalmi változást nem jelentett, így nem lett önálló verzió
HBCS 3.0	1997.03.01- 1997.09.30. 3/1997.(II.13) NM	7 hónap	Jelentős változások a csoport számban, a besorolás tényezőiben és menetében, valamint a szakmailag preferált ellátások kiemelésében
HBCS 3.1	1997.10.01- 1998.03.31. 34/1997.(XI.7) NM	6 hónap	Felső határnapok módosítása a garanciális szabályok megfelelő alkalmazásához
HBCS 3.2	1998.04.01- 1999.04.30. 5/1998. (III.11.) NM	13 hónap	Új csoportok létrehozása szívsebészet, haematológia, tüdőgyógyászat terén
HBCS 4.0	1999.05.01- 2000.05.31. 7/1999.(IV.7) Eü.M.	13 hónap	Alapjaiban új verzió. A besorolási szabályok alapját már nem külföldi DRG rendszerek alkotják
HBCS 4.1	2000.06.01- 2001.03.31. 13/2000.(V.12) Eü.M.	10 hónap	Új csoportok a rövid időtartamú, sürgősségi esetekre.
HBCS 4.3	2001.04.01- 2004.01.31. 7/2001. (III.2.) Eü.M.	34 hónap	Csökkent a kisebb megbetegedések társult betegséggel jelzett csoportjainak száma. Életkor szerint új csoportok a nagyobb költségigényű gyermek és néhány felnőtt HBCS csoportra.
HBCS 5.0	2004.02.01-jelenleg is 3/2004. (I.15.) ESzCsM		Az általagosan 50%-os közalkalmazotti béremelés beépítése. Mütétes HBCS-k preferálása

5/8. táblázat: A hazai HBCS rendszer fejlesztési állomása, Magyarországon



## 6. FEKVŐ ÉS JÁRÓBETEG SZAKELLÁTÁS SZAKMAKÓDOK (LÁNG ATTILA, ENDREI DÓRA)

### 6.1. Történeti áttekintés

A szakmakódokról és azok felépítéséről először a 32/1997. (X. 28.) az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról szóló NM rendelet 1. sz. melléklete tartalmazott információkat. Ezek egy része még ma is használatos. A finanszírozási szerződés és a működési engedély egyaránt kilenc jegyű azonosítóból áll, mely balról jobbra haladva az alábbi kódokat tartalmazza. Az első 2 pozíció a megye azonosítóját tartalmazza, majd ezt követi az intézet sorszáma. Az egyetemek jelölése a 3. pozíción a "4-es" számjegy használatával történik. Az 5. pozíció mutatja az ellátás kódját, mely lehet szám, mint például az 1-es, mely az aktív fekvőbeteg szakellátást fejezi ki, és lehet betűjelzés, mint például a C, amivel a krónikus fekvőbeteg szakellátást jelölik. A 6-7-8. pozíció az egészségügyi szakmai kódjegyzék szerinti jelölésre szolgál. A 9. pozíció (amennyiben szükséges a 8. pozíció is) a szakmán belül az intézet által meghatározott egyedi sorszám, amely az adott egészségügyi szolgáltató konkrét szolgáltató egységét más egységtől eltérő sorszámmal jelöli meg.

A fent ismertetett rendeletet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról szóló 33/2000. (XI. 16.) EüM rendelet módosította. E rendeletben került megfogalmazásra, hogy az egészségügyi szolgáltatókról és az általuk végezhető szakfeladatokról, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtására jogosító működési engedélyekről nyilvántartást kell vezetni. A nyilvántartást az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatnak (a továbbiakban: ÁNTSZ) a szolgáltató működési helye szerint területileg illetékes megyei (fővárosi) intézete (a továbbiakban: megyei intézet), az országos nyilvántartást, mint országos adatkezelő az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (a továbbiakban: OTH) vezeti. Meghatározásra került a nyilvántartás adattartalma is. Ezen felül – a nyilvántartásba vételről és az abban bekövetkezett változásról szóló határidők mellett – módosításra került még azok elektronikusan megküldendő adattartalma is.

A jelenleg is hatályos szakmakódokat az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről szóló - 2/2004. (XI. 17.) EüM – rendelet tartalmazza. A rendelet számos változáson ment keresztül. 2009-ben még szerepelt az \*sze\* jelzés (szakosodott egység), mely jelzéssel ellátott kódok a kizárólag az adott szakmára (tevékenységre) fő profilként szakosodott egység jelölésére voltak alkalmazhatók, az adott szakmai tevékenységre más szakmai megnevezés nem volt

használható. 2011. áprilisában megjelent új szakmaként a szülészet, nőgyógyászat alatt a 0404 szakmakódú intézeten kívüli szülészeti és újszülött ellátás, valamint a 73 betegápolás szakmakód alatt a 7308 szülésznői ellátás (intézeti) és a 7309 intézeten kívüli szülésznői ellátás.

2012. júniusában megszüntetésre került az „sze” jelzés, valamint az összes meglévő egészségügyi szakmák megnevezése és kódja megváltozott. E változás hatására a 2. sz. melléklet sokkal áttekinthetőbbé vált. 2013. decemberében a 0903-as neurológiai rehabilitáció, a 1307 klinikai fogászati higiénia, a 2202 belgyógyászati rehabilitáció, a 2204 nőgyógyászati rehabilitáció és az 5002-es szakmakódú hematológiai laboratóriumi diagnosztika kikerült a listáról. A 2200 Rehabilitációs medicina alaptevékenységek, a 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia, a 7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képesítéssel), a 7106 neuropszichológia, a 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia és a 7311 szakmakódú klinikai fogászati higiénia pedig felkerült a listára. 2014. decemberében a 2203 szakmakódú gasztroenterológia rehabilitáció lekerült a szakmák jegyzékéről.

## **6.2. A szakmakód felhasználási területe, jogszabályi háttere**

A szakmakód az egészségügyi szolgáltatók működési engedélyének kiadásához és működési engedélyük nyilvántartásához szükséges. Az országos adatbázist (a továbbiakban: nyilvántartás) az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (a továbbiakban: OTH) működteti. Az engedélyező hatóság az engedélyezési eljárás során az egészségügyi szolgáltatót és a szervezeti egységeket a nyilvántartó rendszer által szerkesztett azonosítóval látja el. Az azonosító egyedi, ugyanazon egészségügyi szolgáltató esetében más azonosítóra nem cserélhető. A megszűnt egészségügyi szolgáltató azonosítója másik egészségügyi szolgáltatónak nem adható ki. Az azonosító a szolgáltató azonosításán kívül más célra nem használható, és nem váltja fel az államigazgatásban használt egyéb azonosítókat. Az egészségügyi szolgáltató egyedi azonosítóját és a szervezeti egység azonosítóját a működési engedély tartalmazza. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény a működési engedélyezésnek az alapja. Csak az az egészségügyi szolgáltató - a tulajdoni formától és fenntartótól függetlenül - nyújthat egészségügyi szolgáltatást, mely rendelkezik az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott és nyilvántartott működési engedéllyel. A nyilvántartás célja áttekinthető, hiteles kép nyújtása az egészségügyi ellátórendszerrel, a szolgáltatókról, valamint a számukra engedélyezett egészségügyi szakmákról a bekövetkezett változásokról. A nyilvántartás folyamatos működéséért és az egészségügyi szolgáltatók országosan nyilvántartott adatainak elérhetőségéért az OTH a

felelős. Az OTH a nyilvántartás tárgyhavi változásait a tárgyhót követő hónap 15. napjáig - elektronikus formában - küldi meg az Országos Egészségbiztosítási Pénztár részére. Az engedélyező hatóság - új működési engedély kiadása, illetve érvényes működési engedély módosítása során - a szolgáltató adataiban bekövetkezett változásokat átvezeti a nyilvántartásban. Az engedélyező hatóság a nyilvántartás alapjául szolgáló iratokat a nyilvántartásba vétel napjától számított legalább 30 évig megőrzi. Az adatok közérdekűek, melyet az OTH kérelemre, költségtérítés ellenében kiszolgáltat. A nyilvántartás adatait az egészségügyi ágazatért felelős minisztérium, valamint a szakmai kamarák kérelemre térítésmentesen kaphatják meg és használhatják fel, elemzés és külön jogszabályon alapuló nyilvántartás céljából. A Magyar Kórházszövetség és az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete elemzési célból, az országos egészségügyi intézetek tervezési, elemzési és ellenőrzési célból. A közigazgatási szerv, népképviselői szerv, ügyészség, valamint bíróság jogszabályban meghatározott feladatai ellátása céljából, az ÁEEK egészségpolitikai elemzési célból, és az országgyűlési biztosok jogszabályban meghatározott feladataik ellátásának céljából. A fekvő és járóbeteg szakellátás szakmakódjai a működési engedélyben, a finanszírozási szerződésben és az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimum feltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendeletben is megjelennek.

### **6.3. A szakmakódok felépítése, szerkezete**

Csak az az egészségügyi szakma rendelkezhet szakmakóddal, amely meghatározott egészségügyi szakképesítéssel, a jogszabályban meghatározott szakmai (személyi és tárgyi) minimumfeltételekkel ellátható. Ezen szakmák az egészségügyi szakmai kódjegyzékben önálló szakma-kóddal szerepelnek. A szakmai jegyzék alkalmazásánál a kétszámjegyű szakmai kód az egészségügyi szakmai főcsoportot jelöli. A főcsoport alá besorolt négy számjegyű alkódok pedig az engedélyezhető egységen belül önállóan engedélyezhető egészségügyi szakmákat - *0101 angiológia, phlebológia, lymphológia* - jelölik. Más szakmai főcsoportból a külön jogszabály szerint meghatározottak alapján lehet további szakmát engedélyezni az adott szervezeti egységen belül. A -00 végződésű alkódok az adott főcsoport alap szakképesítéseibe sorolható tevékenységek végzésére való általános jogosultságot fejezik ki, a ráépített szakképesítéshez vagy speciális képzettséghez, vizsgálóhoz kötött tevékenységek végzésére az önálló alkóddal megjelölt szakmák szolgálnak. A teljes listát e fejezet 7. sz. melléklete tartalmazza.

#### 6.4. egészségügyi szakmai főcsoportok

Az alábbi fejezetben – az aktuális jogszabály alapján – soroljuk fel az egészségügyi szakmai főcsoportok kódjait, míg a részletes alábontásukat az 1. sz. melléklet tartalmazza.

Kód	szakma	Kód	szakma
01	Belgyógyászat	02	Sebészet
04	Szülészeti-nőgyógyászat	05	Csecsemő- és gyermekgyógyászat
06	Fül-orr-gégegyógyászat	07	Szemészet
08	Bőrgyógyászat	09	Neurológia
10	Ortopédia-traumatológia	11	Urológia
12	Klinikai onkológia	13	Fogászati ellátás
14	Reumatológia	15	Aneszteziológiai és intenzív betegellátás
16	Infektológia	17	Arc-, állcsont-, szájsebészet,
18	Pszichiátria	19	Tüdőgyógyászat (pulmonológia),
20	Plasztikai és égéssebészet	22	Rehabilitációs medicina
23	Gyermek- és ifjúságpszichiátria	25	Foglalkozás-egészségügyi ellátás
26	Sportorvoslás	40	Kardiológia
46	Sürgősségi betegellátás	50	Laboratóriumi diagnosztika
51	Képalkotó diagnosztika és radiológiai terápia: röntgendiagnosztika és –terápia	52	Intervenciós radiológia,
53	Képalkotó diagnosztika és radiológiai terápia: ultrahang-diagnosztika és –terápia	54	Patológia és kórszövettan
56	Speciális terápia	57	Fizioterápia
60	Szövet- és sejtbanki tevékenység	61	Transzfúziológia és véradó szolgálat
62	Mentés és betegszállítás,	63	Háziorvosi ellátás
64	Rend- és honvédelmi alapellátás	65	Nukleáris medicina (izotópdiaagnosztika és terápia),
67	Klinikai genetika (humángenetika),	70	Klinikai farmakológia és intézeti gyógyszerellátás
71	Szakpszichológia	72	Pedagógiai végzettséggel ellátható egészségügyi szakmák
73	Betegápolás	76	Dietetika
79	Védőnői ellátás		
80	Kiegészítő gyógyászati tevékenységek (külön jogszabály alapján meghatározott képesítéssel és tartalommal) - nem konvencionális gyógyászati módok a) orvos által végezhető gyógyászati módok: b) szakképesítéssel végezhető tevékenységek: c) vizsgával záruló képzésben szerzett képesítéssel végezhető tevékenységek.		
93	Honvéderőorvoson és katasztrófa-orvoson	94	Megelőző orvoson és népegészségtan
95	Igazságügyi orvoson	97	Repülőorvoson
GYS	Gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos tevékenységek		

## 6.5. A szakmakódok karbantartása

A szakmák további specializálódása miatt nagy szükség van a szakmakódok karbantartására. Ebben az ÁNTSZ, az OTH és az Egészségügyi Szaktárca mellett az egészségügyi szakmai kollégiumok is igen nagy szerepet vállalnak. E testületek működéséről szóló 12/2011. (III. 30.) NEFMI rendeletben foglaltak alapján a tagozatok - az adott tagozat szakterületének megfelelően - véleményt nyilvánítanak az egészségügy finanszírozási rendszeréről, a kapacitás elosztásokról és a progresszív ellátási szintekről, a szakmai irányelvek bevezetéséről, alkalmazásáról és érvényesüléséről, az egészségügyi szakképzéssel kapcsolatos kérdésekről, az adatgyűjtési rendszerről, a stratégiai fejlesztési kérdésekről és minden olyan kérdéstről, amelyet jogszabály a szakmai kollégium feladatává tesz. A tagozatok a miniszter felkérésére az egészségügy területén bármely egyéb szakmai kérdésben véleményt nyilvánítanak, és ellátják a felkérésben foglalt feladatokat. A tagozat vezetője - a tagozat szakmai véleményének kialakításához - az országos tisztifőorvos vagy az általa megbízott személy, az érintett szakterülettel foglalkozó állandó minőségügyi szakfőorvos, illetve minőségügyi szakterületi vezető, az országos tisztifőgyógyszerész, az országos intézetek, az egészségügyi képzést, illetve szakképzést végző intézmények és a tanácsok szakmai véleményét kérheti, és koordinálja az adott szakmai kérdés egyeztetését. A tagozatok és tanácsok figyelemmel kísérik a szakmai irányelvek érvényességét, továbbá javaslatot tesznek a tartalmukra, és bizonyos esetben elkészítik azokat. Javaslatot tesznek az egészségügyi szolgáltatók szakmai minimumfeltételeire, véleményt nyilvánítanak az új vizsgálati módszerekről és a gyógyító-megelőző eljárások alkalmazásának feltételeiről, koordinálják az adott szakterület adatgyűjtésének kivitelezését, közreműködnek az egészségügyi minőségirányítási rendszer szakmai követelményeinek kidolgozásában. Jelenleg 60 szakmai kollégium tagozata/tanácsa működik 5, 10, 15 fős taglétszámmal.

## 6.6. A szakmakódok megoldandó kérdései

Amint az látható a rendelet számos változáson ment keresztül, ugyanakkor a szakmai lista számos megoldandó kérdést vet fel, ami a fogalmi osztályozás nehézségeire mutat. Nincs igazából tisztázva, hogy mi az, amit szakmának tekintünk. A listában található olyan tétel, amely aligha tekinthető annak. Például a „munkahigiénés tevékenység” már nyelvtanilag is árkodó, hiszen a tevékenység nem nevezhető szakmának. A szakmákat összhangba kell hozni az orvosi szakvizsgák rendszerével. További szakmakódokra lenne szükség, mely elsősorban a gyermekellátás területét érinti. Problémaként tekinthetünk arra is, hogy a felsorolt szakmák közül sok, egy másik általánosabb szakmán belüli specialitás. Ez

egyfajta fogalmi hierarchiához vezet, amit egyes esetekben a kódrendszer le is képez, azzal hogy elkülöníti a „szakmacsoport” és a „szakma fogalmát”. Ilyen például a 04 – Szülészeti - nőgyógyászat, amin belül 0405 – szülészeti és a 0406 – nőgyógyászat szerepel. Nem látszik megoldás arra sem, hogy a gyermek szemészet (0508) a csecsemő- és gyermekgyógyászat (05) alatt szerepel, jóllehet azt a szemészek végzik.

Az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet 2. Sz. Melléklete az alábbiak szerint összegzi a működési engedélyek kiadásának alapjául szolgáló egészségügyi szakmákat és kódjaikat.

## **2. sz. melléklet**

### ***A működési engedélyek kiadásának alapjául szolgáló egészségügyi szakmák és kódjaik jegyzéke***

- 01 *Belgyógyászat*
- 0100 belgyógyászat
- 0101 angiológia, phlebológia, lymphológia
- 0102 haematológia
  - 0112 haemopoetikus őssejt transzplantáció
- 0103 endokrinológia, anyagcsere és diabetológia
  - 0113 endokrinológia
  - 0123 diabetológia
- 0104 gasztroenterológia
- 0105 nefrológia
- 0106 geriátria
- 0109 allergológia és klinikai immunológia
- 0110 dialízis
- 02 *Sebészet*
- 0200 sebészet
- 0202 tüdő- és mellkasebészet
- 0203 érsebészet
- 0204 idegsebészet
  - 0214 gyermek idegsebészet
- 0205 szívsebészet
  - 0215 csecsemő- és gyermekszívsebészet
- 0207 ESWL
- 0208 szerv-transzplantációs sebészet
- 0209 transzplantációs célú szerv-, szöveteltávolítás agyhalottból
- 04 *Szülészeti-nőgyógyászat*
- 0400 szülészeti-nőgyógyászat
- 0403 In vitro fertilizáció (IVF)
- 0404 intézetben kívüli szülészeti és újszülött ellátás
- 0405 szülészeti
- 0406 nőgyógyászat
- 05 *Csecsemő- és gyermekgyógyászat*
- 0500 csecsemő- és gyermekgyógyászat
- 0501 neonatológia
- 0502 PIC
- 0503 csecsemő- és gyermekkardiológia
- 0504 gyermek-tüdőgyógyászat
- 0505 gyermek-gasztroenterológia
- 0506 gyermeksebészet
- 0507 gyermeknőgyógyászat
- 0508 gyermekszemészet

0509 csecsemő és gyermek fül-orr-gégegyógyászat  
0510 gyermekradiológia  
0511 gyermekneurologia  
0515 csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia  
0521 fejlődésneurologia  
*06 Fül-orr-gégegyógyászat*  
0600 fül-orr-gégegyógyászat  
0601 audiológia  
0602 foniátria  
0603 otoneurologia  
*07 Szemészet*  
0700 szemészet  
0701 szaruhártya-átültetés  
0702 transzplantációs célú szaruhártya-eltávolítás agyhalottból  
0703 szakorvosi látásvizsgálat, szemüvegrendelés  
0704 optometria (nem orvosi szakképesítéssel)  
*08 Bőrgyógyászat*  
0800 bőr- és nemibeteg-ellátás  
*09 Neurológia*  
0900 neurológia  
0901 stroke ellátás  
0904 klinikai neurofiziológia  
0905 alvásmedicina  
*10 Ortopédia-traumatológia*  
1000 ortopédia  
1001 gerincsebészet  
1002 traumatológia  
1003 kézsebészet  
*11 Urológia*  
1100 urológia  
1101 andrológia  
1102 urodinamia  
1103 neuro-urológia  
*12 Klinikai onkológia*  
1200 klinikai onkológia  
1201 sugárterápia  
*13 Fogászati ellátás*  
1300 fogászati ellátás  
1301 dento-alveoláris sebészet  
1302 fogszabályozás  
1303 parodontológia  
1304 gyermekfogászat  
1305 iskolafogászat  
1306 fogászati röntgen  
1308 konzerváló fogászat, fogpótlástan  
1309 általános anesztéziában végzett fogászati ellátás  
*14 Reumatológia*  
1400 reumatológia  
1402 fizioterápia  
1404 menopauza és osteoporózis rendelés  
*15 Aneszteziológiai és intenzív betegellátás*  
1501 aneszteziológia  
1502 intenzív ellátás  
1503 fájdalomterápia  
1504 tartós lélegeztetés  
*16 Infektológia*  
1600 infektológia  
1601 AIDS beteg ellátás  
1602 HIV/AIDS szűrés (önkéntes és külön jogszabály alapján kötelező)  
1603 trópusi betegségek ellátása  
*17 Arc-, állcsont- szájszabászat*  
1700 arc-, állcsont-szájszabászat  
*18 Pszichiátria*



1800 pszichiátria  
 1801 addiktológia  
 1804 pszichiátriai rehabilitáció  
 1805 pszichoterápia  
 1806 addiktológiai rehabilitáció  
 19 *Tüdőgyógyászat (pulmonológia)*  
 1900 tüdőgyógyászat  
 1903 tüdőgyógyászati és légzésrehabilitáció  
 1904 tüdőszűrés (ideértve az önálló felvételkészítést is)  
 20 *Plasztikai és égéssebészet*  
 2000 plasztikai helyreállító és esztétikai sebészet  
 2001 égéssebészet  
 2002 gyermek plasztikai és égéssebészet  
 🖱️ 2222 *Rehabilitációs medicina*  
 🖱️ 2200 Rehabilitációs medicina alaptevékenységek  
 🖱️ 2205 gyermek rehabilitáció  
 🖱️ 2206 súlyos agykárosodottak rehabilitációja  
 🖱️ 2207 gerincvelő károsodottak rehabilitációja  
 🖱️ 2208 politraumatizáltak, égésbetegek és szепtikus sebészeti betegek rehabilitációja  
 🖱️ 2209 súlyos központi idegrendszeri károsodottak, polytraumatizáltak és égésbetegek rehabilitációja gyermekkorban  
 23 *Gyermek- és ifjúságpszichiátria*  
 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria  
 2301 gyermek- és ifjúságpszichiátriai rehabilitáció  
 2302 gyermek- és ifjúságaddiktológia  
 2303 gyermek- és ifjúságaddiktológiai rehabilitáció  
 25 *Foglalkozás-egészségügyi ellátás*  
 2501 foglalkozás-egészségügyi alapellátás  
 2502 foglalkozás-egészségügyi szakellátás  
 2503 munkahigiénés tevékenység  
 26 *Sportorvoslás*  
 2602 sportszakorvosi ellátás  
 40 *Kardiológia*  
 4000 kardiológia  
 4003 kardiológiai rehabilitáció  
 46 *Sürgősségi betegellátás*  
 4601 központi ügyelet  
 4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás  
 4603 klinikai toxikológia  
 50 *Laboratóriumi diagnosztika*  
 5000 orvosi laboratóriumi diagnosztika  
 5003 mikrobiológiai laboratóriumi diagnosztika  
     5013 járványügyi mikrobiológiai diagnosztika  
 5006 molekuláris genetikai laboratóriumi diagnosztika  
 51 *Képződiagnosztika és radiológiai terápia: röntgendiagnosztika és -terápia*  
 5100 röntgendiagnosztika  
 5102 mammográfia  
 5103 angiográfiás diagnosztika  
 5108 CT diagnosztika  
 5109 MRI diagnosztika  
 52 *Intervenciós radiológia*  
 5203 vaszkuláris intervenciós radiológia  
 5204 intervenciós onkoradiológia  
 5205 intervenciós neuroradiológia  
 5206 egyéb intervenciós radiológia  
 53 *Képződiagnosztika és radiológiai terápia: ultrahang-diagnosztika és -terápia*  
 5301 teljeskörű ultrahang-diagnosztika  
 5303 echokardiográfia  
 5304 szülészeti és nőgyógyászati ultrahang-diagnosztika  
 5305 gasztroenterológiai ultrahang-diagnosztika  
 5306 szemészeti ultrahang-diagnosztika



5307 neurológiai ultrahang diagnosztika  
 5308 urológiai ultrahang diagnosztika  
 54 *Patológia és kórszövettan*  
 5400 kórbonctan és kórszövettan  
 5401 szövettan, kórszövettan  
 5402 cytológia, cytopatológia  
     5412 tüdő és/vagy pajzsmirigy cytológia, cytopatológia (patológiai szakvizsgára ráépített cytopatológiai szakvizsgával)  
 5403 aspirációs cytológia  
     5413 tüdő és/vagy pajzsmirigy aspirációs cytológia (patológiai szakvizsgára ráépített cytopatológiai szakvizsgával)  
 5404 immunhisztológia  
 5405 neuropatológia  
 5406 halottkezelés és halottkonzerválás (nem orvosi szakképesítéssel)  
 5407 transzplantációs célú szerv-, szöveteltávolítás holttestből  
 56 *Speciális terápia*  
 5603 szén-dioxid gázzal végzett terápia  
 5604 hiperbárikus oxigén terápia  
 57 *Fizioterápia*  
 5700 fizioterápia-gyógytorna  
 5703 hidroterápia  
 5704 elektroterápia  
 5706 balneoterápia (gyógyvíz alkalmazásával végzett eljárások)  
 5707 thermoterápia (meleg- és hideghatású kezelések)  
 5708 magneto-, fototerápia  
 5710 víz alatti gyógytorna  
 5711 gyógytorna  
 5712 gyögmasszázs (gyögmasszőri végzettséghez kötött)  
 5722 fizioterápia/fizioterápia (asszisztensi tevékenységként)  
 60 *Szövet- és sejtbanki tevékenység*  
 6001 szövetbanki tevékenység  
 6002 sejtbanki tevékenység  
 6003 köldökzsinórvér/darab, köldökvérőssejt gyűjtés  
 6013 levétel  
 6023 szállítás  
 61 *Transzfúziológia és véradó szolgálat*  
 6101 transzfúziológia  
 6102 véradószolgálat  
 62 *Mentés és betegszállítás*  
 6200 mentés  
 6201 koraszülöttmentés és -szállítás  
 6203 őrzött betegszállítás  
 6206 betegszállítás  
 6208 rendezvény egészségügyi biztosítása  
 6209 nemzetközi repülőtér egészségügyi biztosítása  
 6210 szervátültetéssel kapcsolatos mentési feladat  
 63 *Háziorvosi ellátás*  
 6301 háziorvosi ellátás  
 6302 házi gyermekorvosi ellátás  
 6303 felnőtt és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás  
 6306 iskola- és ifjúságorvoslás  
 64 *Rend- és honvédelmi alapellátás*  
 6401 rend- és honvédelmi dolgozók ellátása  
 6402 fogvatartottak ellátása  
 65 *Nukleáris medicina (izotópdiagnosztika és terápia)*  
 6500 izotópdiagnosztika  
 6501 radioizotópos terápia  
 6503 PET-CT  
 6504 SPECT-CT  
 67 *Klinikai genetika (humángenetika)*  
 6700 klinikai genetika  
 6701 genetikai tanácsadás  
 6702 biobanki tevékenység (gyűjtés és tárolás)

- 70 *Klinikai farmakológia és intézeti gyógyszerellátás*  
 7001 klinikai farmakológia  
 7002 intézeti gyógyszerellátás (külön jogszabályban foglalt feltételek alapján)
- 71 *Szakpszichológia*  
 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia  
 7104 pszichoterápia (klinikai szakpszichológusi képesítéssel)  
 7106 neuropszichológia  
 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia
- 72 *Pedagógiai végzettséggel ellátható egészségügyi szakmák*  
 7201 logopédia  
 7202 gyógypedagógia (és annak szakágai)  
 7203 konduktori tevékenység  
 7204 gyógyújszás (külön jogszabályban meghatározott képesítésekkel)
- 73 *Betegápolás*  
 7301 szakápolás a foglalkozás-egészségügyben  
 7302 pszichiátriai szakápolás és mentálhigiéné  
 7303 csecsemő- és gyermekszakápolás  
 7304 otthoni szakápolás  
 7305 szakápolás (egészségügyi diplomával és/vagy szakápolói szakképesítéssel külön jogszabályban meghatározottak alapján)  
 7306 felnőtt hospice-palliatív ellátás  
 7307 körzeti közösségi szakápolás  
 7308 szülésznői ellátás (intézeti)  
 7309 intézeten kívüli szülésznői ellátás  
 7310 gyermek palliatív ellátás  
 7311 klinikai fogászati higiénia
- 76 *Dietetika*  
 7600 diétetika
- 79 *Védőnői ellátás*  
 7901 területi védőnői ellátás  
 7902 iskolai védőnői ellátás  
 7903 családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátás  
 7904 anyatejgyűjtő állomás, anyatejgyűjtés
- 80 *Kiegészítő gyógyászati tevékenységek (külön jogszabály alapján meghatározott képesítéssel és tartalommal) - nem konvencionális gyógyászati módok*  
 a) orvos által végezhető gyógyászati módok:  
 8011 homeopátia  
 8012 hagyományos kínai orvoslás (ezen alapuló egyéb technikák)  
 8021 manuálterápia (gyógytornász/gyógytornász-fizioterapeuta által is végezhető)  
 8022 indiai (ájurvédikus) gyógyászati eljárások  
 8023 méregtelenítő módok  
 8032 tibeti gyógyító eljárások  
 8004 pszichológiai eljárások  
 8041 neurálterápia  
 b) szakképesítéssel végezhető tevékenységek:  
 8016 akupresszúra  
 8026 keleti mozgás- és masszázsterápia  
 8036 életmód oktatás és tanácsadás  
 8046 reflexzóna terápia  
 c) vizsgával záruló képzésben szerzett képesítéssel végezhető tevékenységek:  
 8017 kiegészítő fizioterápiás módszerek  
 8037 fitoterápia  
 8047 fülakupunktúrás addiktológiai eljárások  
 8057 kineziológiai módszerek  
 8067 szemtréning eljárások
- 93 *Honvédorvostan és katasztrófa-orvostan*  
 9301 honvédorvostan  
 9302 katasztrófa-orvostan
- 94 *Megelőző orvostan és népegészségtan*  
 9400 megelőző orvostan és népegészségtan  
 9401 sugáregészségtan  
 9402 nemzetközi oltóhely és tanácsadás
- 95 *Igazságügyi orvostan*

9500 igazságügyi orvostan  
9501 igazságügyi pszichiátria  
9502 igazságügyi toxikológia  
9503 igazságügyi pszichológia  
9504 egészségbiztosítási orvostan  
9505 igazságügyi kóronctan (kivéve a szakértői tevékenység)  
9506 igazságügyi genetika  
97 *Repülőorvostan*  
9700 repülőorvostan  
GYS *Gyógyászati segédeszközökkel kapcsolatos tevékenységek*  
GYS1 gyógyászati segédeszköz forgalmazás (önálló üzletben)  
GYS2 gyógyászati segédeszköz forgalmazás (fióküzletben)  
GYS3 gyógyászati segédeszköz forgalmazás (egyedi gyártóműhellyel)  
GYS4 ortopéd cipészet  
GYS5 fogtechnika  
GYS6 gyógyászati segédeszköz kölcsönzés  
GYS7 gyógyászati segédeszköz javítás

## 7. BETEGSÉG REGISZTEREK A NEMZETKÖZI ÉS HAZAI GYAKORLATBAN (GAZSÓ TIBOR)

### 7.1. Betegség Regiszterekről Általánosságban

Az elmúlt évtizedekben a betegségregiszterek eredményességéről, hatékonyságáról országonként eltérő tapasztalattal rendelkezünk. Áttekintve a gyakorlatot megállapítható, hogy a regiszterek adattartalma és elérhetősége nagyban függ attól, hogy mi a célja, milyen területen kívánják az adatokat felhasználni. Ezen hasznosítási jelentőség a legtöbb hazai regiszter esetén vegyesen mutatkozik meg.

Ha a tudományos tevékenységet vizsgáljuk, akkor elsősorban az egészségügyi adatoknak van jelentőségük, a diagnózis mellett a kapott értékeknek. Ezek általában a szakmai regiszterekre jellemzőek, tudományos szempontból a betegcsoport ezirányú nyomonkövetése a cél. Ezen célnak megfelelnek az egészségügyi rendszerek is.

Az adatgyűjtés magasabb szintű nyomonkövetésében már megjelennek a betegutak, a nagyértékű gyógyszerek, eszközök és eljárások adatai is, értékelés céljából. Ezek a finanszírozási regiszterek, melyben az esetenkénti finanszírozási szempontot jelentő adatok is megjelennek, elsősorban a fő diagnózis és a beavatkozások. Ezek a rendszerek hozzájárulnak a hasznosítást, hogy lehetőség van a tételes gyógyszerek alkalmazási adatainak hozzáférésére, valamint újabb ellátásokkal bővíteni a szolgáltatási rendszert.

A vizsgálati eredményekhez képest a morbiditási jellemzők hangsúlyozottabban szerepelnek, melyek longitudinális betegkövetést tesznek lehetővé. Ilyen például a Nemzeti Rákregiszter, hiszen a populáció szintű következtetéshez szükséges adatokat gyűjti, melynek népegészségügyi szempontból kiemelt a jelentősége.

Az 1997. évi XLVII. törvény szabályozza az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelését és védelmét (továbbiakban: Eüatv.). E törvény célja, hogy meghatározza az egészségi állapotra vonatkozó különleges személyes adatok és az azokhoz kapcsolódó személyes adatok kezelésének feltételeit és céljait. Személyes adatot csak törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben és mértékben lehet kezelni. Ezen törvény alapján a betegek által is hozzáférhető regiszterek a betegek önkéntes beleegyezésén alapulnak. Sajátosságuk, hogy az egészségügy felé történő adatbiztosítás mellett a regiszterben szereplő betegek részére is előnyt biztosít. Ezen előnyök, hogy a beteg hatékonyabban bevonható az adott betegségét érintő vizsgálatokba, valamint közvetlen tájékoztatást kap az ellátásának részleteiről, új eljárásokkal, információkkal kapcsolatban. Hazánkban ilyen felhasználási formával rendelkező regiszter nincsen.

A regiszterek külön törvényi védelmet élvező egészségügyi adatokat kezelnek, így a törvényi szabályozásuk, centralizálásuk kiemelten fontos terület az egészségügyben. A jövőben elengedhetetlen lesz, hogy kidolgozásra kerüljenek a regiszterekkel, azokkal kapcsolatos kötelező törvényi eljárások, valamint a jelenlegi szabályozás aktualizálása, a helyenként elavult törvényi hivatkozások frissítése. Jogszabályi háttérrel kell lehetővé tenni a felügyelő szervek számára a hozzáférés rendszeres és automatizált ellenőrzését.

A betegregiszterek lehetőséget adhatnak arra, valamint megteremthetik azokat a támogató szolgáltatásokat, amelyek a betegellátás minőségi jellemzőinek nyomon követését segíthetik, hogy minél több szakmai adat állhasson rendelkezésre mind az ágazat, mind a kormányzat döntéshozóinak részére.

## 7.2. Magyarországi Betegség Regiszterek

Magyarországon a kiemelkedő jelentőségű megbetegedések népegészségügyi fontossága miatt kerültek egyes betegség regiszterek centralizált, jogi szabályozásra. A jogi szabályozási formák eltérőek a különböző betegségek területein, egyesek betegségeket önálló jogszabály taglalja, másokat pedig magasabb jogszabályba beépülő részletszabályozások taglalják. Ezek a Nemzeti Rákregiszter - a Gyermek onkológiai Regiszter -, a Nemzeti Szívinfarktus Regiszter, Haemofilia nyilvántartás, a Ritka betegségek nyilvántartása, a Veszélyes Rendellenességek Országos Nyilvántartása. Az egészségügyi ágazat eleinte ezekben a regiszterekben nem látta a lehetőséget arra, hogy az általuk kapott adatrepresentációk heterogenitást és inkompatibilitást eredményezhessenek. A kutatások során (pilot rendszer) kapott eredményeket követően, a regiszterekben látott lehetőségek reményében kezdődtek meg a jogszabályi kiterjesztések a regiszterek területén. A törvényi szabályozásokkal az egészségügyi jelentési rendszer mérföldkőhöz érkezett, és új távlatokat nyitott meg a regiszterek részére.

A betegség regiszterek a népegészségügyi szempontból kiemelt betegségek kapcsán a beteg diagnózisát, annak megállapításának időpontját általánosságban tartalmazzák, a megbetegedés helyét, leleteit és terápiáját pedig részletesen tartalmazzák. A regiszterekben szereplő kiemelt fontosságú adatok alapján a **betegek számának változása és földrajzi elhelyezkedése is nyomon követhető. Ezen adatok elemzése** segíthet a betegségek okainak kiderítésében, illetve tervezhetővé teszi az orvosi és a szükséges gyógyszerellátást is. A regiszterek azonban nemcsak a megbetegedések alapadatait tartják

nyilván, hanem a folyamatosan frissített adatokkal **követhetik a nyilvántartott betegségek lefolyását és az esetleges mellékhatásokat is.** A regiszterek segíthetnek megállapítani az egyes kezelési módok hatékonyságát is.

A magyar egészségügyben az ellátásra vonatkozó adatok és a minőségi paraméterek folyamatos monitorozása szükséges. Az ellátás minőségét, eredményességét tükröző adatok birtokában lehet csak hatékonyan működő egészségügyi rendszert működtetni. A hazai regisztereknek időtávjukban, céljaikban, finanszírozásukban, jogi környezetükben markánsan el kellene különülnie a gyógyszeripar által meghatározott gyógyszervizsgálatoktól, valamint az egészségügyi szolgáltatók rendszereitől, mert az általuk hozzáférhető adatok sokkal magasabb társadalmi jelentőségűek, hasznosságúak.

Hazánkban a törvényileg szabályozott betegségregisztereken kívül szerződéses keretek között alakultak ki hazai, szakmai jellegű regiszterfejlesztések is, melyek kutatásokhoz (pilot rendszerek) kapcsolódtak. Ezek közül néhány jelenleg is kutatási szakaszban van (pl.: hipertónia e-regiszter), néhányat pedig országos hatókörre sikerült szélesíteni. A Nemzeti Nosocomialis Surveillance (NNSC) az egészségügyi ellátással összefüggő kórházi fertőzések monitorozása céljából végzett nyilvántartás, mely feladata és célja a kórházi epidemiológia tudományos bizonyítékaira támaszkodva folyamatos és rendszeres adatgyűjtés, elemzés, értékelés és információ visszacsatolás.

A regiszterek egy-egy kiemelt betegségre vagy ellátási formára, nagy értékű beavatkozásra, eszközre vagy gyógyszerre vonatkozóan jöttek létre. A következőkben azokat a regisztereket tárgyaljuk részletesen, melyek hazánk népegészségügyi szempontjából a legjelentősebbek.

### **7.2.1. A Nemzeti Rákregiszter**

A Nemzeti Rákregiszter (a továbbiakban: Rákregiszter) szabályozását az egyes daganatos megbetegedések bejelentésének rendjéről 24/1999. (VII. 6.) EüM rendelet szabályozza [60]. A rendelet az intézkedések megtételére felhatalmazását az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 38. §-a (2) bekezdésének *a*) pontjában kapta [61]. A Rákregiszter működtetése az Országos Onkológiai Intézet feladata.

A rendelet részleteiben szabályozza az egyes daganatos megbetegedések megelőzésének, gyógykezelésének, a betegek utógondozásának, valamint – az epidemiológiai vizsgálatok

tervezése, szervezése, irányítása és értékelése céljából – egyes daganatos megbetegedések bejelentésének módját, idejét, a bejelentési kötelezettség teljesítését, a bejelentendő adatok körét.

Az adatszolgáltatási kötelezettség kiterjed az egészségügyi szolgáltatókra, az Országos Egészségbiztosítási Pénztárra (OEP) és a Központi Statisztikai Hivatalra (KSH) is. [62, 63] Az egészségügyi szolgáltató részéről a Nemzeti Rákregiszter [64] számára köteles adatot szolgáltatni minden olyan orvos, aki a daganatos betegség diagnózisát felállítja, kezelését végzi, továbbá, aki szövettani vizsgálatot, boncolást végez vagy azt véleményezi. A daganatos betegség jelentési kötelezettség kiterjed valamennyi egészségügyi szolgáltatónál diagnosztizált vagy ellátott daganatos betegségre, ha a diagnózis – a haláloki diagnózisokat is beleértve – a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (a továbbiakban: BNO) 10. revíziója C00–C97, D00–D09 D30.3, D33 tételeinek bármelyike [65].

A jogszabályban előírt adatszolgáltatási kötelezettség teljesítése érdekében az egészségügyi szolgáltató az 1. sz. melléklet szerinti adatokat továbbítja a Rákregiszter részére. Az adatok rögzítésére és továbbítására a Rákregiszter által biztosított elektronikus programon keresztül van lehetőség. Amennyiben az elektronikus adatszolgáltatásra az egészségügyi szolgáltatónál nincs lehetőség az 1. sz. melléklettől eltérő adatszolgáltatási kötelezettséget szükséges teljesíteni, melynek adattartalmát a 2. sz. melléklet adatlapja tartalmazza. Az adatlapokban foglalt adatok kódolására a rendelet részletes útmutatást ad (3. sz. melléklet), mely a szükséges adatszolgáltatás részletes fogalmi meghatározását is tartalmazza. Azon egészségügyi szolgáltatók, akik patológiai vizsgálatot is végeznek, további külön adattartalommal meghatározott adatszolgáltatásra kötelezettek. Az adatszolgáltatás tartalmazza a szövettani minták vizsgálatát, illetve a boncolások során felismert rosszindulatú daganatos megbetegedések BNO szerinti besorolását is (4. sz. melléklet).

A szabályozás külön rendelkezik a 18 év alatti gyermekkorú személyek adatszolgáltatásáról. A Rákregiszter részére ezen adatszolgáltatásban a megbetegedés felfedezésére, a betegség kiindulására, kiterjedésére és szövettani típusára, prognosztikai faktoraira, a kezelés módjára és eredményességére, illetve a beteg további sorsára, késői utánkövetésére is vonatkozó egészségügyi adatokat, valamint a hozzájuk kapcsolódó, az adatszolgáltatás tárgyát képező személyazonosító adatokat kell jelenteni.

Az adatszolgáltatás rendszeressége és határideje rendeleti szinten szabályozott az egészségügyi szolgáltatók részére, mely szerint az adatokat a Rákregiszter részére naptári negyedévenkénti rendszerességgel, és a negyedévet követő hónap 15. napjáig meghatározott határidővel továbbítják. A Rákregiszter számára – az adatszolgáltatás

minőségének és teljességének, továbbá az orvosi dokumentációval való egyezőségének biztosítása érdekében – évente biztosított az adategyeztetés tartásának lehetősége az egészségügyi adatszolgáltatóval.

A Rákregiszterbe az adatszolgáltatások során bekerülő betegek adatait törölni nem lehet, kivéve egyes kivételes eseteket, melyeket a jogszabály külön bekezdésekben határoz meg. Ilyen pl. mikor igazolódik, hogy egyértelműen téves diagnosztizálás történt vagy elhalálozás esetén a személyazonosító adatokat a TAJ kivételével. Továbbá a nyilvántartott betegek adatait helyesbíteni csak úgy lehetséges, ha a helyesbítés idejét rögzítik és a megelőző adat elérhetőségé továbbra is biztosított marad.

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár kettős feladattal rendelkezik a Rákregiszter kapcsán. Egyrészt adatszolgáltatást teljesít a Rákregiszter részére, másrészt adatot szolgáltat a passzívált TAJ azonosítók tekintetében és tájékoztat a passziválási okokról és annak dátumáról a TAJ azonosítók egyeztetése érdekében. Az OEP adatszolgáltatása kiterjed a tételes ellátási finanszírozási adatokra, amelyek ellátást indokló diagnosztikai között szerepel a BNO II. Daganatok fejezete szerinti tételeinek (kódjeleinek) valamelyike. Az ellátási adatkör részletezését és formátumát az OEP és a Rákregiszter külön megállapodásban szabályozza. Az OEP adatszolgáltatási kötelezettségét szintén negyedéves gyakorisággal köteles teljesíteni.

A Központi Statisztikai Hivatal és a Rákregiszter a kötelező adatszolgáltatás átadását és részleteit szintén külön megállapodásban határozza meg. Az adatkörnek tartalmazni kell az Eüatv. 16. § (8) bekezdése szerinti adatköröket, melyek tartalmazzák az elhunytak személyazonosításra alkalmas halálozási adatokat. Ezen adatszolgáltatás adatai alapján a Rákregiszter a már nyilvántartott daganatos betegek eseteiben rögzíti a halottvizsgálati és haláloki adatokat.

A Rákregiszter az előzőekben részletezett adatgyűjtésről évente jelentést köteles közre adni. A Rákregiszter továbbiakban évente tájékoztatást ad a daganatos megbetegedések megoszlásáról a betegek fővárosi és megyei lakóhelye (tartózkodási helye) alapján csoportosítva, illetve BNO-kódonkénti, nemenkénti és korcsoportonkénti bontásban. Az tájékoztatást az Országos Tisztifőorvosi Hivatal (a továbbiakban: OTH), az OEP, valamint az Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ kapja meg. A tájékoztatás célja az onkológiai tevékenység szervezésének, tervezésének, működésének értékelése.



### 7.2.2. Nemzeti Szívinfarktus Regiszter

A Nemzeti Szívinfarktus Regiszter (a továbbiakban: Szívinfarktus Regiszter) kiterjed valamennyi egészségügyi szolgáltatónál diagnosztizált vagy ellátott heveny szívinfarktusra, mely adatszolgáltatást az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény módosítása (2013. évi CCXLIV. törvény 10. § (2)., hatályos 2014. január 1-től) kötelezővé tette, és a szívinfarktussal kapcsolatos megbetegedések bejelentésének és nyilvántartásának rendjéről szóló 15/2014. (III.10.) EMMI rendelet az egészségügyi szolgáltatók számára részletezte. A Regiszter működtetőjeként a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet (GOKI) került kijelölésre [66].

Hazánkban a szívinfarktus miatt kezelt betegekről az elmúlt évtizedekben korlátozott mértékű információ állt rendelkezésre, az ellátás részleteiről, minőségi jellemzőiről pedig egyáltalán nem, annak ellenére, hogy a szívinfarktus népegészségügyi jelentősége kiemelkedően fontos. Az ellátással kapcsolatos hazai adatok hosszú évek óta rendkívül hiányosak, elsősorban azért, mert az ellátás minőségi paramétereit országosan gyűjtő tevékenység nem működött.

A hazai halálozási statisztikák a szívinfarktus diagnózissal 30 napon belül meghalt betegek számának csökkenését mutatta, ám a finanszírozási adatbázis elemzése során a kórházban kezelt infarktusos betegek valamint az 1 éves halálozási arány nem mutatott érdemi változást.

A cardiovascularis betegségeknél, mind a szívinfarktus diagnózisában, mind a kezelése során lényeges változások következtek be az elmúlt években. A finanszírozási adatbázis ötéves adatainak elemzésével bizonyítást nyert, hogy ez az adatvagyon az ellátás szakmai szempontú értékelésére nem alkalmas [67]. A hazai validált adatok iránti igényt felismerve 2007-ben az Egészségügyi Minisztérium, az Országos Tisztiorvosi Hivatal, adatvédelmi ombudsman, a szakmai grémiumok (Kardiológiai Szakmai Kollégium, Magyar Kardiológusok Társasága), valamint a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet irányításával 2007-ben elindult az Infarktus Regiszter Pilóta Vizsgálat, 12 ellátóhely részvételével. A vizsgálat „pilot” működése alatt egyre több központ csatlakozott a programhoz, miközben folyt az informatikai rendszer fejlesztése.

A szabályozások alapján az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és a Központi Statisztikai Hivatal a szívinfarktusos betegekkel kapcsolatos adatokat a Nemzeti Szívinfarktus Regiszter online adatbázisának (<https://ir.kardio.hu>) adják át, az egészségügyi szolgáltatók pedig folyamatosan feltöltik a szívinfarktus (BNO I21-I23)

miatt kezelt betegek adatait. Az adatokat folyamatosan ellenőrzik, és a szükséges adatkorrekció is on-line valósul meg. A betegek késői prognózisának megítélésére felhasználják az OEP, a KSH és az Országos Tisztiorvosi Hivatal adatait, valamint az intézetekben elvégzett ambuláns vizsgálatok eredményeit. A Szívinfarktus Regiszter olyan adatokat tartalmaz, melyek alapvető jelentőségűek (a betegség incidenciája, az incidenciában megfigyelt területi különbségek, a betegek rövid és hosszú távú prognózisa) és a speciális adatgyűjtés hiányában eddig nem volt ismert.

A Szívinfarktus Regiszternek köszönhetően a szívinfarktusra vonatkozó adatok több forrásból történő összegyűjtése hazánkban egy olyan népegészségügyi szempontból kiemelkedő fontosságú, a szívinfarktus ellátását összegyűjtő finanszírozási adatbázist tett lehetővé, melyben az ellátás során megállapított diagnózisokat a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) alapján rögzítik.

A Nemzeti Szívinfarktus Regiszter részére a diagnózisát felállító, kezelést végző orvos, továbbá a szövettani vizsgálatot, boncolást végző vagy azt véleményező orvos továbbítja az Eüak. tv. 16. § (9) bekezdése szerinti adatokat. A szabályozás szerint "A betegellátó szívinfarktussal diagnosztizált betegség észlelése esetén továbbítja az érintett személyazonosító és a szívinfarktus megbetegedésre vonatkozó egészségügyi adatait a 4. § (1) bekezdés b) és c) pontja és a 4. § (2) bekezdés b) pontja szerinti célból működő, a miniszteri rendeletben meghatározott Nemzeti Szívinfarktus Regiszter részére". Az adatszolgáltatás kiterjed valamennyi egészségügyi szolgáltatónál diagnosztizált vagy ellátott heveny szívinfarktusra, ha a diagnózis - a haláloki diagnózisokat is beleértve – szívinfarktus.

A szabályozás alapján az adatrögzítés a Szívinfarktus Regiszterbe, a Szívinfarktus Regiszter által működtetett elektronikus rendszeren keresztül történik. Amennyiben az adott szolgáltatónál elektronikus adatszolgáltatás nem működik, úgy a meghatározott adattartalmú jelentést kell a Szívinfarktus regiszter részére eljuttatni, a jelentésben az adatokat naptári negyedévente, a negyedévet követő 15-éig kell betölteni. Az adatszolgáltatást az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szintén negyedévente teljesíti a Szívinfarktus Regiszterbe, mely adatszolgáltatás teljesítése érdekében az OEP az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló kormányrendelet rendelkezései szerint gyűjtött azon szolgáltatások tételes ellátási adatait küldi meg, amelyek ellátást indokoló diagnózisai között a BNO IX. A keringési rendszer betegségei fejezete szerinti tételeinek (kódjeleinek)

valamelyike szerepel. Az adatkör átadásának részleteit és formátumát az OEP és a Szívinfarktus Regisztert működtető szerv – az adatkezelésre vonatkozó jogszabályok figyelembe vételével – megállapodásban határozza meg.

A Szívinfarktus Regiszter a már nyilvántartott betegek eseteiben rögzíti a halott vizsgálati és haláloki adatokat, illetve nyilvántartásba veszi azon személyek adatait, akiknél ezt a halott-vizsgálat során megállapított infarktusos eredetű betegség indokolja.

A Szívinfarktus Regiszter adatkezelési előírásainak betartásáért az adatvédelmi felelős, annak hiányában az orvos, a végrehajtásért az egészségügyi szolgáltató intézmény vezetője a felelős. A Szívinfarktus Regiszter részére továbbított adatok hitelességéért a kezelőorvos, illetve a patológiai vizsgálatot végző orvos felelős. A szabályzat alapján jelentett adatoknak egyezniük kell a betegnek az egészségügyi dokumentációjában szereplő adatokkal.

Az elmúlt évek tapasztalati alapján a Szívinfarktus Regiszter működése a széles körű szakmai egyetértés és a törvényi szabályozásnak köszönhetően egyre teljesebb körű. Jelenleg minden olyan magyarországi egészségügyi szolgáltató intézmény, központ és centrum részt vesz az adatszolgáltatásban, ahol akut ellátás folyik, azonban a programhoz rehabilitációs intézetek is folyamatosan csatlakoznak. Nagyon fontos cél, hogy az adatok elemzésével az egészségügyben javítható legyen és célirányosabbá váljon a heveny szívinfarktus miatt kezelt betegek ellátása. Minden évben az ellátás kardinális adatairól egy összeállítás készül a Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet által, amit a programban együttműködő centrumok és a döntéshozók számára hozzáférhetővé tesznek. A Szívinfarktus Regiszter átfogó adataiból hiteles kép rajzolódik ki az infarktusos betegek magyarországi ellátásáról. Fontos megemlíteni, hogy az adatbázis tudományos célokat is szolgál.

### 7.2.3. Hemofília Nyilvántartás

A hemofília ritka betegség, ezért diagnosztizálása és a vérzékeny betegek teljes körű ellátása speciális ismereteket igényel. Ez hívta életre hazánkban az úgynevezett hemofília központokat, ahol mind a diagnosztika, mind a faktorellátás, mind a szakorvosi ellátás (akár többféle szakma vonatkozásában is) rendelkezésre áll.

Jelenleg Magyarországon 19 hemofília-központban (továbbiakban: Felhasználó Centrum) gondoskodnak a betegek ellátásáról és a gyógyszerek kiadásáról. A Felhasználó Centrumok a Transzfúziológiai és Haematológiai Szakmai Kollégium javaslata alapján az OEP által kijelölt gyógyszeres kezelést végző egészségügyi intézmény vagy az Országos Vérellátó Szolgálat telephelye, ahol a biztosítottak hozzájuthatnak a különkeres gyógyszerkészítményekhez, illetve igénybe vehetik az azokkal történő gyógyszeres kezelést. Ezen centrumok rendelkezésére áll egy úgynevezett Centrum Jelentő Program, egy betegregiszter adatbázis, amely a vérzékenységben szenvedők aktuális állapotát és kísérőbetegségeit is tartalmazza. A Felhasználó Centrumnak a Centrum Jelentő Program használatával az aláírt Elszámolási összesítő kísérőbizonylattal együtt a tárgyhót követő hónap 10. napjáig köteles benyújtani/beküldeni a betegkört, állapotukat és a különkeres gyógyszer tárgyhavi felhasználását.

A Felhasználó Centrumok szerződésben rögzített feladata a Centrum Jelentő Program használatával a jelentés megtétele a vérzékeny betegek ellátásáról, és az ehhez kapcsolódó kiegészítő tevékenységekről az Országos Egészségbiztosítási Pénztár felé. A szerződések a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 27. § (6) szakasza alapján jöttek létre.

Az OEP és a Felhasználó Centrumok megállapodása alapján 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 rendeletben meghatározott indikációknak megfelelő vérzékenységben szenvedő betegek különkeres gyógyszerrel történő ellátását – a szerződésben foglalt szabályokat betartva – közösen biztosítják. A különkeres gyógyszer a rendelet 4. számú mellékletében közzétett hatóanyagú, az OEP által a közbeszerzési eljárás keretében „a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök közbeszerzésének részletes és sajátos szabályairól” szóló 130/2004. (IV. 29.) Korm. rendelet alapján beszerzett gyógyszerkészítmény.

A Felhasználó Centrumok a regiszter használatával jelenteni tudják a különkeres készítmények forgalmát, lehetőséget kapnak, hogy készletezzék a különkeres

készítményeket, kimutatást tudnak készíteni, mely az OEP-pel való együttműködést segíti számukra, valamint megkönnyíti a felhasználó centrumok adminisztrációját és az OEP felé vállalt szerződéses kötelezettségüket is.

Az OEP szerződésben vállalt kötelezettségük alapján vállalja, hogy a Felhasználó Centrum – számára a 32/2004. (IV. 26.) ESzCsM rendeletben meghatározott indikációknak megfelelő vérzékenység kezelésére szolgáló különkeretes gyógyszereket közbeszerzési eljárás keretei között beszerzi, és a Felhasználó Centrumok számára felhasználhatóvá teszi. A Felhasználó Centrum a szerződésben vállaltak alapján biztosítja az intézményében megjelenő országos – lakóhelytől független – betegkör részére a különkeretes gyógyszerekkel történő ellátást, illetve az érintett gyógyszerekkel történő gyógykezelést, valamint a fekvőbeteg-ellátó intézmények eseti különkeretes készítménnyel történő ellátását is, mely területileg az adott Felhasználó Centrumhoz esik legközelebb.

#### **7.2.4. Ritka Betegségek Központja, Veszélyes Rendellenességek Országos Nyilvántartása**

Ritka betegségeknek nevezhetők azon betegségek, amelyek prevalenciája 1 : 2 000 alatt van az Európai Unió szabályozása alapján, azonban a világ különböző területein ezen arányszám nagy különbségeket mutat. A ritka betegségek túlnyomó része genetikusan determinált betegség, de ide tartoznak bizonyos daganatok, autoimmun betegségek, veszélyes fejlődési rendellenességek és fertőző betegségek is. A ritka betegségben szenvedő egyén gyakran az egészségügyi rendszerek „árvája”. A ritka betegségek a lakosság körében olyan ritkán fordulnak elő, hogy a kezelésére szolgáló gyógyszer kifejlesztésének és forgalomba hozatalának ráfordítási költsége nem térülne meg a gyógyszer várható forgalmazásából származó bevételből. Az Orphan készítmények elnevezés az „Orphan medicinal products” angolszász kifejezésből származik, azaz a gyógyszerek közötti „árva gyermek”.

Magyarországon azon készítmények kerültek besorolásra az Orphan készítmények közé, melyek a ritka betegségek gyógyszereiről szóló 1999. december 16.-i 141/2000/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet hatálya alá tartoznak [68]. Az Orphan készítmények a gyógyszer ártámogatási rendszerben a kiemelt, indikációhoz kötött támogatási kategóriába kerültek besorolásra. Az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ keretein belül került kialakításra a Ritka Betegségek Központja. 2011. év folyamán a Ritka Betegségek Központja a Veszélyes Rendellenességek Országos Felügyelete Osztályával együtt a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet égisze alá került.

### **A Ritka Betegségek Központ kiemelt feladatai köré tartozik:**

- a saját adatgyűjtés, illetve együttműködés más adatgyűjtést végző szervezetekkel annak érdekében, hogy az indikátorokat rendszeresen meg tudja határozni,
- nyilvántartás vezetése a ritka betegségek szűrési gyakorlatáról, valamint
- értékelési kritériumok kidolgozása, iránymutatások összeállítása és
- a gyakorlat auditálásának kivitelezése,
- az E-egészségügyi eszközök ritka betegségek területén való használatának támogatása.

A Veszületett Rendellenességek Országos Felügyelete Osztálya működteti a Veszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartását (továbbiakban: VRONY) [69]. A veszületett rendellenességek bejelentéséről és nyilvántartásuk rendjéről szóló 21/2014. (III. 20.) EMMI rendelet szabályozza a VRONY működését [70]. A VRONY részére szolgáltatandó adatok részletes meghatározását jogszabályban rögzített módon az 5. sz. melléklet tartalmazza. A nyilvántartás definiált célja a veszületett rendellenességek előfordulási gyakoriságának lehető legpontosabb felmérése, alapadatok szolgáltatása a prenatalis szűrések hatékonyságának országos és területi elemzéséhez, a megelőzés elősegítése, a megelőzhető rendellenességek eredményeinek kontrollálása, alapadatok szolgáltatása a tudományos kutatások számára, az ellátásra szoruló károsodott személyek számának ismeretével a döntéshozók figyelmének felkeltése, hazai és nemzetközi együttműködésben való részvétel elősegítése. A VRONY adatai a kutatással foglalkozó szakemberek számára rendelkezésre állnak.

A betegségek kapcsolódó finanszírozását az Országos Egészségbiztosítási Pénztár végzi. A betegek és betegségek kiemelt indikációjú gyógyszerei egyedi méltányosság során kerülnek nyilvántartásba illetve finanszírozásra. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (továbbiakban: Ebtv.) 26. §-a (1) bekezdésének c) pontja, illetve az Ebtv. végrehajtásáról szóló 217/1997. (XII. 1.) Kormányrendelet 11/D. §-a alapján az OEP a gyógyszer, és különleges táplálkozási igényt kielégítő tápszer (a továbbiakban együttesen: gyógyszer) árához méltányossági alapon ártámogatást nyújthat.

A betegellátás keretében gyógyszer/tápszer ártámogatásához egyedi méltányossági kérelem beadása szükséges. Az OEP nem a biztosított részére téríti meg az igénybevett ellátás térítési díját, hanem az egészségügyi szolgáltatónak, akinek le kell igazolnia és el kell számolnia az ellátást, beavatkozást követően az egészségügyi szolgáltató felé. Ehhez kapcsolódóan az egészségügyi szolgáltatónak az OEP részére meg kell küldenie az engedélyezett ellátáshoz kórházi zárójelentést vagy klinikai összefoglalót, valamint a beavatkozáshoz kapcsolódó, illetve a felhasználásra került anyag, eszköz költségét igazoló számlát.

### 7.3. Betegségekhez Kapcsolódó Regiszterek

Magyarországon olyan regiszterek is kialakításra kerültek, melyek nem közvetlen a betegségek nyilvántartását célozta meg, hanem a betegségekhez kapcsolódó gyógyítás eszközeinek felhasználását kívánta monitorozni. A betegségek gyógyításához kapcsolódóan került kialakításra a tételes elszámolás alá eső gyógyszerek rendszere és a központi implantátum regiszter.

#### 7.3.1. Tételes Elszámolás alá eső Gyógyszerek

A tételes elszámolás alá eső gyógyszerek rendszerét is az OEP működteti. Jogsabályi háttérét az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet, illetve az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet szabályai biztosítják [71, 72]. Az OEP a gyógyszerek finanszírozását a kijelölt szolgáltatók részére a rendelkezésre álló költségvetési előirányzat alapján meghatározott éves keretszám erejéig biztosítja. Az egészségügyért felelős miniszter 2011. év végén határozta meg az NM rendeletet mellékletében azon hatóanyagokat, melyeket természetben biztosít az elszámolásra jogosult intézmények számára, illetve a betegek részére (6. sz. melléklet).

A rendszert az OEP a [teteles.oep.hu](http://teteles.oep.hu) elektronikus felületen üzemelteti. Az OEP a jelentőfelület rendszer segítségével a felsorolt hatóanyagok felhasználását az ott felsorolt indikációban, a társadalombiztosítási támogatásba befogadó határozatban és az alkalmazási előírásban foglaltaknak megfelelően számolja el.

#### 7.3.2. Központi Implantátumregiszter

A betegekhez kapcsolódóan az orvostechnikai eszközökkel, így az implantátumokkal kapcsolatos esetleges problémák minél gyorsabb és hatékonyabb kommunikációjának megteremtése érdekében az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 101/C §.-a szerint az egészségügyi szolgáltatóknak **az implantátumokkal kapcsolatos beavatkozásokat 2014. január 1-jét követően be kell jelentenie a Központi Implantátumregiszterbe. Bejelentési kötelezettségre mindazon** állami fenntartású és magán egészségügyi szolgáltató kötelezett, akik implantátumokat ültetnek be, cserélnek illetve távolítanak el. A törvény alapján az egészségügyi szolgáltatóknak **szükséges bejelenteni** a beavatkozással érintett személy adatait; a beavatkozást: beültetés, eltávolítás vagy csere adatait, az implantátum adatait és a beültetést végző egészségügyi szolgáltató adatait.

A Központi Implantátumregiszter technikai háttérét és működtetését az OEP biztosítja. A Központi Implantátumregiszter honlapja az [impreg.oep.hu](http://impreg.oep.hu) címen elérhető. A rendszer az adatokat anonimizálja, így a beteg adataihoz csak a feltöltő egészségügyi szolgáltató férhet hozzá.

#### **7.4. Nemzetközi Betegség Regiszterek**

Az információ vagy tudásalapú társadalom kialakulásával az egészségügyi szektorban igényként merült fel az egészségügyi adatkezelés magas szintű kialakítása, mely kiterjed az egészségügyi ellátás különböző területeire. Az egészségügyi adatok egyik ilyen felhasználási egészségügyi területe, a rendszeren belül történő felhasználások, mint például a biztosítások elszámolása, ellátásszervezés, tervezés, elemzések készítése, oktatás, kutatás, statisztika. Az elmúlt években az egészségügyi költségek nemzetközi szinten - a fejlett világban - mindenhol gyorsabban növekedtek, mint a gazdaság. A költségek növekedése több okra vezethető vissza. Egyrészt az idős populáció arányának növekedése, másrészt a folyamatosan fejlődő és költségesebbé váló új technológiák elterjedése.

A rendelkezésre álló adatok korlátozottsága, valamint a meredeken emelkedő egészségügyi ráfordítások okozta problémának a megoldására az értékalapú egészségügy (value-based health care – VBHC) koncepciójának megvalósítását látták nemzetközi szinten. Ez a megoldás a szisztematikus adatgyűjtésre alapozva azt vizsgálja, hogy egységnyi egészségügyi kiadásnak milyen haszna (hozama) van; értékeli az egyes szereplők, beavatkozások, technológiák hatékonyságát és ezen adatok birtokában folyamatosan alakítja a kezelési protokollokat; rávilágít az ellátás gyenge pontjaira, értékeli a szolgáltatók teljesítményét. A program célja nem a költségek mindenáron való csökkentése, hanem a legnagyobb „érték” elérése.

Nemzetközi viszonylatban az egészségügyi adatbázisok terén, a betegségregiszterek alkalmazásában az elmúlt évtizedekben a legnagyobb tapasztalatot a svédek mondhatják magukénak. Jelenleg Svédországban több mint 100 betegregiszter működik. A regiszterek egy adott betegséggel diagnosztizált, kezelt betegek minimum 85%-át tartalmazzák, közülük több is az érintett betegcsoport adatait 95% feletti arányban tartalmazza. Svédországban az egészségügyre fordított kiadás a nyugat-európai átlag közelében van, de az egészségügy összetett minőségi mutatói Svédországban a legjobbak. Ebben az országban nagyon nagy előny, hogy a regiszterek használatát törvények írták elő, centralizáltak, minőségellenőrzésük alaposan kidolgozott, az adatokhoz való hozzáférés pedig többszintűen szabályozott.



**Az egészségügyi szolgáltatók által elektronikusan továbbítandó adatok**

*A betegellátó azonosítása:*

A beteget ellátó orvos (kezelőorvos) azonosítója (pecsétszáma)

A munkahely (intézmény, osztály, rendelés) neve, címe, azonosítója

*A beteg azonosítása:*

A beteg neve, anyja neve, születési neve

A beteg lakóhelyének irányítószáma, címe

A beteg neme

A beteg Társadalombiztosítási Azonosító Jele

A beteg születési ideje

A beteg törzsszáma/naplószáma az ellátó intézménynél

A betegellátás (vizsgálat/kezelés) befejezésének ideje (év-hó-nap)

*A daganatos betegség azonosítása:*

A daganatos betegség felfedezésének ideje (ha ismert)

A daganat BNO-10 II. Daganatok fejezete szerinti klinikai diagnózisának kódja

A daganat oldalisága (1-4 kód, ld. útmutató)

A daganat kiterjedése (1-6 kód, ld. útmutató)

A daganat TNM besorolása (a külön szabályként meghatározott TNM verzió szerint)

A daganat morfológiai kódja a BNO-10 „Daganatok Morfológiája” fejezete szerint

A diagnózist alátámasztó legmagasabb értékű vizsgálat (1-9 kód, ld. útmutató)

A daganatellenes kezelés (műtét, sugár, gyógyszeres) OENO beavatkozási kódja

A beteg státusa a kezelés végén (1-4 kód, WHO vagy RECIST szerint, ld. útmutató)

A beteg további sorsa (1-5 kód, ld. útmutató)

*A beteg halála esetén:*

A halál ideje

A halál közvetlen oka

A halálhoz vezető alapbetegség BNO-10 szerinti klinikai diagnózisának kódja

**Nem elektronikus adatszolgáltatás esetén továbbítandó adatlap**

1. A jelentést küldő orvos  
munkahelye: .....  
címe: ..... város ..... utca ..... hsz.  
osztály/rendelés: .....  
.....  
azonosítója:  
A jelentést küldő orvos (kezelőorvos) azonosítója (pecsétszáma):
2. A beteg neve: .....  
A beteg anyja neve: .....  
A beteg születési neve: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:  
neme (ffi = 1; nő = 2):  
születési ideje: év ..... hó ..... nap .....  
lakóhelye: ..... város .....  
..... utca ..... hsz.
3. A daganatos betegség felfedezésének ideje (ha ismert): ..... hó ..... nap  
év
4. A daganat BNO-10 II. Daganatok fejezete szerinti klinikai diagnózisának kódja  
oldaliséga:  
kiterjedése:  
TNM besorolása: (a külön szabályként meghatározott TNM verzió szerint)
5. A diagnózist alátámasztó vizsgálat kódja:  
6. A morfológiai vizsgálat kódja a BNO-10 szerint  
(„M” kód)  
7. A daganatellenes kezelés (műtét, sugár, gyógyszeres) OENO beavatkozási  
kódja  
8. A beteg státusa a kezelés végén WHO ..... vagy RECIST (ha ismert)  
9. A beteg további sorsa:  
..... PH  
A jelentést küldő orvos aláírása

## Útmutató

### A 7/1. és a 7/2. melléklet szerint továbbítandó egyes adatok kódolásához

A daganat oldalisága:

1 = bal      2 = jobb      3 = mindkettő      4 = rendszerbetegség

A daganat kiterjedése:

1 = in situ

2 = kiindulási szervben belül

3 = környező szövetekre, szervekre terjed

4 = regionális nyirokcsomóba áttétet ad

5 = távoli szervben áttétet ad

6 = nem körülírható, rendszerbetegség

A diagnózist alátámasztó legmagasabb értékű (kódjelű) vizsgálat típusa:

1 = csak klinikai vizsgálat

2 = rtg. vagy más képalkotó vizsgálat

3 = endoscopos vizsgálat szövettan nélkül

4 = exploratio szövettan nélkül

5 = speciális cytológiai, haematológiai vizsgálat

6 = szövettan áttétből

7 = szövettan primer daganatból

8 = szövettan kórbonctani vizsgálat

9 = ismeretlen

Ha történt morfológiai vizsgálat, ebbe a mezőbe az 5-8 kód valamelyike kerülhet. A „8” jelzés csak akkor használható, ha a rosszindulatú daganatot csak a boncolásnál igazolták.

A beteg státusa a kezelés végén:

WHO 1980:      1 = a daganat teljes remissziója

2 = részleges remisszió

3 = változatlan állapot

4 = a daganat kiújulása vagy előrehaladása

RECIST      CR = Complete Response

PR = Partial Response

SD = Stable Disease

PD = Progressive Disease

A beteg további sorsa:

1 = további kezelést kap

2 = további kezelést nem igényel

3 = kezelést megtagadta

4 = kezelést máshol kap

5 = elhalálozott

---

**A patológiai vizsgálatok során diagnosztizált daganatos megbetegedésekről továbbítandó adatok**

*Az egészségügyi intézmény azonosítása:*

Jelentő intézmény, osztály, rendelés neve, címe, azonosítója

A vizsgáló orvos azonosító kódja (pecsétszáma)

*A beteg azonosítása:*

A beteg neve, anyja neve, születési neve

A beteg lakóhelyének irányítószáma, címe

A beteg neme

A beteg Társadalombiztosítási Azonosító Jele

A beteg születési ideje

A beteg törzsszáma az ellátó intézménynél

*A daganat azonosítása:*

A patológiai vizsgálat ideje

A daganat BNO-10 II. Daganatok fejezete szerinti klinikai diagnózisának kódja

A daganat morfológiai kódja a BNO-10 Daganatok Morfológiája fejezete szerint

7/5. sz. melléklet

Az e-VRONY és VRONY BEJELENTŐLAP adattartalma

Az érintett személyazonosító és egészségügyi adatai:

Név	
TAJ szám	
Születés/ vetelés/ várandósság- megszakítás ideje	(év, hónap, nap)
Esetleges elhalálozás dátuma	(év, hónap, nap)
Nem	(fiú, lány, ismeretlen)
Születés számossága	(egyes, kettes, hármas, négyes, ötös iker)
Születési súly	(g)
Várandósság kimenetele	(élve születés, halva születés, spontán vetelés, prenatális diagnózis miatti várandósság- megszakítás, prenatálisan felismert, de meg nem szakított várandósság)
Várandóssági hét	(születéskor, elhaláskor)
Rendellenesség diagnosztizálásának dátuma	(év, hónap, nap, betöltött várandóssági hét)
Anya adatai	
Anya születési neve	
Anya TAJ száma	
Törvényes képviselő lakcíme	(irányítószám, település megnevezése, utca, házszám)
Anya tartózkodási helye várandósság idején	(irányítószám, település megnevezése, utca, házszám)
Anya születési dátuma	(év, hónap, nap)
Anya életkora a várandósság alatt	(éves)
Korábbi várandósságok száma	
LMP	(év, hónap, nap)
Rendellenesség adatai	
Rendellenesség BNO kódja és megnevezése	(max 10)
Oldalisága	(jobboldali, baloldali, két oldalt érintő)
Szindróma megnevezése	
McKusick Kód	
ORPHA kód	
Diagnózis dátuma	(év, hónap, nap)
Prenatális diagnosztizálás módja	
Prenatális diagnosztizálás ideje	(év, hónap, nap)
Első pozitív prenatális diagnózis ideje	(év, hónap, nap)
AFP eredmény	(MOM)
Kromoszómvizsgálat történt-e	(igen, nem)
Karyotipizálás eredménye	
Végzett vagy tervezett sebészeti beavatkozás ideje	(év, hónap, nap)
Kóroki adatok	
Alkalmaztak-e valamilyen asszisztált reprodukciós technikát	(igen, nem)
ha igen, annak megnevezése	
Anya foglalkozása a fogamzás	

időszakában  
 Várandósságot megelőző 3 hónapban  
 anyai betegség/ek  
 Várandósság alatti anyai betegség  
 Korábbi várandósságok száma  
 Kimenetele (élve születés, halva születés, spontán vetélés,  
 prenatális diagnózis miatti várandósság  
 megszakítás,  
 prenatálisan felismert, de meg nem szakított  
 várandósság)

Folsav bevitel, ha igen, mennyisége (mg)  
 Gyógyszerhasználat várandósság alatt (neve, adagja)  
 Vérrokonság  
 Az érintett testvére(i) (igen, nem)  
 rendellenessége(i)  
 ha igen, típusa  
 Anya családjában veleszületett  
 rendellenesség, típusa  
 Apa családjában veleszületett  
 rendellenesség, típusa  
 Ikertestvér adatai  
 Ha van ikertestvére: ikertestvér neme  
 Zygozítás  
 Az ikertestvér várandóssági  
 kimenetele  
 Rendellenesség előfordulása,  
 megnevezése  
 Bejelentő adatai  
 Bejelentő orvos neve  
 Pecsétszáma  
 Bejelentő intézmény  
 Osztály neve  
 Bejelentő intézmény címe (irányítószám, település, utca, házszám)  
 E-mail címe

**Tételes elszámolás alá eső gyógyszerek és hatóanyagainak listája**  
**a 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet 1/A. számú melléklete alapján**

<b>Az OEP természetben biztosítja az intézmények számára</b>		
<b>OENO</b>	<b>Gyógyszer hatóanyagának neve</b>	<b>Gyógyszer neve</b>
06010	trastuzumab	Herceptin
06011	pemetrexed	Alimta
06013	gefitinib	Iressa
06014	cetuximab	Erbitux
06030	agalsidase beta	Fabrazyme
06032	agalsidase alfa	Replagal
06036	bevacizumab	Avastin
06038	nelarabin	Atriance
06040	ranibizumab	Lucentis
06041	verteporfin	Visudyne
06042	alteplase	Actilyse
06050	cetrolizumab	Cimzia
06051	etanercept	Enbrel
06052	adalimumab	Humira
06053	infiximab	Remicade
06054	tocilizumab	Roactemra
06055	golimumab	Simponi
06056	ustekinumab	Stelara
06057	abatacept	Orencia
06058	rituximab	Mabthera
06059	ibritumomab tiuxetan	Zevalin
06060	bortezomib	Velcade
06061	lapatinib	Tyverb
06065	alemtuzumab	Mabcampath
06071	panitumumab	Vectibix
06047	klofaribine	Evoltra
06046	erlotinib	Tarceva
06047	Plerixafor	Mozobil
06043	Palivizumab	Synagis
	Humán normál immunglobulin	

## **8. AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS HUMÁNERŐFORRÁS ADATBÁZISAI (KIS-NEMES DÓRA)**

Az egészségügyben különösen fontos az adatbázisok kialakítása, hiszen az ágazat egészségpolitikai stratégiájának kialakításához, illetve a döntés előkészítéshez elengedhetetlenül fontos, hogy megfelelő mennyiségű és minőségű adatok és információk álljanak rendelkezésre. Az egészségügyi ellátás érinti a teljes lakosságot, így kiemelt fontosságú, hogy az adatbázisok valid adatokat tartalmazzanak, ami az egészségügyi ágazati vezetés, a képzőhelyek, az egészségügyi dolgozók, illetve a munkáltatói oldal közös felelőssége.

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (a továbbiakban Eütv.) pontosan közli az egészségügyi dolgozók, a képző intézmények, valamint a munkáltató kötelezettségeit az adatbázisban való részvételről.

### **8.1. Az egészségügyi szakképesítést szerzett személyek alapnyilvántartása**

Az Eütv. kimondja, hogy azt a személyt, aki Magyarországon az állam által elismert oktatási intézményben szerzett vagy külföldön szerzett és Magyarországon honosított, vagy elismert egészségügyi szakképesítéssel rendelkezik, az oklevél, illetve bizonyítvány megszerzését követően alapnyilvántartásba kell venni. Az oklevelet, a bizonyítványt, illetőleg a honosítás elismerését végző oktatási intézmények az oklevél, bizonyítvány kiadását követő 30 napon belül be kell jelenteniük az alapnyilvántartást vezető központi szervnek. Amíg az alapnyilvántartásba-vétel nem történt meg, az egészségügyi végzettséggel rendelkező dolgozó nem vállalhat egészségügyi területen munkát. Az alapnyilvántartás legfontosabb célja a megszerzett szakképesítés közhiteles tanúsítása.

### **8.2. Az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartása**

A nyilvántartás célja az egészségügyi dolgozók Eütv-ben meghatározott adatainak közhiteles tanúsítása. Időtartama: 5 év, mely lejártá után megújítható a megfelelő igazolások beküldése által. Azok az egészségügyi dolgozók, akik kérvényezték a működési nyilvántartásba való felvételt az 5 év alatt különböző szakmacsoportonként előírt elméleti illetve gyakorlati típusú továbbképzési pontokat kell szereznük, mely a működési nyilvántartás megújításának feltétele.



Az elméleti pontokat tanfolyamokon, illetve különböző továbbképzéseken lehet megszerezni, míg a gyakorlati pontokat a megújítani kívánt szakképesítés végzésének igazolásával lehet megszerezni, melyet a munkáltató igazol.

Az alapnyilvántartást illetve a működési nyilvántartást 2015-től az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ kezeli, az adatok mindenki számára elérhetőek a honlapon: <http://kereso.eekh.hu/> [74]. Az adatbázis frissítésének az előzménye a 2014-es validálási kampány. A kampány célja, hogy minden egészségügyi dolgozó alap- és működési nyilvántartásban szereplő adatai naprakészek és helyesek legyenek. Az adatbázis frissítése felmenő rendszerben folyamatosan történik.

Fontos hangsúlyozni, hogy Magyarországon csak olyan munkavállaló végezhet egészségügyi tevékenységet, aki érvényes működési engedéllyel rendelkezik, valamint az adott szakterületnek megfelelően 5 éves periódusonként mind az elméleti kreditpontjait, mind a gyakorlatát a nyilvántartásban igazolja.

### **8.2.1. Az Egészségügyi Humánerőforrás Monitoring Projekt: TÁMOP 6.2.1-11/1**

Ahhoz, hogy teljes képet kaphassunk az egészségügyi ellátás humánerőforrás adatbázisairól, sorra kell venni a jelenlegi intézményi és rendszerbéli változásokat, azok indikátorait, az újonnan megalakult, illetve átalakult rendszerek, egészségügyi és közigazgatási szervek feladatait.

Az Egészségügyi Humánerőforrás Monitoring Projekt célja egy olyan egészségügyi humánerőforrás monitoring rendszer és a hozzá kapcsolódó adatbázis létrehozása, mely megfelelően támogatja az egészségügyi HR-stratégiát, valid adataival képes megalapozni a Kormányzat döntéseit, valamint lehetővé teszi az egészségügyi ágazat humánerőforrás jellemzőinek nyomon követését, modellezését. A projekt távolabbi célja az egészségügyi dolgozók életpályamodell koncepciójának, a pályán maradás és a szakmai előmenetel támogatásának kidolgozása. Egyetemes cél pedig egy működőképes, fenntartható és elvárható minőségű egészségügyi ellátás biztosítása. A projekt tervezésében és megvalósításában az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (ENKK), vagyis a korábbi Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal (EEKH), a korábbi Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI), és az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) – Egészségügyért Felelős Államtitkárság szakemberei vesznek részt.

Az adatok elemzésénél világossá vált a szakértői team számára, hogy a jelenleg érvényben lévő adatbázisok többségének beolvasztásával, egységesítésével létre kell hozni egy új nyilvántartási rendszert.

Ennek érdekében indult 2013. évben a validálási kampány, melynek célja az alapnyilvántartás és a működési nyilvántartás adatainak aktualizálása volt. Az önvalidálás elvégzése elektronikusan és önkéntes alapon történt.

### **8.2.2. Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ létrehozása**

2015. március 1-jén életbe lépett a 29/2015. (II. 25.) Korm. rendelet az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központtról [75].

A legfontosabb törvényi változások a humánerőforrás adatbázisok tekintetében a következők:

**1. § (1)** Az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (a továbbiakban: ENKK) az egészségügyért felelős miniszter (a továbbiakban: miniszter) irányítása alá tartozó, központi hivatalként működő központi költségvetési szerv.

**2. § (1)** Az ENKK feladatkörében - a miniszter egészségüggyel összefüggő ágazati feladatai keretében - jogszabályban foglaltak szerint

*a)* az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésekkel összefüggésben

*aa)* működteti az államilag támogatott egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés rendszerét,

*ab)* közreműködik az államilag támogatott egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzésben részt vevők költségvetési támogatásával kapcsolatos feladatok ellátásában,

*ac)* a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjaival kapcsolatosan teljes körű koordinációs, kapcsolattartási, információs és pénzügyi-ügyviteli feladatokat lát el,

*ad)* ellátja az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzés intézményi akkreditációjával kapcsolatos feladatokat,

*ae)* működteti az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzést és az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzést lezáró szakvizsgák szervezési feladatait ellátó Nemzeti Vizsgabizottságot,

*af)* meghatározza a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek és szakpszichológusok szabadon választható továbbképzéseinek pontértékét,

*b)* az egészségügyi szakdolgozók képzésével összefüggésben

*ba)* kidolgozza, előkészíti és felülvizsgálja a miniszter hatáskörében az egészségügyi ágazatba tartozó szakképesítések szakmai és vizsgakövetelményeit,

*bb)* felnőttképzési tevékenységet folytat, iskolarendszeren kívüli egészségügyi szakképzéseket szervez és ellátja az egészségügyi szakdolgozók szakképzését lezáró vizsgáztatással kapcsolatban a jogszabályban meghatározott szervezési feladatokat,

*bc)* egészségügyi szakmai továbbképzéseket szervez,

- bd)* meghatározza - az általa szervezett továbbképzések kivételével - az egészségügyi szakdolgozók szabadon választható továbbképzéseinek pontértékét,
- c)* biztosítja az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács működésének feltételeit,
- d)* egyes, jogszabályban meghatározott egészségügyi tevékenység végzésére jogosító bizonyítványok és oklevelek (a továbbiakban együtt: oklevelek) tekintetében - a külföldi bizonyítványok és oklevelek elismeréséről szóló törvény alapján -
- da)* végzi az oklevelek elismerését,
- db)* hatósági bizonyítványt állít ki,
- dc)* jogszabályban meghatározott esetekben a határon átnyúló szolgáltatásnyújtás bejelentésével kapcsolatos feladatokat lát el,
- e)* működteti az egészségügyi ágazati humánerőforrás monitoring-rendszert,
- f)* ellátja az orvostechnikai eszközökkel kapcsolatos hatósági, piacfelügyeleti hatósági, az orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálatának engedélyezésével kapcsolatos hatósági, valamint az orvostechnikai eszközök megfelelőség-értékelésére jogosult szervek kijelölésével kapcsolatos kijelölő hatósági feladatokat,
- g)* lefolytatja a kábítószerekkel és pszichotróp anyagokkal, valamint az új pszichoaktív anyagokkal végezhető tevékenységekkel kapcsolatos engedélyezési eljárásokat és vezeti az ezzel összefüggő nyilvántartásokat,
- h)* ellátja a külföldön felhasználni kívánt orvosi igazolás hitelesítését,
- i)* közreműködik a jogszabályokon és nemzetközi megállapodásokon alapuló adatgyűjtésben, összegyűjti és elemzi az egészségügyi ágazatban dolgozók bér- és létszámstatisztikai adatait, valamint az egészségügyi ellátórendszerrel összefüggésben az ágazati döntéshozatalt elősegítő rendszerelemzési feladatokat lát el.

(2) Az ENKK közreműködik a belső piaci információs rendszer hazai működésének és az abban való részvételnek a szabályairól szóló kormányrendeletben meghatározott feladatok ellátásában.

3. § (1) A Kormány az ENKK-t jelöli ki az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) szerint

- a)* az alapnyilvántartást vezető egészségügyi államigazgatási szervként,
- b)* a működési nyilvántartást vezető államigazgatási szervként,
- c)* az egészségügyi szakértői nyilvántartást vezető szervként,
- d)* a szakorvos képzés intézményi akkreditációját végző egészségügyi államigazgatási szervként,

- e) az egységes egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoring rendszert működtető egészségügyi államigazgatási szervként,
- f) a halottvizsgálati szaktanácsadói névjegyzéket vezető egészségügyi államigazgatási szervként,
- g) a szakorvosok, szakfogorvosok, szakgyógyszerészek, szakpszichológusok és - az általa szervezett továbbképzések kivételével - az egészségügyi szakdolgozók szabadon választható elméleti továbbképzéseinek pontértékét megállapító egészségügyi államigazgatási szervként.

### 8.2.3. Rezidensek foglalkoztatásának változásai

Az ENKK további funkciója a rezidensek központosított foglalkoztatása az egészségügyi szolgáltatóval egyetemben. A jelenlegi rendszer átalakításának a célja a szakorvos utánpótlás biztosítása a humánerőforrás-gazdálkodás tervezhetőségének érdekében.

A 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelete az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról 2015. július 1-jén lépett hatályba.

Az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről, a Rezidens Támogatási Program ösztöndíjairól, valamint a fiatal szakorvosok támogatásáról szóló 162/2015. (VI. 30.) Korm. rendelet (a továbbiakban: Kr.) hatálya azon jelöltekre terjed ki, **akik első szakképzésüket 2015. július 1-jét követően kezdik meg.** Azon jelöltek támogatott szakképzésére, akik 2015. július 1. előtt megkezdtek a szakképzésüket az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképzési rendszerről szóló 122/2009. (VI. 12.) Korm. rendelet szabályai vonatkoznak. **A két támogatási rendszer között nem lehetséges az átjárás.**  
[76]

Az új rendszer bevezetésével az egészségügyi szolgáltatókkal foglalkoztatási jogviszonyt nem kötnek a rezidensek, a munkáltatói jogköröket felettük az ENKK gyakorolja.

162/2015. (VI. 30.) Korm. rendeletének 5.§ (4) pontja alapján az egészségügyi szolgáltató, tehát az elsődleges képzőhely vállalja, hogy a rezidens szakképzésének teljesítésének igazolását folyamatosan, de legkésőbb a tárgyhónapot követő 5. munkanapjáig rögzíti az ENKK által működtetett nyilvántartásba.

A nyilvántartás a 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 116/A. § (4) bekezdése alapján tartalmazza [77]:

- a) a szakképzésben résztvevő természetes személyazonosító adatait, és működési nyilvántartási számát,
- b) a szakképzésben résztvevő szakirányát,

- c) az elméleti képzésért felelős egészségügyi felsőoktatási intézmény megnevezését,
- d) a szakképzés gyakorlati részének teljesítésére vonatkozó adatokat,
- e) a szakorvosképzésért felelős egészségügyi államigazgatási szerv által a munkavégzés helyeként meghatározott egészségügyi szolgáltató nevét, címét, adószámát és bankszámlaszámát, vagy - ha nem a szakorvosképzésért felelős egészségügyi államigazgatási szerv a munkáltató - a képzésben részt vevő személyt foglalkoztató egészségügyi szolgáltató nevét, címét, adószámát és bankszámlaszámát,
- f) a Rezidens Támogatási Programban történő részvétel tényét.

Összefoglalva az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ (korábban: EEKH) átvett területei a következők:

- Egészségügyi Emberi Erőforrás Fejlesztési Főigazgatóság feladatköre,
- a teljes egészségügyi szakképzési és továbbképzési rendszer szervezése, mely feladatot korábban az ETI, majd 2011-től a GYEMSZI látott el,
- az Egészségügyi Szakképzési és Továbbképzési Tanács (ESZTT) működtetése, valamint bér- és létszámstatisztikák készítése.

#### **8.2.4. Állami Egészségügyi Ellátó Központ**

A fentiek értelmében 2015. március elsején a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) feladatkörének szétválasztása is megtörtént, az intézet Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) keretbe került, korábbi feladatainak nagy részét az ENKK-n kívül az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYEI) és az Országos Betegjogi, Ellátóügyi, Gyermekjogi és Dokumentációs Központ (OBDK) vette át.

Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) kizárólag az intézményfenntartással kapcsolatos, gazdaságilag hatékony működés módszertani kidolgozásában nyújt segítséget, hogy a magyar egészségügy működése hatékonyan támogassa a biztonságos betegellátást. A legtöbb, egészségügyi ágazatot érintő projekt menedzselése továbbra is a Központ funkciója marad. Új feladata a szakkollégiumi rendszer működtetése.

### **8.3. Az egészségügyi dolgozók képzését segítő portálok**

Az OFTEX - az orvosok és fogorvosok, a klinikai szakpszichológusok, klinikai sugárfizikusok, klinikai mikrobiológusok és a klinikai biokémikusok folyamatos továbbképzését nyilvántartó portálja [78].

A portál feladata a továbbképzési ciklus során a továbbképzendők által elő-akkreditált tanfolyamokon, munkahelyi képzéseken, akkreditált szakmai kongresszuson, különféle egyéni továbbképzéseken, és gyakorlati tevékenység közben, megszerzett pontszámok összesítése. A portál ezenkívül elősegíti az elő-akkreditált tanfolyamok, az utó-akkreditált képzések és a szakmai kongresszusok akkreditációját is. [79]

A SZAFTEX – az egészségügyi szakdolgozók kötelezően teljesítendő továbbképzéseit nyilvántartó informatikai rendszer [80]. A portál az egészségügyi szakdolgozók folyamatos továbbképzését hivatott segíteni, a működési nyilvántartás adatai alapján több, mint 97 ezer fő továbbképzését tartja nyilván.

#### **8.4. Humán Erőforrás Nyilvántartás (HENYÍR)**

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatának az egészségügyi szolgáltatóról és az általa foglalkoztatott egészségügyi dolgozókról szóló adatok szolgáltatása. Az Országos Tisztiorvosi Hivatal feladata az egészségügyi szolgáltatókról, azon belül a szervezeti egységekről, az általuk végezhető egészségügyi tevékenységekről, szakmákról, az egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozóknak, valamint a tevékenység végzésével összefüggő adatairól szóló közhiteles nyilvántartás vezetése.

A Hivatal készített egy átfogó excel táblázatot, mely tartalmazza az adatszolgáltatással érintett dolgozók adatait, melyet első alkalommal a szolgáltatóknak 2014. július elsején kellett elküldeniük, mellyel kiváltották az Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatalhoz (jelenleg: ENKK) való adatszolgáltatási kötelezettséget. Ezt a feladatot ettől az időponttól kezdve az Országos Tisztiorvosi Hivatal látja el. Az adatok egyeztetésre kerülnek az Országos Egészségbiztosítási Pénztár orvosi nyilvántartó rendszerével. Az adatszolgáltatási kötelezettség kiterjed a Magyarországon működő valamennyi fekvő és járóbeteg szakellátást, mentést, betegszállítást végző egészségügyi szolgáltatóra.

## 8.5. Foglalkozások Egységes Osztályozási Rendszere

A különböző folyamatok megfigyelésének, vizsgálatának egyik alapja, hogy rendelkezésre álljanak olyan osztályozási rendszerek, melyek egy „közös nyelvet” jelentenek az adatok összegyűjtésénél és felhasználásánál egyaránt. Magyarországon 1975-ben került bevezetésre a foglalkozások egységes osztályozási rendszere, a FEOR [81]. Felépítésében, rendszerszemléletében és alapelveiben egyértelműen megfeleltethető az ISCO-88-as (International Standard Classification of Occupations) nemzetközi foglalkoztatási rendszernek [82]. Ezen foglalkoztatási nomenklaturát az EUROSTAT is átvette, majd 2008-ban a Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO) vezetőtestülete is elfogadta. Az ISCO-08 2011-ben került bevezetésre az összes foglalkozásra kiterjesztve. Párhuzamosan Magyarországon is megtörtént az addig hatályban lévő FEOR-93 felülvizsgálata, melynek eredményeképpen 2011. január 1-jén hatályban lépett az új foglalkozások egységes osztályozási rendszere a FEOR-08. A magyarországi, valamint a nemzetközi rendszer 2011. óta jobban harmonizál egymással, mint előző változataik.

Mint minden szakmacsoportnál az egészségügyben is különösen fontos a megfelelő osztályozási rendszer kialakítása, melyhez nagy segítséget nyújt a FEOR. A rendszer által egyértelművé váltak a foglalkozással kapcsolatos fogalmak, illetve foglalkozási besorolás szempontjából egységesebbé tette a munkaügyi, statisztikai és igazgatási célra szolgáló nyilvántartásokat, adatszolgáltatásokat. A bevezetéskor kialakított foglalkozási osztályozási rendszer az alapelveket tekintve 1993-ig változatlan maradt.

Az egészségügyben használható FEOR számok a következők:

2211 Általános orvos
2212 Szakorvos
2213 Fogorvos, fogszakorvos
2214 Gyógyszerész, szakgyógyszerész
2221 Környezet- és foglalkozás-egészségügyi foglalkozású
2222 Optometrista
2223 Dietetikus és táplálkozási tanácsadó
2224 Gyógytornász
2225 Védőnő
2226 Mentőtiszt
2228 Alternatív gyógymódot alkalmazó
2229 Egyéb humán-egészségügyi (társ)foglalkozású
2231 Ápoló (felsőfokú képzettséghez kapcsolódó)
2232 Szülész(nő) (felsőfokú képzettséghez kapcsolódó)
3311 Ápoló, szakápoló
3312 Szülész(nő)i tevékenység segítője
3321 Általános egészségügyi asszisztens

3321	Általános egészségügyi asszisztens
3322	Egészségügyi dokumentátor
3323	Orvosi képző diagnosztikai és terápiás berendezések kezelője
3324	Orvosi laboratóriumi asszisztens
3325	Fogászati asszisztens
3326	Gyógyszertári és gyógyszerellátási asszisztens
3327	Alternatív gyógymódok alkalmazásának segítője
3331	Környezet- és foglalkozás-egészségügyi kiegészítő foglalkozású
3332	Fizioterápiás asszisztens, masszőr
3333	Fogtechnikus
3339	Egyéb, humánegészségüghöz kapcsolódó foglalkozású



## 9. ADATBÁZISOK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK KÖLTSÉGVETÉSÉBEN (ZEMPLÉNYI ANTAL)

### 9.1. A költségvetés célja, tartalma

Az egészségügyi intézmények, mint költségvetési szervek évente kötelesek költségvetési tervet készíteni. A költségvetési szervek esetében a költségvetés olyan pénzügyi terv, amely érvényességi időtartama alatt a feladat ellátásához szükséges jóváhagyott kiadásokat és a teljesítendő várható bevételeket előirányzatként tartalmazza. A kórházak azonban mára már olyan komplex üzemekké váltak, amelyek esetében az éves tervezés keretében nem elégséges pusztán pénzügyi tervet készíteni, mivel abban nem jelenik meg az intézmény alaptevékenységének ellátásához kapcsolódó szakmai terv, illetve a betegforgalomra és a kapacitásokra épülő teljesítményterv.



9/6. ábra: A költségvetés tervezés elemei

A tervezést az intézmény számára rendelkezésre álló adatok és feltételezések alapján, összetett módon kell végrehajtani. Elsőként el kell készíteni az éves szakmai tervet, ezt követően lehet összeállítani a kapacitások és erőforrások optimális kihasználtságát biztosító teljesítmény tervet, majd erre építve a finanszírozási kereteket is figyelembe véve készíthető el a pénzügyi terv. A három részterv egymásra épülve biztosíthatja az egészségügyi intézmény hatékony irányítását.

A résztervek összeállítása komoly előkészítő munkát igényel, amihez nagy mennyiségű adat feldolgozása szükséges. Jelen fejezetben röviden bemutatjuk, hogy egy egészségügyi

intézmény költségvetés tervezési munkája során milyen információk előállítására van szükség, ehhez milyen adatokat kell feldolgozni, és ezeknek mi lehet a forrása.

## **9.2. A tervezést megalapozó adatok**

### **9.2.1. Szakmai terv**

A szakmai terv tartalmazza az egészségügyi intézmény stratégiai célkitűzéseit és annak megvalósításához kapcsolódó feladatokat. Ez alapján egyebek mellett a szakmai terv határozza meg az intézmény által nyújtott egészségügyi szolgáltatási kört, a szakmai portfóliót, a struktúrát, illetve az ellátandó lakosok körét, ami mind kihatással van a teljesítmény- és pénzügyi terv tartalmára.

A szakmai terv elkészítéséhez ezért a következő adatkörökre van szükség:

- a) a területi ellátási kötelezettségbe tartozó népesség demográfiai, epidemiológiai és szociográfiai vonatkozású adatai és ebben bekövetkező idősoros változások, trendek,
- b) az intézmény területi ellátási kötelezettségébe eső kistérségek morbiditási jellemzői,
- c) betegvándorlási adatok, amelyek részletesen megmutatják, hogy az ellátási területen élő betegek melyik intézménynél veszik igénybe a szolgáltatást, illetve az adott intézmény milyen szakmai területeken lát el betegeket a kötelezően ellátandó településeken kívül.

A szakmai terv elkészítéséhez a Központi Statisztikai Hivatal Tájékoztatási adatbázisának egészségügyi tartalmú kimutatásai szolgáltatnak megfelelő információt [83]:

<http://statinfo.ksh.hu/Stainfo/themeSelector.jsp?page=1&theme=FE>

A betegvándorlási adatok az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) adatbázisában állnak rendelkezésre [84]. Az OEP a betegmozgásra vonatkozó adatokat csak rendkívül korlátozott tartalommal tesz közzé, így a szakmai publikum számára a részletes adatok csak egyedi igény alapján kérhetőek le.

### 9.2.2. Kapacitás- és teljesítményterv

A kapacitásterv az intézmény működtetni kíván szakorvosi óraszámát, krónikus illetve aktív ágyszámát tartalmazza, figyelembe véve a szakmai terv célkitűzéseit [85, 86]. Az intézmény indokolt kapacitásait az határozza meg, hogy az egyes szakmai területeken a lakosságszám és a morbiditási adatok figyelembe vételével mekkora keresletet szolgál ki, illetve hogy ennek ellátásához milyen finanszírozási keretet rendel hozzá a finanszírozó [87].

A kapacitástervezés során jó kiindulási alapként szolgálhatnak a kapacitáskihasználtságot jellemző országos, illetve intézmény-specifikus mutatók: pl.

- egy ágyra jutó esetszám vagy súlyszám,
- a lehetséges és tényleges ápolási napok aránya (ágykihasználtság),
- egy szakorvosi órára jutó esetszám vagy németpont.

A terv elkészítését megalapozó összehasonlító elemzéshez szükséges adatokat az OEP nyilvánosan is elérhetővé teszi:

[http://www.oep.hu/felso\\_menu/szakmai\\_oldalak/publikus\\_forgalmi\\_adatok/gyogyito\\_meg\\_elozo\\_forgalmi\\_adat](http://www.oep.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_meg_elozo_forgalmi_adat)

A kapacitástervezés ugyanakkor nem kizárólag intézményi hatáskör, jogszabályi előírások vonatkoznak a minimális kapacitás fenntartására vonatkozóan, illetve az Országos Tisztiorvosi Hivatal (OTH) jóváhagyása szükséges a kapacitások módosításához [88].

A teljesítménytervezés a működési engedélyben meghatározott struktúra, illetve finanszírozott kapacitás alapján, a teljesítményvolumen-korlát (TVK) figyelembe vételével történik [89, 90, 91]. A nagyobb egészségügyi intézményekről általában elmondható, hogy a rendelkezésre álló kapacitásuk és a lakosság részéről felmerülő igény figyelembe vétele mellett nagyobb teljesítményre (több eset ellátására) is képesek lennének, mint amit a TVK lehetővé tesz. Ez szükségessé teszi, hogy az intézmény a teljesítményét meghatározott szakmai területeken korlátozza. A teljesítménytervezés során ezért a korábbi időszak adataiból kiindulva meg kell vizsgálni a teljesítmény összetételét, amihez a teljesség igénye nélkül a következő adatok szükségesek szakmánkénti bontásban:

- sürgős és elektív ellátásra jutó teljesítmény,
- progresszív ellátás körébe tartozó teljesítmény,
- területi ellátási kötelezettségbe eső, illetve azon kívülről érkező esetekre jutó teljesítmény,
- finanszírozási korlát alá eső vagy a TVK alól mentesített teljesítmény,

- esetre jutó súlyszám (CMI),
- ellátás változó költsége.

A teljesítmény fentiek szerinti elemzését olyan adatbázis alapján lehet elvégezni, ami az intézmény több, különböző rendszerének adatforrásából táplálkozik (pl. medikai rendszer, kontrolling rendszer, manuálisan vezetett táblázatok).

A teljesítményterv teszi lehetővé az egészségügyi intézmények legnagyobb bevétele, az OEP finanszírozásból származó térítés pontos tervezését és egyúttal megalapozza a pénzügyi terv másik lábát a kiadási tervet is.

### 9.2.3. Pénzügyi terv

Az egészségügyi intézmények költségvetése két szemléletben készülhet el:

- Költségvetési szemléletű tervezés: a bevételek és kiadások tervezése, ami az intézmény előirányzat-gazdálkodási rendszerére épül.
- Pénzügyi szemléletű tervezés: a követelések (bevételi előírások) és a költségek szakfeladatonkénti tervezését jelenti és az intézmény kontrolling adataira épül.

A kórházak üzemszerű működése, illetve az OEP finanszírozásban jelentkező csúszás és a kórházak körében folyamatosan görgetett adósságállomány miatt a pénzügyi szemléletű tervezés alkalmasabb arra, hogy a kórház pénzügyi tervének átláthatóságát biztosítsa, és irányítási eszközként szolgáljon az intézmény vezetése számára.

A tervezési időszak során az egészségügyi intézmények egy olyan adatbázist alakítanak ki, amely egy időszak (a tervezési időszak) várható eredményeit mutatja be. A pénzügyi terv kidolgozása célszerűen egy ún. bázis létrehozásával indul, aminek forrása egy korábbi elszámolási időszak analitikus tényadatai. A pénzügyi tervet megalapozó tényadatok feldolgozása három nagy adatkör leképezésére irányul:

- költségek,
- bevételek,
- belső szolgáltatások (tényteljesítések, vetítési alapok).

A költség és bevétel adatok meghatározó forrása a főkönyvi könyvelés, az adatok átadása a pénzügyi tervezés alapját képező kontrolling rendszerbe részletes könyvelési tétel szintű adatbázissal történik.

A kontrolling költségnemek költségei a **főkönyvi költségek átvételével alakulnak ki**. Egy-egy költségnek a jellemzője a **költség típusa** és az **előfordulás helye**. A lezárt főkönyvi időszak költség adatbázisából ezek kerülnek átvételre és konvertálásra a kontrolling rendszerbe.

A bevételek nagyobb része – az OEP teljesítmény-finanszírozás TBiz. listán szereplő tételei – jellemzően nincsenek részletesen nyilvántartva a főkönyvi rendszerben, ezért ezeknek a bevételeknek a feldolgozását a finanszírozási analitikák alapján végzik az intézmények. Minden egyéb bevétel esetében, mely nem OEP/TBiz. a főkönyvi könyvelés a kizárólagos adatforrás.

A belső szolgáltatások, vetítési alapok, belső teljesítések összegyűjtése a pénzügyi tervezés harmadik adatköre. A belső szolgáltatások elszámolására azért van szükség, hogy reálisan lehessen látni egy-egy szervezeti egység működéséhez szükséges erőforrás-felhasználást még abban az esetben is, ha a szolgáltatás (pl. aneszteziológia, diagnosztika, sterilizálás, betegszállítás stb.) igénybevételére nem külső szolgáltatótól, hanem az intézményen belüli szervezeti egységről kerül sor.

A belső szolgáltatás elszámolás valós, lehetőleg mért, a költségekkel arányban, ok-okozati összefüggésben álló teljesítések mentén kell, hogy történjen, ezért kiemelten fontos a teljesítmények gyűjtése és nyilvántartása, ami általában informatikai alrendszerekben történik, és időszakonként leválogatásra kerül [92]. A legfontosabb rendszerek, ahonnan a belső szolgáltatások elszámolásához adatok nyerhetőek ki:

- medikai rendszer (ápolási napok, műtéti időtartamok, diagnosztikai egységek és járó szakrendelések teljesítései, stb.),
- a medikai rendszert helyettesítő, vagy annak egyes adatait hordozó rendszerek (például finanszírozási elszámolási szoftverek, kontrolling alrendszerek, amelyek táplálkozhatnak a klinikai rendszerből, és vagy az OEP felé megküldött teljesítményjelentésekből, illetve a visszaigazolásokból),
- a kiszolgáló területek helyi rendszerei (pl.: ételmezés, facility management rendszer, szállítás),
- rendszerek hiányában, a táblázatos formában (elektronikusan, de akár papír alapon is) történő adatgyűjtés (aminek az eredményeit adatbázisban kell feldolgozni).

### 10.1. Bevezetés

A történelem során az állam mindig kiemelt figyelmet fordított arra, hogy lehetőség szerint naprakész nyilvántartással rendelkezzen az adott ország állampolgáiról, amely jelentősége felértékelődött a népmozgalmi adatok, az adófizetési- és katonaállítási kötelezettséggel kapcsolatos információk tekintetében. A születéssel és halálozással kapcsolatos adatok nemcsak az államhatalom, hanem az egyén szempontjából is nagy jelentőséggel bír. Azonban az adatgyűjtések során számos olyan személyes adat is az állam tudomására jut, amelyek rendkívül érzékenyen érintik az egyént, mint amilyenek például az egészségügyi adatok. Különösen igaz ez napjainkban, amikor a számítástechnika fejlődése lehetővé teszi egymástól – akár földrajzilag is - elkülönítetten kezelt, nagyméretű adatbázisok gyors összekapcsolását, amely szükségessé teszi a személyes adatok fokozott védelmét, különös tekintettel a szenzitív adatokra, mint az egészségügyi adatok.[93]

Mindezek alapján az Országgyűlés, felismerve az egészségügyi adatok bizalmi jellegét, valamint azt, hogy ezen adatokat a számítástechnika széles körű elterjedése miatt fokozott védelemben kell részesíteni megalkotta az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényt (továbbiakban: Törvény). A Törvény rendelkezéseinek megértéséhez elengedhetetlen az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény, valamint egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezéseinek ismerete, amelyet ebben a fejezetben terjedelmi okok miatt nem lehetséges részletesen ismertetni. [94, 95, 96]

### 10.2. A Törvény célja, hatálya, alapvető rendelkezései

A Törvény célként tűzi ki, hogy meghatározza az egészségi állapotra vonatkozó különleges személyes adatok és az azokhoz kapcsolódó személyes adatok körét és kezelését. Megerősítőleg rögzíti, hogy személyes adatot kizárólag a törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben és mértékben lehet kezelni, amely alapelv az adatok célhoz kötöttségének elvéből vezethető le. A Törvény meghatározza személyi és tárgyi hatályát, amelynek értelmében a Törvény rendelkezései kiterjednek az egészségügyi ellátó hálózatra, valamint minden olyan adatkezelőre, amely egészségügyi és személyazonosító adatot kezel. A Törvény fogalom meghatározásai közül kiemelt figyelemmel kell kezelni a következőket, mint az egészségügyi adat, a személyazonosító adat, a sürgős szükség és az orvosi titok fogalma.[97]

Az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelésének célját a Törvény taxatíve sorolja fel, így ezen adatokat más törvény felhatalmazása nélkül kizárólag az egészség megőrzésének, javításának, fenntartásának előmozdítása, a betegellátó eredményes gyógykezelési tevékenységének elősegítése, az érintett (egyén) egészségi állapotának nyomon követése, a népegészségügyi, közegészségügyi és járványügyi érdekből szükségessé váló intézkedések megtétele, és a betegjogok érvényesítése érdekében lehet kezelni.

Ezekon a célokon túlmenően a Törvény lehetőséget teremt arra, hogy egyéb, más törvényben meghatározott esetekben is megvalósulhasson az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelése, azonban ezek célját is taxatíve felsorolja, amelyek közé tartozik a teljesség igénye nélkül az egészségügyi szakemberképzés, a statisztikai vizsgálat, a munkavégzésre való alkalmasság megállapítása, a betegút-szervezés, valamint az egészségügyi rendszer teljesítményének ellenőrzése, értékelése.

A Törvény egyértelműen rögzíti azt is, hogy ki jogosult az egészségügyi adatok kezelésére, amely körben természetesen a betegellátót sorolja fel, hiszen egészségügyi adatok hiányában nem tudna érdemi munkát végezni, az egészségügyi intézmény vezetőjét, valamint az adatvédelmi felelőst. A közegészségügyi-járványügyi veszélynek kitett és a velük kapcsolatba került személyek esetén a Törvény külön rendelkezést tartalmaz arra vonatkozóan, hogy ki és milyen módon jogosult az egészségügyi adat kezelésére.

A Törvény egyik legfontosabb rendelkezése értelmében az egészségügyi és személyazonosító adatok kezelése és feldolgozása során biztosítani kell az adatok biztonságát véletlen vagy szándékos megsemmisítéssel, megsemmisüléssel, megváltoztatással, nyilvánosságra kerüléssel szemben, továbbá azt, hogy az adatokhoz illetéktelen személy ne férjen hozzá.

### **10.3. Adatkezelés az egészségügyi ellátórendszeren belül**

A legfontosabb adatkezelési cél a gyógykezelés céljából történő adatkezelés, amely elsősorban az egészségügyi ellátó hálózaton belül valósul meg. Az adatkezelő köteles az adatfeldolgozás során az orvosi titkot megtartani, amelyet az egészségügyi törvény is előír a tágabban értelmezett egészségügyi dolgozók számára. Ennek értelmében minden, a beteg egészségi állapotával kapcsolatos, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott adat és egyéb tény vonatkozásában, időbeli korlátozás nélkül titoktartási kötelezettség terheli az egészségügyi dolgozót, függetlenül az adatok megismerésének forrásától és módjától. A titoktartási kötelezettség alól a beteg, vagy törvényes képviselőjének írásos hozzájárulása, valamint törvény felhatalmazása alapján mentesülhet

az egészségügyi dolgozó. A betegjogok körébe tartozik, hogy a beteg jogosult tájékoztatást kapni a gyógykezeléssel összefüggő egészségügyi adatairól, azok kezeléséről, és betekinthes az egészségügyi dokumentációba, amelyről saját költségére másolatot is készíthet. Az egészségügyi dokumentációba történő betekintés jogát az ellátás időtartama alatt a beteg által írásban, az ellátás befejezését követően teljes bizonyítóerejű magánokiratban meghatalmazott személy gyakorolhatja. A beteg halála esetén törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, örököse, írásbeli kérelem alapján betekinthes a halál okával összefüggő, vagy összefüggésbe hozható egészségügyi dokumentációba. [98]

A Törvény rögzíti, hogy az egészségügyi ellátó hálózaton belül az egészségügyi és személyazonosító adatok továbbíthatók és gyógykezelési, népegészségügyi, közegészségügyi- és járványügyi intézkedések megtétele érdekében a szükséges mértékben és ideig összekapcsolhatók. A beteg egészségének megőrzése, javítása fenntartás céljából minden, az érintett betegséggel kapcsolatos egészségügyi adat továbbítható, kivéve, amennyiben ezt a beteg írásban megtiltotta, amelynek lehetőségéről a beteget előzetesen tájékoztatni kell. A beteg által az egészségügyi ellátás igénybevételéhez szükséges adatainak kivételével egészségügyi adatait önkéntesen adja meg. Amennyiben a beteg önként vesz igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, akkor az egészségügyi adatainak kezelésére szolgáló beleegyezését megadottnak kell tekinteni kivéve, ha ezzel ellentétes nyilatkozatot tesz.

Sürgős szükség esetén azonban az érintett beleegyezése nélkül is továbbíthatók a gyógykezeléssel összefüggésbe hozható egészségügyi és személyazonosító adatok. Az egészségügyi adatkezelés során a generális szabályokhoz képest a sürgős szükség állapota a is eltéréseket tartalmaz, hasonlóan az önrendelkezési jog esetében alkalmazott szabályokhoz. Ennek értelmében sürgős szükség esetén, valamint az érintett beteg belátási képességének hiányában az adatkezelésre vonatkozó önkéntességet vélelmezni kell. A Törvény adatszolgáltatási kötelezettséget ír elő a beteg részére, a meghatározott fertőző betegségek, heveny mérgezések esetén, szűrő- és alkalmassági vizsgálatok, illetve foglalkozás eredetű megbetegedések esetén, illetve bűnmegelőzési, bűnüldözési célból, valamint nemzetbiztonsági ellenőrzés esetén. [99]

A betegnek joga van ahhoz, hogy vizsgálata és gyógykezelése esetén kizárólag az ezt végző, illetve az ehhez szükséges személyek legyenek jelen, illetve azok, akiknek a jelenlétéhez a beteg hozzájárult. Az érintett hozzájárulásának hiányában, bizonyos esetekben, a rendőrség és a büntetés-végrehajtási szervezet hivatásos állományú tagja is jelen lehet, valamint több beteg egyidejű ellátása esetén a másik beteget ellátó egészségügyi dolgozó is. Az egészségügyi szakemberképzés céljából az érintett



hozzájárásával lehetnek jelen a beteg vizsgálata és gyógykezelése során az orvostanhallgatók, illetve az egészségügyi szakemberképzésben részt vevő hallgatók és oktatóik. Az érintett hozzájárulására sincs szükség, amennyiben az intézmény az egészségügyi szakemberképzésre kijelölt intézménynek minősül, azonban erről az érintettet legkésőbb a gyógykezelés megkezdése előtt tájékoztatni kell, ilyen intézmények az egyetemi klinikák, oktatókórházak.

Az egészségügyi ellátó az érintett egészségügyi és személyazonosító adatait kezelheti.

- az egészségügyi államigazgatási szervek részére továbbíthatja, amennyiben az érintett a Törvény mellékletében meghatározott fertőző betegségben szenved, illetve annak gyanúja merül fel, kivéve az anonim (HIV, AIDS) szűrővizsgálatok eseteit.
- Az élelmiszerlánc biztonságát veszélyeztető megbetegedések esetén értesíteni szükséges az élelmiszerlánc-felügyeleti szervet.
- Népegészségügyi célból adatok továbbíthatók a Törvényben meghatározott célból és tartalommal a Veszélyeztetett Rendellenességek Országos Nyilvántartása, a daganatos eredetű megbetegedéseket nyilvántartó regiszterek, a Gyermekonkológiai Regiszter, valamint a Szívinfarktus Regiszter részére.
- Külön kategóriát képeznek a statisztikai, illetve a tudományos kutatás céljából végzett adatkezelések. Statisztikai célból a Központi Statisztikai Hivatal részére meghatározott személyes adatokat továbbítani, amely a statisztikai célú feldolgozást követően haladéktalanul törli a személyes adatokat.
- Tudományos kutatás esetén szükséges az intézményvezető, esetenként az adatvédelmi felelős engedélye az egészségügyi és személyes adatokba való betekintéshez, azonban a tudományos közlemény nem tartalmazhat személyes adatokat.

Az adatbetekintésről nyilvántartást kell vezetni, amelynek megőrzési ideje 10 év.

#### **10.4. Adattovábbítás az egészségügyi ellátó hálózaton kívül**

Az egészségügyi ellátó-hálózat az érintett egészségügyi adatait és az azonosításhoz szükséges személyes adatait írásbeli megkeresés alapján a Törvényben meghatározott esetekben átadja az illetékességgel és hatáskörrel rendelkező szervezeteknek, mint például büntetőügyekben a nyomozó hatóságnak, ügyészségnek, bíróságnak vagy egészségügyi dolgozó fegyelmi eljárása esetén az eljárást lefolytató kamarai szerv részére. Soron kívüli kezelést igényel ezek közül a nyomozó hatóság „halaszthatatlan intézkedésre” jelzésű

megkeresése, valamint a halott-vizsgálathoz szükséges adatok azonnali nyomozati cselekmény esetén, illetve rendkívüli halálessettel kapcsolatos hatósági eljárás során.

Az ellátó-hálózaton kívüli adattovábbításra bizonyos esetekben az érintett beleegyezése sem szükséges, ilyen eset, amikor az érintett 8 napon túl gyógyuló sérülést szenvedett és a sérülés feltehetőleg bűncselekmény következménye. Ebben az esetben a rendőrség, illetve amikor a kiskorú sérülése, vagy betegsége bántalmazás, vagy elhanyagolás következménye, vagy ilyenről szerez a kezelőorvos tudomást, ebben az esetben a gyermekjóléti szolgálat értesítése szükséges. A közigazgatási hatósági eljárás során egészségügyi adatot abban az esetben lehet továbbítani, amennyiben az az érintett jogainak érvényesítéséhez, kötelezettségeinek teljesítéséhez elengedhetetlenül szükséges. [100]

### **10.5. Az egészségügyi és a személyazonosító adatok nyilvántartása**

A Törvény rendelkezik arról, hogy az érintettről felvett egészségügyi és személyazonosító adatot, illetve azok továbbítását meghatározott adattartalommal nyilván kell tartani. A nyilvántartás részét képezik azok a feljegyzések, amelyet a kezelőorvosnak az általa, vagy mások által felvett egészségügyi adatokról és saját tevékenységéről készítenie kell. A betegellátó intézmény a Törvény mellékletében felsorolt fertőző betegséggel érintetteket nyilvántartja, a védőoltásra kötelezett személyeket, valamint a kábítószer élvezőket, és kóros mértékben gyógyszert fogyasztókat, ezen esetben azonban elkülönítve tárolja az egészségügyi és személyes adatokat egymástól. [101]

Az egészségügyi dokumentáció részeként a képalkotó diagnosztikai eljárással készült felvételeket a készítéstől számított 10 évig, a felvételtől készített leletet 30 évig, míg a zárójelentéseket 50 évig kell megőrizni. A megőrzésre előírt határidő lejártát követően ezeket az adatokat törölni kell, kivéve, ha az esetnek tudományos jelentősége van, mert ebben az esetben a Semmelweis orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár részére kell átadni. A betegnek joga van ahhoz, hogy betekintszen a róla készült egészségügyi dokumentációba, és amennyiben abban hibát, elírást tartalmaz, kérheti annak kijavítását. A kijavítást úgy kell megtenni, hogy az eredeti adatok megállapíthatóak legyenek.

Az egészségügyi intézményen belül az egészségügyi és személyes adatok védelméért, és a nyilvántartás megőrzéséért az adatot kezelő intézmény vezetője a felelős. Amennyiben az intézmény szervezeti egységenként 20 főnél több adatkezelőt foglalkoztat, abban az esetben szervezeti egységenként adatvédelmi felelőst kell kijelölni. Az adatvédelmi felelős szakorvos, legalább 2 éves joggyakorlattal rendelkező jogász, vagy felsőfokú végzettségű, egészségügyi adatkezelésben legalább 2 éves joggyakorlattal rendelkező személy lehet.

Az egészségügyi ellátó-hálózaton kívüli intézmény egészségügyi adatot feladati ellátásához szükséges mértékben kezelhet, azonban betartva a Törvény vonatkozó rendelkezéseit. Ezen intézményekben az adatkezelő az intézményvezető által adatkezeléssel megbízott, illetve hatósági jogkört gyakorló személy lehet, egészségügyi adatfelvételt a közoktatási pedagógiai szakszolgálat tagja és a hadkiegészítő parancsnokság sorozó orvosa végezhet, feladatának ellátásához szükséges mértékben.

#### **10.6. Az adatvédelmi biztos joggyakorlata**

Az adatvédelmi biztos az egészségügyi és személyes adatok védelmével kapcsolatosan több állásfoglalást adott ki, amelyek közül szeretnénk kettőt bemutatni, felhívva a figyelmet az egészségügyi adatkezelés gyakorlati oldalának kihívásaira, érdekességeire. [102]

Az egészségügyi ellátórendszeren belüli adatkezelési probléma egyik tipikus esete a háziorvosi praxisok jogutódlásához kötődő betegnyilvántartások átadásának-átvételének problémaköre. Számos esetben, amikor a beteg háziorvost vált előfordul, hogy a régi háziorvos visszatartja, nem küldi tovább az új háziorvosnak a beteg egészségügyi adatait. Az adatvédelmi biztos 31/A/2005., állásfoglalásában leszögezte, hogy a háziorvosi ellátás mindenkori szolgáltatója jogosult a betegek egészségügyi dokumentációjának kezelésére, a „jogelőd” háziorvos nem teremthet olyan helyzetet, hogy a betegnyilvántartások visszatartásával a praxis „kiüresedjék”. Az adatok átadásának kikényszerítésére, megegyezés hiányában, a bíróság az illetékes.

Az egészségügyi ellátórendszeren kívüli megkeresésekkel kapcsolatos egészségügyi adatkezelés közül egy érdekes esettel szeretnénk szemléltetni, hogy egyébként megalapozottnak tűnő indokokkal, közigazgatási hatósági eljárás keretében közigazgatási szerv is intézhet olyan megkeresést egészségügyi intézményekhez, amelyek túlterjednek a hatósági ügy lezárásához szükséges adatok körén, így nem jogosult az érintettek egészségügyi és személyazonosítására szolgáló adatok kezelésére.

A beadvány értelmében egy háziorvos, aki betegeit rendszeresen felkeresi autóján, kifogásolta, hogy az APEH illetékes igazgatósága 2003-ban lefolytatott vizsgálata során a háziorvos által készített útnyilvántartást nem fogadta el azon indokkal, hogy nem jelölte meg a felkeresett betegek nevét. Tekintettel arra, hogy az orvos saját tulajdonú személygépkocsijának használatára tekintettel költségtérítést vesz igénybe, amelyhez útnyilvántartás vezetése kötelező, ugyanakkor a háziorvos kifogásolta, hogy meglátása szerint az adóhatóságnak nincs joga az orvosi titoknak minősülő személyazonosításra

alkalmas adatok megismerésére. Az adatvédelmi biztos 891/K/2003 számú állásfoglalásában megállapította, hogy egyetlen törvény sem ad felhatalmazást az adóhatóságnak arra, hogy az orvos által ellátott betegek adatait megismerje, kezelje.

## 11. IRODALOMJEGYZÉK

- 1 Warren JL, Klabunde CN, Schrag D, Bach PB, Riley GF. Overview of the SEER-Medicare Data: Content, Research Applications, and Generalizability to the United States Elderly Population. *Med Care* 2002 Aug;40 (8 Suppl):3-18
- 2 Pollock, A. M., Macfarlane, A. J. & Godden, S. (2012). Dismantling the signposts to public health? NHS data under the Health and Social Care Act 2012. *BMJ: British Medical Journal*, 2012(344)
- 3 R. Büsse, M. Blümel: *Health Systems in Transition – Germany*, Vol. 16 No. 2. 2014
- 4 A személyazonosító jel helyébe lépő azonosítási módokról és az azonosító kódok használatáról szóló 1996. évi XX. törvény 21-22. §
- 5 1997. évi LXXX. törvény 40-42. §
- 6 76/2004 sz. ESZCSM rendelet 4.§
- 7 1997. évi XLVII. törvény 4.§ (2)
- 8 Nagy J, Dózsa Cs, Boncz I. Experiences with the application of the DRG principle in Hungary. In: *The globalization of managerial innovation in health care* (Pp. 284-319.) Editors: Kimberly, John R, Pouvourville, Gérard de; D'Aunno, Thomas A. Cambridge University Press, 2008.
- 9 Boncz I, Takács E, Szaszko D, Belicza É. Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassa igénybevétele. *Területi egyenlőtlenségek II. Kórház*, 2006; 12(9):30-32.
- 10 Boncz I, Takács E, Szaszko D, Belicza É. Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassa igénybevétele. *Területi egyenlőtlenségek I. Kórház*, 2006; 12(7-8):37-43.
- 11 Takács E, Szaszko D, Belicza É, Boncz I. Az OEP járóbeteg szakellátási kassa igénybevételeinek területi egyenlőtlenségei. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2006; 5(7): 15-22.
- 12 Szaszko D, Belicza É, Vinnai Á, Boncz I, Takács E. Az OEP krónikus fekvőbeteg szakellátási kassa igénybevételeinek területi egyenlőtlenségei. *Magyar Epidemiológia*, 2006; 3(4):323-333.
- 13 Boncz I, Takács E, Belicza É, Szaszko D, Vinnai Á, Oláh A, Sebestyén A, Betlehem J, Kriszbacher I. Az OEP otthoni szakápolási kassa igénybevételeinek területi egyenlőtlenségei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2007; 45(4):29-35.
- 14 Kárpáti K., Brodszky V, Májer I, Boncz I, Bereczki D, Gulácsi L. Az akut stroke előfordulása és betegségterhe hazánkban, OEP adatok alapján. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2007; 6 (S1):41-46.
- 15 Kárpáti K, Májer I, Boncz I, Nagy A, Bereczki D, Gulácsi L. A stroke kórházi ellátásának egészségbiztosítási költségei Magyarországon, 2003–2005. *Ideggyógy Sz.* 2007; 60(7-8):311-20.
- 16 Sebestyén A, Boncz I, Nyárády J. Az egészségbiztosítási költségek elemzése az elsődlegesen csavaros osteosynthesissel, illetve protézisbeültetéssel kezelt 60 évesnél fiatalabb mediális combnyaktörést szenvedett betegek eseteiben. *Orvosi Hetilap*, 2006; 147(24): 1129-1135.
- 17 Boncz I, Sebestyén A. Az emlő, méhnyak és colorectalis daganatok kezelési költségeinek összehasonlító elemzése. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 2006; 4(10): 16-19.
- 18 Boncz I, Sebestyén A. Az egyetemek szerepe a progresszív betegellátás rendszerében. *Orvosi Hetilap*, 2003; 144(11): 523-528.
- 19 Boncz I. A magyar Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) tapasztalatai. *Kórház*, 2004; 11(1): 29-31.

- 
- 20 Sebestyén A, Boncz I, Dózsa Cs, Nyárády J. Trochantertáji törések ellátásának költségvizsgálata a műtéti eljárások és a progresszív ellátási szintek szerint finanszírozói szemszögből. *Orvosi Hetilap*, 2004; 145(21): 1115-1121.
- 21 Sándor J, Szücs M, Kiss I, Boncz I, Sebestyén A, Kiss A, Ember I. Méhnyak- és emlőrákszűrés a magyarországi kistérségekben. *Lege Artis Medicinae*, 2003; 13(4): 310-316.
- 22 Boncz I, Hoffer G, Sebestyén A, Dózsa Cs, Ember I. A 2002. évi szervezett lakossági emlőszűrés monitorozásának eredményei. *Magyar Onkológia*, 2005; 49(2): 109-115.
- 23 Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, Péntek Z, Kovács A, Dózsa Cs, Budai A, Ember I. A szervezett emlőszűrési program 2002-2003. évi részvételi arányai és a program hatása a diagnosztikus és szűrési célú mammográfiák számára. *Orvosi Hetilap*, 2005; 146(38): 1963-1970.
- 24 Boncz I, Sebestyén A, Döbrössy L, Péntek Z, Kovács A, Budai A, Kövi R, Ember I. A szervezett emlőszűrési program második ciklusának (2004-2005.) részvételi arányai. *Orvosi Hetilap*, 2008; 149(32): 1491-1498.
- 25 Boncz I, Döbrössy L, Péntek Z, Kovács A, Budai A, Vajda R, Sebestyén A. A szervezett emlőszűrési program harmadik (2006-2007) szűrési ciklusának részvételi arányai. *Magy Onkol.* 2013; 57(3):140-146.
- 26 Boncz I, Döbrössy L, Péntek Z, Kovács A, Budai A, Imre L, Vajda R, Sebestyén A. A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008-2009) szűrési körének részvételi arányai. *Orv. Hetil.* 2013; 154(50): 1975–1983.
- 27 Boncz I, Sebestyén A, Gulácsi L, Pál M, Dózsa Cs. Az emlőrákszűrések egészség-gazdaságtani elemzése. *Magyar Onkológia*, 2003; 47(2): 149-154.
- 28 Boncz I, Sebestyén A, Pál M, Sándor J, Ember I. A méhnyakrák szűrések egészség-gazdaságtani elemzése. *Orvosi Hetilap*, 2003; 144(15): 713-717.
- 29 Boncz I, Sebestyén A, Dózsa Cs, Pál M, Sándor J, Palásti J, Betlehem J, Ember I. A colorectalis szűrések egészség-gazdaságtani elemzése. *Magyar Onkológia*, 2004; 48(2): 111-115.
- 30 Belicza É, Takács E, Boncz I. Indikátorrendszer kialakítása az egészségügyi szolgáltatások értékelésére. *Orvosi Hetilap*, 2004; 145(30): 1567-1572.
- 31 Boncz I, Belicza É, Takács E. Minőségi indikátorok a szülészeti-nőgyógyászati ellátásban. In: *Az egészségügyi minőségbiztosítás helyzete az Európai Unióhoz történő csatlakozás előtt (139-144. o.)*, Szerk.: Gődény S, Debreceni Egyetem, Debrecen, 2004
- 32 Boncz I, Mészáros L. Az aktív fekvőbetegellátás minőségének regionális egyenetlenségei minőségi indikátorok tükrében. *Élet- és Egészségbiztosítás*, 2000; 4(S1):14-15.
- 33 Belicza É, Takács E, Boncz I, Merkely B. Using administrative data for quality indicators of AMI hospital care in Hungary. *Value Health*, 2007; 10(6):A408-409.
- 34 Boncz I. A teljesítmény mérésének megbízhatósága a fekvőbetegellátás értékelésében. *Élet- és Egészségbiztosítás*, 1999, 3(S1):13.
- 35 <http://data.euro.who.int/hfad/>
- 36 <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- 37 <http://stats.oecd.org/#>
- 38 [http://www.unecce.org/stats/stats\\_h.html](http://www.unecce.org/stats/stats_h.html)
- 39 <http://apps.who.int/gho/data/node.main>
- 40 <https://www.ksh.hu/>
- 41 <http://www.oefi.hu/halalozas/>
- 42 Cochrane AL: *Effectiveness and Efficiency: random reflections on health services. The Nuffield Provincial Hospitals Trust*, 1972.
- 43 <http://community.cochrane.org/cochrane-reviews/cochrane-database-systematic-reviews-numbers>, 2015. június 28-ai hozzáférés

- 
- 44 Decsi Tamás: *A bizonyítékokon alapuló orvoslás*. Egyetemi tankönyv. Medicina Könyvkiadó ZRT, Budapest, 2011, pp. 1-114.
- 45 Greenwood M. *Medical statistics from Graunt to Farr*, Cambridge, 1948, Cambridge University Press.
- 46 Bertillon J. Classification of the causes of death (abstract), In: Transactions of the 15th International Congress on Hygiene Demography, 1912, Washington.
- 47 Roesle E, *Essai d'une statistique comparative de la morbidité devant á servir á établir les listes spéciales des causes de morbidité*, League of Nations Health Organization, 1928, Geneva.
- 48 World Health Organization, *Classification, International Classification of Diseases (ICD)*, elérhető az interneten: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- 49 42/1995. (XI. 14.) NM rendelet-a Betegségek Nemzetközi Osztályozása X. Revíziója bevezetéséről.
- 50 BNO-A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása-Tizedik revízió I-III. kötet, Népjóléti Minisztérium, Budapest 1995
- 51 Dr. Surján György, Orvosi kódrendszerek és ismeretábrázolás, A BNO 10 tartalmi bemutatása, 109.oldal,(2014), Semmelweis Egyetem, Budapest
- 52 Dr. Surján György, Orvosi kódrendszerek és ismeretábrázolás, A BNO 10 tartalmi bemutatása, 108-113.old, (2014), Semmelweis Egyetem, Budapest.
- 53 A funkcióképesség, a fogyatékoság és az egészség nemzetközi osztályozása, Az FNO elemeinek áttekintése, 12-14.old (2009), Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- 54 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, Vols. 1–3. World Health Organization, (1992-94), Geneva.
55. Bickenbach, J. E. Chatterji, S. Badley, E. M. Üstün, T. B.: Models of Disablement, Universalism and the ICIDH, *Social Science and Medicine*, (1999), 48:1173–1187 pp.
- 56 World Health Organization, *International Classification of Health Interventions*, elérhető az interneten: <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>.
57. Dr. Surján György, Orvosi kódrendszerek és ismeretábrázolás, 2014, Semmelweis Egyetem, Budapest.
- 58 Boncz Imre, *Egészségügyi finanszírozási, menedzsment és minőségbiztosítási alapismeretek*, Medicina Kiadó, 2011, Budapest.
- 59 *Besorolási Kézikönyv homogén betegségcsoportok képzéséhez*, Egészségügyi Minisztérium, Országos Egészségbiztosítási Pénztár, 2005, Budapest.
- 60 24/1999. (VII. 6.) EüM rendelet Az egyes daganatos megbetegedések bejelentésének rendjéről
- 61 az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény
- 62 Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP). [www.oep.hu](http://www.oep.hu)
- 63 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). [www.ksh.hu](http://www.ksh.hu)
- 64 Nemzeti Rákregiszter. [http://www.onkol.hu/hu/nemzeti\\_rakregiszter](http://www.onkol.hu/hu/nemzeti_rakregiszter)
- 65 BNO-A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása-Tizedik revízió I-III. kötet, Népjóléti Minisztérium, Budapest 1995
- 66 Nemzeti Szívinfarktus Regiszter. <https://ir.kardio.hu/ir/fooldal>
- 67 Belicza, É., Jánosi, A.: Study of incidence and treatment of acute myocardial infarction by evaluating the financing database: 2004–2009. [A heveny szívinfarktus előfordulásának és ellátásának vizsgálata a finanszírozási adatbázis elemzésével: 2004–2009.] *Orv. Hetil.*, 2012, 153(3), 102–112
- 68 AZ EURÓPAI PARLAMENT ÉS A 141/2000/EK RENDELETE (1999. december 16.) a ritka betegségek gyógyszereiről



- 
- 69 Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartás (VRONY). <http://www.oefi.hu/vrony/vrony.htm>
- 70 A veleszületett rendellenességek bejelentéséről és nyilvántartásuk rendjéről szóló 21/2014. (III. 20.) EMMI rendelet
- 71 az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet
- 72 az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Kormányrendelet
- 73 Nemzeti Szívinfarktus Regiszter. Jánosi András, dr. Ofner Peter dr. GOKI, Budapest. Orvosi Hetilap. Összefoglaló Közlemény, 155. évfolyam, 19. szám. 2014.
- 74 Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ alap-és működési kereső. <http://kereso.eekh.hu/>
- 75 29/2015. (II. 25.) Korm. Rendelet az Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központtól
- 76 <http://www.enkk.hu/index.php/hun/koordinacios-foosztaly/rezidens/hireink>
- 77 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről
- 78 Orvosok Folyamatos Továbbképzése - OFTEX. [www.oftex.hu](http://www.oftex.hu)
- 79 [http://www.oftex.hu/project\\_o/system/launch.php?pg=./FRAME\\_main.php](http://www.oftex.hu/project_o/system/launch.php?pg=./FRAME_main.php)
- 80 Szakdolgozók Folyamatos Továbbképzése - SZAFTEX. <https://szaftex.aEEK.hu>
- 81 foglalkozások egységes osztályozási rendszere. Melléklet a 7/2010. (IV. 23.) KSH közleményhez: a FEOR-08 négy számjegyes rendszeres jegyzéke
- 82 International Standard Classification of Occupations Structure, group definitions and correspondence tables – ISCO-08. International Labour Office, Geneva, 2012.
- 83 Központi Statisztikai Hivatal (KSH). Tájékoztató adatbázis. [www.ksh.hu](http://www.ksh.hu)
- 84 Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP). [www.oep.hu](http://www.oep.hu)
- 85 Ágoston I, Vas G, Imhof G, Endrei D, Betlehem J, Boncz I. A magyar egészségügyi kapacitások törvényi szabályozásának változásai. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009; 47(4):3-7.
- 86 Vas G, Imhof G, Ágoston I, Vas B, Betlehem J, Kresák G, Endrei D, Zemplényi A, Boncz I. A 2007. április 1-i egészségügyi reform intézkedések hatása az összes kórházi ágyszámra. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2009; 47(4):5-11.
- 87 Endrei D, Molics B, Ágoston I. Multicriteria Decision Analysis in the Reimbursement of New Medical Technologies: Real-World Experiences from Hungary. Value Health. 2014;17(4):487-9.
- 88 Országos Tisztiorvosi Hivatal (OTH). [www.antsz.hu](http://www.antsz.hu)
- 89 Endrei D, Zemplényi A, Molics B, Ágoston I, Boncz I. The effect of performance-volume limit on the DRG based acute care hospital financing in Hungary. Health Policy. 2014; (2-3):152-156.
- 90 Endrei D, Decsi T, Bódis J, Zemplényi A, Ágoston I, Molics B, Boncz I. Az aktív fekvőbeteg szakellátás finanszírozásának visszavezetése a degresszív TVK irányába 2010-2012. között. Egészség-Akadémia. 2012;3(2):129-135.
- 91 Endrei D, Kollár L, Bódis J, Imhof G, Zemplényi A, Vas G, Boncz I. A teljesítményvolumen korlát hatása a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ finanszírozására. Orv Hetil. 2010;151(31):1270-4.
- 92 Zemplényi A, Imre L, Babarczy B, Boncz I. Esetszintű kórháziköltség-számítás alkalmazása a nemzetközi gyakorlatban. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2014; 52(1):20-26.
- 93 Szőke Gergely L. Az adatvédelem szabályozásának történeti áttekintése. Infokommunikáció és Jog. 2013; 10(3): 107-112.



- 
- 94 Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700047.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700047.TV) [2015.07.14.].
- 95 Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100112.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100112.TV) [2015.07.14.].
- 96 Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700154.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV) [2015.07.14.].
- 97 Kovács G. Adatvédelem az egészségügyben: Az egészségügyi adatkezelés vázlata. *Med. et Jur.* 2011; 2(1): 16-18.
- 98 Hanti P. Kommentár az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvényhez. *CompLex Kiadó Budapest* (2013).
- 99 Kovács G. Szektorális adatvédelem: egészségügyi adatvédelem. *Med. et Jur.* 2011; 2(2) 17-19.
- 100 Madarászné Ifju B. A közigazgatási szervek egészségügyi adatkezelése. *Pro Publico Bono.* 2014; 4: 170-184.
- 101 Páva Hanna Az egészségügyi adatok védelméről általában <http://www.szoszolo.hu/06tanulmanyaink/230611pava.htm> [2015.07.14.].
- 102 Trócsányi S. Egészségügyi adatok kezelése a gyakorlatban. *Válogatás az adatvédelmi biztos eseteiből Infokommunikáció és Jog.* 2007; 3(3): 93-97.

A GÉPÉSZETI ÉS INFORMATIKAI ÁGAZATOK DUÁLIS ÉS MODULÁRIS  
KÉPZÉSEINEK KIALAKÍTÁSA A PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEMEN  
TÁMOP-4.1.1.F-14/1/KONV-2015-0009



**SZÉCHENYI** 2020



Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

**BEFEKTETÉS A JÖVŐBE**