

EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

A BELÜGYMINISZTERIUM HIVATALOS LAPJA

TARTALOM

I. RÉSZ Személyi rész

II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

2023. évi XIX. törvény egyes egészségügyi, egészségbiztosítási és gyógyszerészeti tárgyú törvények módosításáról 860
- 181/2023. (V. 16.) Korm. rendelet az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet módosításáról... 888

III. RÉSZ Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

- 11/2023. (V. 8.) BM rendelet a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet módosításáról 893

IV. RÉSZ Útmutatók

V. RÉSZ Közlemények

- A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve az epeút- és epehólyag-gyulladás diagnosztikus kritériumairól és terápiájáról 898
- Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet közleménye orvostechnikai eszközök időszakos felülvizsgálatát végző szervezet feljogosításáról 937
- A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar közleménye Manuális medicina záróvizsga meghirdetéséről 938

VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

VII. RÉSZ Vegyes közlemények

- Pályázati hirdetmény betölthető állásokra 939

I. RÉSZ Személyi rész

II. RÉSZ Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

2023. évi XIX. törvény

egyes egészségügyi, egészségbiztosítási és gyógyszerészeti tárgyú törvények módosításáról*

1. Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény módosítása

- 1. §** Az egészségügyi hatósági és igazgatási tevékenységről szóló 1991. évi XI. törvény (a továbbiakban: Ehi.) 4. § (5) bekezdés b) pontja a következő be) alponttal egészül ki:
(Az élelmezés- és táplálkozás-egészségügy keretében az egészségügyi államigazgatási szerv táplálkozás-egészségügy szakterületen)
„be) a bb) alpont szerinti területeken táplálkozás-egészségügyi minősítést végez.”
- 2. §** (1) Az Ehi. 6. § (1) bekezdés e) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
(Az egészségügyi államigazgatási szerv egészségügyi igazgatási és koordinációs feladatai körében)
„e) működteti a hatósági eljárások során az elektronikus ügyintézés biztosító és támogató rendszert, névjegyzéket vezet az országos és területi szakfelügyelőkről, nyilvántartja az általuk végzett tevékenységet, ellenőrzi az egészségügyi szolgáltatók tevékenységét és eljár az engedély nélküli tevékenység végzése esetén, a hatósági eljárásokban elektronikus kapcsolattartás útján – ha jogszabály eltérően nem rendelkezik – engedélyezi az egészségügyi szolgáltató tevékenységének végzését, döntést hoz az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló törvényben meghatározott szakellátási kapacitásokkal és ellátási területekkel kapcsolatos eljárásokban, engedélyezi az emberen végzett beavatkozással járó orvostudományi kutatásokat, valamint nyilvántartja ea) az egészségügyi szolgáltatók és az általuk nyújtott egészségügyi szolgáltatások működési engedélyeit, eb) az egészségügyi szolgáltatók nevében és felelősségére egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozóknak és egyes egészségügyben dolgozóknak az egészségügyi tevékenység végzésével összefüggő adatait, ec) az egészségügyi szolgáltatók részére meghatározott egészségügyi szakellátási kapacitásokat, ed) az egészségügyi szolgáltatók szakellátási kapacitásaihoz rendelt ellátási területeket, ee) az engedélyezett beavatkozással járó (orvostudományi) kutatásokat, ef) a beavatkozással nem járó, embriókkal, ivarsejtekkel, őssejtekkel végezhető vizsgálatokat;”
- (2) Az Ehi. 6. §-a a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:
„(1a) A közfinanszírozott alapellátást végző egészségügyi szolgáltatók által ellátott alapellátási körzetek adatait tartalmazó nyilvántartás egészségügyi alapellátásról szóló törvény szerinti, praxiskezelő általi vezetéséhez szükséges adatbázist az országos tisztifőorvos működteti. A nyilvántartásban rögzített adatok hitelességéért a körzetet kialakító szerv felelős. A nyilvántartás az egészségügyi alapellátásról szóló törvényben meghatározott, az egészségügyi alapellátási körzetekről szóló nyilvántartás szerinti adatokat tartalmazza.”
- (3) Az Ehi. 6. § (3) és (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:
„(3) Az (1) bekezdés e) pontja szerinti nyilvántartás a (4) bekezdés a) pont aa) és af) alpontja, b) és e) pontja, a 6/A. § (2) bekezdés a) pontja szerinti, a nyilvántartó rendszer által az egészségügyi szolgáltató részére meghatározott egyedi azonosító száma, a 6/A. § (2) bekezdés b), d) és e) pontja, valamint a 6/B. § (1) bekezdés 12–14. pontja szerinti adatok tekintetében minősül közhiteles hatósági nyilvántartásnak.

* A törvényt az Országgyűlés a 2023. május 3-i ülésnapján fogadta el.

- (4) Az (1) bekezdés e) pont ea) és eb) alpontja szerinti nyilvántartás az egészségügyi szolgáltató tekintetében tartalmazza:
- a) az egészségügyi szolgáltató
 - aa) megnevezését,
 - ab) cégjegyzékszámát vagy bírósági nyilvántartásba vétele számát, egyéni vállalkozó esetén nyilvántartásba vétele számát,
 - ac) költségvetési szerv fenntartójának megnevezését,
 - ad) képviselője nevét,
 - ae) adószámát,
 - af) nyilvántartó rendszer által meghatározott egyedi azonosító számát,
 - ag) által kötött egészségügyi felelősségbiztosítási kötvény számát és a biztosító megnevezését,
 - ah) finanszírozási szerződésének egészségbiztosítási szerv által adott kódját, ha az egészségbiztosítási szervvel szerződést kötött,
 - ai) internetes honlapja címét, ha ilyennel rendelkezik;
 - b) az a) pont szerinti egészségügyi szolgáltató székhelyére és az egészségügyi szolgáltatás telephelyére vonatkozó címadatokat;
 - c) az a) pont szerinti egészségügyi szolgáltató elérhetőségére vonatkozó adatokat telefonszám és elektronikus levelezési cím megjelölésével;
 - d) az egészségügyi szolgáltató tevékenysége végzésének helyszínéül szolgáló ingatlan használatának jogcímére vonatkozó adatokat;
 - e) az egészségügyi szolgáltató valamennyi szervezeti egységére vonatkozóan külön-külön:
 - ea) az egészségügyi szolgáltató által végezhető egészségügyi szakmákat a hozzájuk tartozó egészségügyi szakmakóddal, az egészségügyi szolgáltatás ellátási formájának megnevezését a hozzá tartozó kóddal, a szervezeti egység típusát, megnevezését és a nyilvántartó rendszer által képzett azonosító kódját,
 - eb) a közszolgáltatásban való részvételének tényét, az egészségbiztosítási szerv által meghatározott azonosító kódot,
 - ec) szakellátás esetén az egészségügyi szolgáltató által végezhető egészségügyi szakma miniszteri rendeletben megállapított progresszivitási szintjét,
 - ed) a szakmához tartozó szolgáltatási típus megnevezését,
 - ee) az egészségügyi szolgáltató által végezhető tevékenységek körét, amennyiben a működési engedély a szakmán belül csak egyes tevékenységek nyújtására került kiadásra, a működési engedély számát, kiállításának időpontját, státuszát, a működés megkezdésének időpontját, az engedélyezett szakmák szünetelését, a szünetelés kezdő és befejező időpontja szerint,
 - ef) az engedélyező hatóság megnevezését,
 - eg) a járóbeteg-szakellátásban és az alapellátásban a heti rendelési időt szervezeti egységenként szakmánkénti bontásban,
 - eh) az alapellátásban a tanácsadási időt, rendelkezésre állási időt napi bontásban,
 - ei) egészségbiztosítási szervvel szerződést kötött alapellátás esetén a helyettesítésre vonatkozó adatokat, ezen belül a helyettesítő nevét, helyettesítés kezdetét, helyettesítés helyét, egészségbiztosítási szervvel szerződést kötött alapellátás esetén az ügyeletben való részvételre vonatkozó adatokat,
 - ej) alapellátás esetén a praxiskezelő által kijelölt alapellátási körzetre, valamint a praxisengedélyre vonatkozó adatokat,
 - ek) járóbeteg-szakellátásban a heti szakorvosi és nem szakorvosi óraszámot szakmánkénti bontásban, járóbeteg-szakellátáson belül a diagnosztika ellátási forma esetén a folyamatos ellátásban részvétel tényét és formáját,
 - el) fekvőbeteg-ellátásban az osztály típusát, ágyszámát, az osztályon belül engedélyezett szakmánkénti bontásban,
 - em) fekvőbeteg-szakellátásban a folyamatos ellátás formáját,
 - en) a mentési tevékenységet, valamint a betegszállítást végző egészségügyi szolgáltató e feladatának ellátását biztosító mentőjárműveinek, betegszállító járműveinek azonosítására szolgáló érvényes rendszámra, forgalmi engedély számára, a gépjármű gyártmányára és típusára, a gépjármű gyártásának időpontjára, betegszállító jármű esetén az egyszerre szállítható beteg személyek számára és a rögzített ülések számára vonatkozó adatokat, valamint annak megjelölését, hogy a jármű aktív vagy tartalékállományban szerepel, a mentési tevékenységet végző egészségügyi szolgáltató vonatkozásában annak megjelölését, hogy a mentés a sürgősség igénye, az alkalmazott mentőegység típusa, valamint a végzett tevékenység típusa szerint milyen jellegű,

- eo) a betegszállítást végző egészségügyi szolgáltató vonatkozásában annak megjelölését, hogy az a sürgősség igénye, a kíséret igénye, az alkalmazott betegszállító gépjármű típusa, valamint a végrehajtás módja szerint milyen jellegű; dialízis esetén a kezelőhelyek számát, a kezelések számát; nappali kórház esetén a beteglétszámot, nappali ellátás esetén heti óraszámot;
- f) a gyógyászati segédeszközök forgalmazásával, javításával, illetve kölcsönzésével foglalkozó szolgáltatók vonatkozásában a szolgáltató heti nyitvatartási rendjét, valamint annak megjelölését, hogy a szolgáltató – jogszabályban meghatározottak szerint – sorozatgyártású, egyedi méretvétel alapján készült, vagy méretre igazított gyógyászati segédeszközt forgalmaz, javít, illetve kölcsönöz;
- g) az egészségügyi szolgáltatás végzéséhez biztosított gépműszereket típus, gyártmány, gyártási év és gyártási szám szerint és
- h) a közreműködés, személyes közreműködés igénybevételére vonatkozóan ennek tényét, tartalmát szakmánként.”
- (4) Az Ehi. 6. §-a a következő (4a) bekezdéssel egészül ki:
- „(4a) Az (1) bekezdés e) pont ea) és eb) alpontja szerinti nyilvántartás a közreműködő egészségügyi szolgáltató tekintetében a következő adatokat tartalmazza:
- a) a közreműködő szolgáltató (4) bekezdés a) pont aa)–ag) alpontja szerinti adatokat,
- b) a közreműködő szolgáltató székhelyére vonatkozó címadatokat,
- c) közreműködő szolgáltató elérhetőségére vonatkozó adatokat (telefonszám, elektronikus levelezési cím) és
- d) a közreműködőt igénybe vevő egészségügyi szolgáltatóval kötött közreműködői szerződésben a közreműködés helyére meghatározott szervezeti egységéhez kapcsolódóan:
- da) a szakmához tartozó szolgáltatási típus megnevezését,
- db) az egészségügyi szolgáltató által végezhető tevékenységek körét, amennyiben a működési engedély a szakmán belül csak egyes tevékenységek nyújtására került kiadásra,
- dc) az engedélyező hatóság megnevezését,
- dd) a közreműködői működési engedély számát, kiállításának időpontját, státuszát, a működés megkezdésének időpontját,
- de) az engedélyezett tevékenységek szünetelését, a szünetelés kezdő és befejező időpontja szerint,
- df) a járóbeteg-szakellátásban és – az alapellátásban végezhető közreműködés esetén – az alapellátásban a közreműködő által ellátott heti rendelési időt szervezeti egységenként szakmánkénti bontásban,
- dg) járóbeteg-szakellátásban a heti szakorvosi és nem szakorvosi óraszámot szakmánkénti bontásban,
- dh) járóbeteg-szakellátáson belül a diagnosztika ellátási forma esetén a folyamatos ellátásban részvétel tényét és formáját,
- di) fekvőbeteg-ellátásban a folyamatos ellátás formáját,
- dj) a mentési tevékenységet, valamint a betegszállítást végző egészségügyi szolgáltató e feladatának ellátását biztosító mentőjárműveinek, illetve betegszállító járműveinek azonosítására szolgáló érvényes rendszámra, forgalmi engedély számára, a gépjármű típusára, a gépjármű gyártásának évére, betegszállító jármű esetén az egyszerre szállítható beteg személyek számára és a rögzített ülések számára vonatkozó adatokat, valamint annak megjelölését, hogy a jármű aktív vagy tartalékállományban van,
- dk) a mentési tevékenységet végző egészségügyi szolgáltató vonatkozásában annak megjelölését, hogy a mentés a sürgősség igénye, az alkalmazott mentőegység típusa, valamint a végzett tevékenység típusa szerint milyen jellegű,
- dl) a betegszállítást végző egészségügyi szolgáltató vonatkozásában annak megjelölését, hogy az a sürgősség igénye, a kíséret igénye, az alkalmazott betegszállító gépjármű típusa, valamint a végrehajtás módja szerint milyen jellegű.”
- (5) Az Ehi. 6. § (7) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
- „(7) Az egészségügyi államigazgatási szervnek az egészségügyi szolgáltatók tevékenységének engedélyezése és az emberen végzett beavatkozással járó orvostudományi kutatások engedélyezése tárgyában kérelemre lefolytatott eljárásáért vagy igazgatási szolgáltatásáért – az egészségügyért felelős miniszternek az adópolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott – igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni, amely átutalással vagy elektronikus díjfizetéssel (EFER) teljesíthető.”

3. §

Az Ehi. 6/A. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:

„6/A. § (1) Az egészségügyi államigazgatási szerv az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 108/A. § (2) bekezdésében foglalt feltételeknek megfelelő személyt vagy szervezetet – annak bejelentése

alapján – hatósági nyilvántartásba veszi. A nyilvántartásba vételt az egészségügyi államigazgatási szerv közli a bejelentő személlyel vagy szervezettel.

(2) Az (1) bekezdés szerinti hatósági nyilvántartás tartalmazza:

- a) a nyilvántartásba vétel alapján működő egészségügyi szolgáltató 6. § (4) bekezdés a) pont aa)–ag) alpontjában és c) pontjában meghatározott adatait,
- b) a nyilvántartásba vétel alapján működő egészségügyi szolgáltató székhelyére vonatkozó címadatokat,
- c) a nyilvántartásba vétel alapján működő egészségügyi szolgáltatóra vonatkozóan a 6. § (4) bekezdés e) pont ea), ed), eh) és el) alpontjában meghatározott adatokat,
- d) a nyilvántartásba vétel alapján működő egészségügyi szolgáltatót foglalkoztató, illetve igénybe vevő egészségügyi szolgáltatóra vonatkozóan azon szervezeti egység engedélyező hatóság által kiadott egyedi azonosítóját, valamint megnevezését, amelynek működtetésében a nyilvántartásba vétel alapján működő egészségügyi szolgáltató részt vesz,
- e) a nyilvántartásba vétel alapján működő egészségügyi szolgáltató nevében személyesen szolgáltatást nyújtó, az egészségügyi szolgáltatásban részt vevő egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók 6/B. §-ban meghatározott adatait szervezeti egységenként és azon belül szakmánként.

(3) A (2) bekezdésben meghatározott adatok a szolgáltató azonosítójához rendeltlen szerepelnek a nyilvántartásban.

(4) A nyilvántartásba vétel alapján működő egészségügyi szolgáltató a (2) bekezdésben foglalt változását haladéktalanul, de legkésőbb nyolc munkanapon belül bejelenti az egészségügyi államigazgatási szervnek. Az egészségügyi államigazgatási szerv a változást a nyilvántartásba bejegyzi, és ennek tényét közli a bejelentő személlyel vagy szervezettel.

(5) A (4) bekezdés szerinti bejelentés azon adatok tekintetében, amelyeket más nyilvántartás közhitelesen tartalmaz, úgy is teljesíthető, hogy az adatváltozásról a közhiteles nyilvántartást vezető szerv értesíti az egészségügyi államigazgatási szervet.

(6) Az (1) és (4) bekezdés szerinti bejelentés a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 57. § (2) bekezdés a)–d) pontja szerinti bentlakásos intézmények (a továbbiakban: bentlakásos intézmény) által nyújtott, jogszabályban meghatározott kötelező szolgáltatásai körébe tartozó egészségügyi tevékenység vonatkozásában a szociális, gyermekjóléti és gyermekvédelmi szolgáltatók, intézmények és hálózatok hatósági nyilvántartásába (a továbbiakban együtt: szolgáltatói nyilvántartás) történő bejegyzésre vagy adatmódosításra irányuló eljárás keretében is előterjeszhető.

(7) Az egészségügyi államigazgatási szervnek a bejelentés alapján egészségügyi szolgáltatóként közhiteles nyilvántartásba vételre irányuló, kérelemre lefolytatott eljárásáért vagy igazgatási szolgáltatásáért – az egészségügyért felelős miniszternek az adópolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott – igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni, amely átutalással vagy elektronikus díjfizetéssel (EFER) teljesíthető.”

4. §

Az Ehi. a következő 6/B. §-sal egészül ki:

„6/B. § (1) A 6. § (1) bekezdés e) pont eb) alpontja szerinti nyilvántartás tartalmazza az egészségügyi szolgáltatásban részt vevő, az Eütv. szerinti alap- és működési nyilvántartásban szereplő egészségügyi dolgozók alábbi adatait szervezeti egységenként és azon belül szakmánként:

1. az alapnyilvántartási számot,
2. a foglalkoztatott nevét,
3. a nyilvántartás típusát,
4. nyilvántartási periódus kezdetét és végét,
5. nyilvántartásból történő törlés tényét,
6. az egészségügyi szolgáltató foglalkoztatottját érintő korlátozás, valamint eltiltás tényét,
7. felügyeletre vonatkozó adatot,
8. működési nyilvántartás státuszát,
9. a FEOR-számot,
10. a foglalkoztatási jogviszony típusát,
11. a foglalkoztatási jogviszony kezdetének és a végének időpontját,
12. a foglalkoztatás jellegét (alkalmazottnál),
13. a heti óraszámot (összesen),
14. a szervezeti egységben végzett heti óraszámot,
15. az önként vállalt többletmunka tényét (alkalmazottnál),

16. az önként vállalt többletmunka havi óraszámát,
17. a tartós távollét tényét és
18. a tartós távollét indokát.

(2) A 6. § (1) bekezdés e) pont eb) alpontja szerinti nyilvántartás tartalmazza az egészségügyi szolgáltatásban közvetlenül részt vevő, a szakmai minimumfeltételekről szóló miniszteri rendeletben meghatározott szakmákban feltételként előírt, az Eütv. szerinti alap- és működési nyilvántartásban nem szereplő egészségügyi dolgozók (1) bekezdés szerinti adatait, valamint az alábbi adatokat szervezeti egységenként és azon belül szakmánként:

- a) a foglalkoztatott nevét,
- b) a foglalkoztatott születési helyét és idejét és
- c) a munkakör betöltéséhez használt szak- vagy alapképesítés(ek) megnevezését, végzettséget igazoló okirat számát.

(3) Az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alapnyilvántartásának és az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásának vezetője informatikai rendszerek közötti elektronikus adatátadás útján átadja az egészségügyi államigazgatási szerv részére az (1) bekezdés 1–9. pontja szerinti adatokat.

(4) Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló törvényben meghatározott szabadfoglalkozású jogviszonyban megbízási szerződéssel foglalkoztatott egészségügyi dolgozót a foglalkoztató egészségügyi szolgáltató jelenti be a 6. § (1) bekezdés e) pont eb) alpontja szerinti nyilvántartásba.

(5) Az egészségügyi államigazgatási szerv az egészségügyi dolgozók alapnyilvántartási száma alapján elektronikus úton adategyeztetést folytathat az egészségbiztosítási szervvel az egészségügyi szolgáltató nevében és felelősségére egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozók (1) bekezdés szerinti adatairól."

5. § Az Ehi. 11. § (2) bekezdés c) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:

(Az egészségügyi államigazgatási szerv figyelmeztetés szankció alkalmazása keretében vagy egészségügyi bírság kiszabásával egyidejűleg elrendeli)

„c) a jogszabályokban, valamint az Európai Unió közvetlenül alkalmazandó jogi aktusában foglaltak megsértése, vagy súlyos vagy tömeges egészségkárosodás megelőzése érdekében az egészségre ártalmas, 13/A. § (1) bekezdése szerinti élelmiszerek, termékek, tárgyak, vagy anyagok használatának és forgalmazásának megszüntetését, szükség esetén megsemmisítését;”

6. § Az Ehi. 13. §-a a következő (4) bekezdéssel egészül ki:

„(4) Az egészségügyi államigazgatási szerv az állami adó- és vámhatóság által az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény 131. § (29) bekezdése szerint közölt adatokat – az érintett egészségügyi szolgáltató egészségügyi tevékenységére vonatkozó jogszabályi követelmények betartásának ellenőrzése, az egészségügyi szolgáltatás nyújtása tekintetében hatáskörébe tartozó közigazgatási hatósági eljárás lefolytatása céljából – a közléstől számított egy évig kezeli.”

7. § Az Ehi. 14/B. §-a a következő (9) bekezdéssel egészül ki:

„(9) Az ivóvíz-, fürdővíz- és használati melegvíz-ellátásban a vízzel közvetlenül érintkező anyagok, termékek bejelentésével és a technológiák, termékek vízbiztonsági engedélyezésével kapcsolatos hatósági ügyekben nincs helye sommás eljárásnak.”

8. § Az Ehi. a következő 15/F. §-sal egészül ki:

„15/F. § A 2023. június 1-jén a szolgáltatói nyilvántartásban szereplő bentlakásos intézmények által nyújtott, jogszabályban meghatározott kötelező szolgáltatásai körébe tartozó egészségügyi tevékenységnek a 6/A. § (1) bekezdése szerinti hatósági nyilvántartásba vételére a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény szerinti működést engedélyező szerv (a továbbiakban: működést engedélyező szerv) adatszolgáltatása alapján, hivatalból kerül sor. A működést engedélyező szerv a bejelentéshez szükséges adatokat 2023. július 1. napjáig bocsátja az egészségügyi államigazgatási szerv rendelkezésére. A nyilvántartásba vétel tényét az egészségügyi államigazgatási szerv közli az érintett bentlakásos intézménnyel!”

9. § Az Ehi.

- a) 4. § (5) bekezdés b) pont bb) alpontjában a „táplálkozás-egészségügyi vizsgálatokat” szövegrész helyébe a „táplálkozás-egészségügyi ellenőrzést, vizsgálatokat” szöveg,
- b) 4. § (5) bekezdés b) pont bd) alpontjában a „ba)–bc) alpont” szövegrész helyébe a „ba)–bc), be) alpont” szöveg,

- c) 7. § (2) bekezdés b) pontjában az „, illetve” szövegrész helyébe az „és” szöveg,
- d) 7. § (3) bekezdés b) pontjában az „az engedélyes” szövegrész helyébe az „az engedélyes és a forgalmazó” szöveg,
- e) 11. § (2) bekezdés a) pontjában az „intézkedések végrehajtását;” szövegrész helyébe az „intézkedések végrehajtását, engedélyek visszavonását, bejelentések nyilvántartásból törlését;” szöveg,
- f) 13/A. § (3) bekezdésében a „szabálysértési vagy közigazgatási – kivéve eljárási – bírságot” szövegrész helyébe a „szabálysértési bírságot” szöveg,
- g) 15. § (10) bekezdésében az „a 14. § szerinti” szövegrész helyébe az „a 6. § (7) bekezdése, a 6/A. § (7) bekezdése és a 14. § szerinti” szöveg lép.

10. §

Hatályát veszti az Ehi.

- a) 6. § (8) bekezdése,
- b) 15. § (11) bekezdés c) pontjában az „az élelmiszerekben lévő transz-zsírsvak megengedhető legnagyobb mennyiségét;” szövegrész.

2. Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény módosítása

11. §

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (a továbbiakban: Eüak.) I. Fejezete a következő 3/C. §-sal egészül ki:

„3/C. § E törvény alkalmazásában a kezelést végző orvossal egy tekintet alá esik a jogszabályban meghatározott halottvizsgálatra jogosult és azt végző, valamint a mentési feladatokat ellátó mentőtiszt, továbbá igazságügyi szakértői tevékenysége körében jogszabályban meghatározott halottvizsgálatot, halottakkal kapcsolatos orvosi eljárást végző orvos.”

12. §

Az Eüak. 22. §-a a következő (7) bekezdéssel egészül ki:

„(7) Az egészségbiztosítási szerv a 4. § (2) bekezdés g) pontja szerinti célból, törvényben meghatározott feladata ellátása során, az ehhez szükséges mértékű egészségügyi adathoz az EESZT útján is hozzáférhet.”

13. §

Az Eüak. a következő 24/B. §-sal egészül ki:

„24/B. § (1) Ha jogszabály

a) a lőfegyverekről és lőszerokról szóló törvény alapján engedélyköteles eszköz megszerzését, illetve tartását az egészségi alkalmasság igazolásához köti, vagy

b) a szolgálati lőfegyver viselésére feljogosító jogviszony létesítéséhez, illetve munkakör ellátásához vagy szolgálati beosztás betöltéséhez orvosi, egészségi vagy egyéb egészségügyi alkalmassági vizsgálatot ír elő,

az egészségi alkalmassági vizsgálatot végző orvos jogosult az érintett személynek az EESZT-ben tárolt, az a), illetve a b) pont szerinti alkalmasság megállapításához vagy kizárásához szükséges adatainak a kezelésére.

(2) Ha az érintett a 13. § b) pontja szerinti okból az alkalmasság tekintetében releváns vonatkozó egészségügyi adatot nem vagy a vizsgálatához nem teljeskörűen adott át vagy az adatok tekintetében ellenőrzés szükséges, az (1) bekezdés a), illetve b) pontja szerinti alkalmasság megállapítására vagy kizárására irányuló vizsgálat eredményes lefolytatása érdekében az egészségi alkalmassági vizsgálatot elvégző orvos számára az EESZT működtetője a 35/C. § (1) bekezdése szerinti korlátozás alá, valamint az érintett önrendelkezésében foglalt korlátozás alá eső adatokat is hozzáférhetővé teszi.

(3) Az (1) bekezdés szerinti, egészségi alkalmassági vizsgálatot végző orvos a (2) bekezdésben meghatározott adatokat a bűncselekmények megelőzése, az élet és a testi épség védelme céljából az (1) bekezdés a), illetve b) pontja szerinti alkalmasság kérdésében adandó véleményének a közléséig kezeli.”

14. §

(1) Az Eüak. 35/B. § (8) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(8) Az EESZT működtetője ellenőrzi az (1) bekezdés szerinti kötelezettség teljesítését, valamint azt, hogy az EESZT-hez csatlakozásra kötelezett egészségügyi szolgáltató az EESZT útján való adatszolgáltatási kötelezettségének eleget tesz-e. Ha jogszabály az EESZT működtetőjének erről szóló tájékoztatási kötelezettségét előírja, az ellenőrzésének eredményét a hatósági ellenőrzést végző államigazgatási szerv számára automatizált

lekérdező felület útján is – a személyes adatok törvényben meghatározott kezelésének szabályai betartása mellett – biztosíthatja.”

(2) Az Eüak. 35/B. §-a a következő (11)–(15) bekezdéssel egészül ki:

„(11) Az EESZT működtetője az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 4. § (5) bekezdése szerinti összeférhetlenség ellenőrzése és vizsgálata érdekében az Eszjtv. hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltató (a továbbiakban: megkereső munkáltató) megkeresésére adatot szolgáltat arról, hogy az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló foglalkoztatottja a megkeresésben foglalt legfeljebb egyéves időtartamban, az egészségügyi szolgáltató által megjelölt beteget a megkeresésben megjelölt betegségek miatt más egészségügyi szolgáltatónál kezelte-e. Az EESZT működtetője a megkeresés adatait legfeljebb az adatszolgáltatás idejéig kezeli.

(12) A megkereső munkáltató a (11) bekezdés szerinti betegségek kódokat az általa kezelt betegség, betegségcsoport, valamint az érintett betegség jellegzetes tüneteinek kapcsolódó más betegség, betegségcsoport szerint határozza meg.

(13) Ha a (11) bekezdés szerinti megkeresés alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy más egészségügyi szolgáltatónál a megkeresés szerinti betegségek kódok valamelyikével kezelte a megkeresés szerinti beteget, a megkereső munkáltató az összeférhetlenség vizsgálatának eredményes lefolytatása, a betegek biztonságos ellátása és az egészségügyi ellátás iránti közbizalom fenntartása érdekében az EESZT működtetőjétől az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy tekintetében a (11) bekezdésben foglalt megkeresésben szereplő adatok következő részletezését kérheti:

a) az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy mely egészségügyi szolgáltató keretében nyújtotta a (11) bekezdés szerinti egészségügyi szolgáltatást,

b) az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy mikor nyújtotta a (11) bekezdés szerinti egészségügyi szolgáltatást.

(14) Az EESZT működtetője a megkeresés adatait legfeljebb az adatszolgáltatás idejéig kezeli.

(15) A megkereső munkáltató köteles biztosítani, hogy az ellátási összeférhetlenségi eljárás során beszerzett vagy vizsgált, a beteg azonosítását lehetővé tevő egészségügyi adatot – ha jogszabály vagy az Európai Unió kötelező jogi aktusa másként nem rendelkezik – a munkáltató által foglalkoztatott és az ellátási összeférhetlenségi eljárásban közvetlenül részt vevő, e tekintetben külön titoktartási kötelezettséget vállaló orvos ismerheti meg.”

15. § Az Eüak.

a) 35/E. § (1) bekezdésében a „39. cikkében, továbbá a (2) és (3) bekezdésben foglalt feladatokat” szövegrész helyébe a „39. cikkében foglalt feladatokat” szöveg,

b) 35/E. § (2) bekezdésében az „adatvédelmi tisztviselő” szövegrészek helyébe az „EESZT működtetője” szöveg,

c) 35/E. § (3) bekezdés nyitó szövegrészeiben és (4) bekezdésében az „adatvédelmi tisztviselő” szövegrész helyébe az „EESZT működtetője” szöveg

lép.

3. A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény módosítása

16. § A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény (a továbbiakban: Ebtv.) 19. § (1) és (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(1) Az egészségügyi ellátás keretében a biztosított a finanszírozott egészségügyi szolgáltatások igénybevételére a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, az egészségbiztosításért felelős miniszter által jóváhagyott, az egészségbiztosítási szerv által a honlapján az alkalmazást megelőzően 30 nappal közleményben közzétett, az adott ellátásra meghatározott finanszírozási eljárásrend, az egészségbiztosításért felelős miniszter által meghatározott vizsgálati és terápiás eljárási rend, valamint rehabilitációs ellátási program szerint a finanszírozási jogszabályokban meghatározott egyéb igénybevételi feltételek figyelembevételével jogosult. Ha a biztosított állapota és a gyógyítás szempontjai azt szükségessé teszik, a kezelőorvos a finanszírozási eljárásrendben, a vizsgálati és terápiás eljárási rendben, valamint a rehabilitációs ellátási programban foglaltaktól eltérhet.

(2) Ha az adott ellátás tekintetében nem került meghatározásra az (1) bekezdés szerinti finanszírozási eljárásrend, vizsgálati és terápiás eljárási rend vagy rehabilitációs ellátási program, a biztosított a kezelőorvos által gyógyító céllal rendelt, a szolgáltatónál rendelkezésre álló mindazon finanszírozott vizsgálati és terápiás ellátásra jogosult, amely egészségi állapotának lehetséges mértékű helyreállításához szükséges.”

- 17. §** Az Ebtv. 26. § (4) bekezdése a következő d) ponttal egészül ki:
[Nem nyújtható az (1) bekezdés c) pontja szerinti támogatás]
„d) a vény nélkül kiadható, nem támogatott gyógyszerekre.”
- 18. §** (1) Az Ebtv. 27. § (10) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(10) Ha a biztosított valamely EGT-tagállam területén ellátást vesz igénybe, az egészségbiztosító engedélyezheti a magyarországi egészségügyi szolgáltatóhoz történő szállítás megtérítését. Az egészségbiztosító az engedélyezési eljárás során figyelembe veszi, hogy
a) a beteg ellátása az adott EGT-tagállamban megfelelő színvonalú-e,
b) a szállítás okozhat-e állapotromlást,
c) igényel-e a beteg ellátása Magyarországon további fekvőbeteg-ellátást,
d) az E. Alap vonatkozásában költséghatékonyabb-e a hazaszállítás és a beteg hazai további ellátása, mint az adott EGT-tagállamban történő ellátás költségeinek átvállalása.”
- (2) Az Ebtv. 27. §-a a következő (10a) bekezdéssel egészül ki:
„(10a) A (10) bekezdés szerinti engedély tárgyában hozott döntés ellen fellebbezésnek van helye.”
- 19. §** Az Ebtv. 36. §-a a következő (4a) bekezdéssel egészül ki:
„(4a) A bértámogatások igénylésének és felhasználásának nyomon követése és jogszerűségének ellenőrzése érdekében az egészségbiztosító jogosult megismerni a jogosult nevét, születési idejét, adóazonosító jelét, TAJ-számát, valamint a foglalkoztatása teljesítésére vonatkozó adatokat.”
- 20. §** Az Ebtv. 38/A. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:
„38/A. § Ha az egészségbiztosító az ellenőrzés során megállapítja, hogy az egészségügyi szolgáltató
a) a finanszírozási szerződés vagy ártámogatás nyújtására kötött szerződés szerinti,
b) más forrásból megtérülő vagy
c) el nem végzett
ellátásért, ki nem szolgált termékért a biztosítottal a jogszabály szerinti térítési díjat meghaladóan térítési díjat fizettetett, kötelezi az egészségügyi szolgáltatót a térítési díjnak a biztosított részére történő visszafizetésére.”
- 21. §** Az Ebtv. 45. §-a a következő (6) bekezdéssel egészül ki:
„(6) A (3a) és a (4) bekezdés szerint kiadott orvosszakértői vélemény alapján a háziorvos igazolja a keresőképtelenséget.”
- 22. §** Az Ebtv. 46. § (5) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(5) Ha a biztosított a táppénzre való jogosultság első napját közvetlenül megelőző egy éven belül már táppénzben vagy a külképviselletekről és a tartós külszolgáltatóról szóló 2016. évi LXXIII. törvény 33. § (2) bekezdése szerinti díjazásban részesült, ennek időtartamát az újabb táppénz folyósításának időtartamába be kell számítani, kivéve, ha a biztosított a 44. § g) pontja alapján minősül keresőképtelennek.”
- 23. §** Az Ebtv. 80. §-a a következő (5a) bekezdéssel egészül ki:
„(5a) Ha a TAJ-számmal rendelkező személy nem teljesíti az (5) bekezdés szerinti bejelentési kötelezettségét, azonban a külföldi biztosító részéről jogosultságigazolás kerül kiadásra, akkor a jogosultságigazolást a külföldi biztosítás létrejöttére vonatkozó bejelentésnek kell tekinteni.”
- 24. §** (1) Az Ebtv. 83. § (4) bekezdés c) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
(Felhatalmazást kap az egészségbiztosításért felelős miniszter, hogy rendeletben határozza meg)
„c) az egyes főbb betegcsoportok finanszírozási eljárásrendje szerkesztésének, a szakmai ellenőrzés alapját képező szempontoknak, valamint az egyes főbb betegcsoportok vizsgálati és terápiás eljárási rendje és a gyógyszerterápiás ajánlások kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályait,”

- (2) Az Ebtv. 83. § (6) bekezdés e) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
(Felhatalmazást kap az egészségbiztosításért felelős miniszter, hogy rendeletben határozza meg)
 „e) a háziiorvosi és fogorvosi indikátorrendszerre vonatkozó részletes szabályokat, az egyes indikátorok meghatározását, és a háziiorvosok és fogorvosok gyógyító-megelőző tevékenységének értékelési módszerét, és ennek alapjául szolgáló célértéket,”

25. § Az Ebtv.

- a) 22. § (6) bekezdés a) és b) pontjában a „16” szövegrész helyébe a „18” szöveg,
 b) 27. § (5) bekezdésében az „élettársa által indokoltan igénybe vett” szövegrész helyébe az „élettársa által a (2) bekezdésben meghatározott, indokoltan igénybe vett” szöveg, az „egészségbiztosító megtéríti” szövegrész helyébe az „egészségbiztosító az ellátás igénybevételekor hatályos jogszabályok alapján megtéríti” szöveg,
 c) 29. § (9) bekezdésében az „Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság” szövegrész helyébe az „A magyar közfinanszírozott egészségügyi szolgáltatónál az egészségügyi szolgáltatás igénybevételére való jogosultság” szöveg,
 d) 30. § (1) bekezdésében az „(a továbbiakban: köztartozás),” szövegrész helyébe az „(a továbbiakban: köztartozás) vagy az Egészségbiztosítási Alap felé fennálló tartozással,” szöveg,
 e) 30. § (2) bekezdés c) pontjában a „köztartozással,” szövegrész helyébe a „köztartozással vagy az E. Alap felé fennálló tartozással,” szöveg,
 f) 36. § (5) bekezdésében az „(1)–(4)” szövegrész helyébe az „(1)–(4a)” szöveg,
 g) 37. § (2) bekezdés b) pontjában az „a miniszteri rendeletben kihirdetett finanszírozási” szövegrész helyébe az „a finanszírozási” szöveg,
 h) 44. § g) pontjában az „akit közegészségügyi okból foglalkozásától eltiltják” szövegrész helyébe az „aki nem beteg, ugyanakkor közegészségügyi okból foglalkozásától eltiltanak” szöveg,
 i) 45. § (3a) bekezdésében az „igazolhatja” szövegrész helyébe a „bírálhatja el” szöveg,
 j) 45. § (4) bekezdésében az „igazolhatja” szövegrész helyébe az „elbírálhatja” szöveg lép.

26. § Hatályát veszti az Ebtv.

- a) 20. § (1) bekezdés a) pontjában a „– ha a biztosított egészségi állapota nem indokolja az azonnali ellátását, figyelemmel a (3) bekezdésben foglaltakra is –” szövegrész,
 b) 20. § (9) bekezdése,
 c) 20. § (10) bekezdésében az „és (9)” szövegrész,
 d) 44. § b) pontjában az „, és csecsemőgondozási díjra nem jogosult” szövegrész,
 e) 83. § (6) bekezdés a) pontja.

4. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény módosítása

27. § Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) 108. §-a a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:

„(1a) A működési engedélyezésre irányuló eljárás elektronikus azonosítási szolgáltatás igénybevételét követően elektronikus úrlapon benyújtott kérelem útján kezdeményezhető.”

28. § (1) Az Eütv. 108/A. § (2) bekezdése a következő e) és f) ponttal egészül ki:

[Az (1) bekezdés alapján egészségügyi szolgáltatóként az a személy vagy szervezet működhet, aki vagy amely]

„e) a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 57. § (2) bekezdés a)–d) pontja szerinti bentlakásos intézményeknek a jogszabályban meghatározott kötelező szolgáltatásai körébe tartozó egészségügyi szolgáltatást nyújt,

f) igazságügyi szakértői tevékenysége körében, igazságügyi szakértői intézményként jogszabályban meghatározott halottvizsgálatot, halottakkal kapcsolatos orvosi eljárást végez.”

(2) Az Eütv. 108/A. §-a a következő (6) bekezdéssel egészül ki:

„(6) Az egészségügyi államigazgatási szerv felé e törvény alapján megtett bejelentés alapján, hatósági nyilvántartásba vételre irányuló eljárásért vagy igazgatási szolgáltatásért – az egészségügyért felelős miniszternek

az adópolitikáért felelős miniszterrel egyetértésben kiadott rendeletében meghatározott – igazgatási szolgáltatási díjat kell fizetni.”

- 29. §** Az Eütv. 110. §-a a következő (9a) bekezdéssel egészül ki:
„(9a) Az Eütev. 4. § a) pont ab) alpontja szerinti egészségügyi dolgozó tevékenysége feletti felügyelet a tevékenység végzésének helye szerinti egészségügyi szolgáltatónál tevékenységet végző egészségügyi dolgozó által biztosítandó, foglalkoztatási jogviszonyára tekintet nélkül.”
- 30. §** Az Eütv. 111. § (6) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(6) Az alapnyilvántartást vezető szerv az egészségügyi dolgozók alapnyilvántartásából a (3) bekezdés szerinti adatokat – kivéve a (3) bekezdés a) pontjából a szakképesítést szerzett személy neme, állampolgársága, lakóhelye és tartózkodási helye, valamint a (3) bekezdés b) pontjából a képzés nyelve – a nyilvántartásba történő felvétel követően, továbbá az ezen adatokban bekövetkezett változásokat napi rendszerességgel – jogszabályban előírt feladatai ellátása érdekében – elektronikus úton, informatikai rendszerkapcsolat útján megküldi az országos tisztifőorvosi feladatokat ellátó szerv részére.”
- 31. §** (1) Az Eütv. 112. § (4) bekezdése a következő o) ponttal egészül ki:
(A működési nyilvántartás az alábbi adatokat tartalmazza:)
„o) jogszabályban meghatározott halottvizsgálatra jogosult mentőtszít esetén a halottvizsgálati képzésről szóló igazolást.”
- (2) Az Eütv. 112. § (7a) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(7a) A működési nyilvántartást vezető szerv az egészségügyi dolgozók működési nyilvántartásából a (4) bekezdés b)–c), e), k) és m) pontja, továbbá a (4) bekezdés a) pontjából az egészségügyi dolgozó neve, illetve az egészségügyi tevékenység gyakorlása során használt neve, valamint a (4) bekezdés g) pontjából az egészségügyi tevékenység szüneteltetésének ténye szerinti adatokat a nyilvántartásba történő felvételt követően, továbbá az ezen adatokban bekövetkezett változásokat napi rendszerességgel – a jogszabályban előírt feladatai ellátása érdekében – elektronikus úton, informatikai rendszerkapcsolat útján megküldi az országos tisztifőorvosi feladatokat ellátó szerv részére.”
- 32. §** (1) Az Eütv. 114. § (2) bekezdés m) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
[Az egységes egészségügyi ágazati humánerőforrás-monitoringrendszert működtető egészségügyi államigazgatási szerv]
„m) az Ehi. 6. § (4) és (4a) bekezdése, 6/A. § (2) bekezdése, valamint 6/B. § (1) és (2) bekezdése szerinti nyilvántartás adatait,”
[a (3) bekezdésben meghatározott módon kezeli, feldolgozza és azok alapján elemzi, értékeli az egészségügyi ágazatban dolgozók munkaerő-piaci, foglalkoztatási helyzetét, részt vesz – különös figyelemmel az ellátási szükségletekhez igazodó humánerőforrási feltételek megteremtésének követelményére – a képzési, mobilitási programok irányának meghatározásában, valamint az egységes egészségügyi ágazati humánerőforrás stratégiai javaslat kidolgozásában, beleértve az életpályamodell és a kapcsolódó szolgáltatási koncepció kidolgozását is.]
- (2) Az Eütv. 116/D. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) Az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzésre az vehető fel, aki
a) az Szt. alapján egészségügyi szakmával, illetve szakképesítéssel, vagy egészségügyi főiskolai végzettséggel vagy felsőoktatási intézményben orvos- és egészségtudományi képzési terület ciklusokra bontott képzés alap- vagy mesterképzési szakán szerzett szakképzettséggel rendelkezik,
b) orvos- és egészségtudományi képzési terület egységes osztatlan mesterképzési szakán szerzett szakképzettséggel és egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítéssel rendelkezik, továbbá megfelel az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzésről szóló jogszabályokban meghatározott részvételi követelményeknek, vagy
c) az a) és b) pont alá nem tartozó, felsőoktatási ciklusokra bontott képzés alap- vagy mesterképzési szakon, vagy felsőoktatási egységes osztatlan mesterképzési szakon szerzett szakképzettséggel rendelkezik, és megfelel az egészségügyi szakirányú szakmai továbbképzésről szóló jogszabályokban meghatározott részvételi követelményeknek.”

- 33. §** Az Eütv. 140/B. §-a a következő (6a) bekezdéssel egészül ki:
„(6a) Az ETT etikai eljárásban hozott döntését a bíróság nem változtathatja meg.”
- 34. §** (1) Az Eütv. 155. § (10) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(10) Az állami fenntartású, vármegyei intézménynek nem minősülő és a (15), (17) és (18) bekezdés, valamint a 151/B. § (2) bekezdése hatálya alá nem tartozó egészségügyi intézmény (a továbbiakban: városi intézmény) irányítási szempontból
a) egészségügyi felsőoktatási intézmény klinikai központja esetében törvény vagy
b) az a) pont hatálya alá nem tartozó esetben a Kormány rendelete által kijelölt, a városi intézménnyel azonos vármegyében működő irányító vármegyei intézményhez (a továbbiakban: irányító vármegyei intézmény) tartozik.”
- (2) Az Eütv. 155. § (21) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(21) Az önkormányzati fenntartású, járóbeteg-szakellátást nyújtó egészségügyi intézmény tekintetében az (1a) bekezdés a)–d) és f)–h) pontja szerinti szakmai fenntartói jogköröket az érintett vármegyében működő irányító vármegyei intézmény gyakorolja.”
- 35. §** Az Eütv. 174. §-a a következő (6)–(13) bekezdéssel egészül ki:
„(6) A (2) bekezdéstől eltérően sejtbanki tevékenységen belül ivarsejtbanki tevékenység végzésére, illetve reprodukciós eljárás végzésére jogosító működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltató ivarsejtet – szakorvosi javaslat alapján – átvehet a (7) bekezdés szerinti letevőtől, annak kérelmére a 166. § (1) bekezdésében meghatározott reprodukciós eljárások jövőbeni, saját célból történő elvégzésének céljából (a továbbiakban: fertilitásprezerváció).
(7) A (6) bekezdés szerinti esetben a letevő kizárólag olyan cselekvőképes személy, vagy életkora miatt korlátozottan cselekvőképes kiskorú lehet, aki orvosi indikációval alátámasztottan, jogszabályban meghatározott betegségének, állapotának, vagy kezelésének következtében a jövőben vélelmezhetően meddővé válik.
(8) A (7) bekezdés szerint letevőt a fertilitásprezerváció feltételeiről előzetesen szóban és írásban egyaránt tájékoztatni kell, a tájékoztatásnak ki kell terjednie különösen az eljárás szükségességének indokaira, céljára, az eljárás alkalmazásától várható eredményre, az eljárás igénybevitelének várható költségeire, és az eljárás alkalmazására vonatkozó jogszabályi rendelkezésekre.
(9) Az ivarsejtbanki tevékenységet végző egészségügyi szolgáltató a fertilitásprezerváció céljából letett ivarsejtet a letevő írásbeli rendelkezése alapján csak további sejtbanki tevékenység, vagy reprodukciós eljárás érdekében szolgáltatathatja ki a más ivarsejtbanki tevékenység végzésére, vagy reprodukciós eljárás végzésére jogosult egészségügyi szolgáltatónak. Az egészségügyi szolgáltató a letett ivarsejteket a felhasználásig, vagy a (10) bekezdés szerinti megsemmisítésig fagyasztva tárolja.
(10) A (7) bekezdés szerinti letevő írásbeli kérelmére az ivarsejteket a tárolási idő lejárta előtt meg kell semmisíteni. A kérelmet közokiratba vagy teljes bizonyító erejű magánokiratba kell foglalni.
(11) Korlátozottan cselekvőképes kiskorú esetében a (6) bekezdés szerinti szakorvosi javaslat kezdeményezéséhez, és a kérelemhez – beleértve a (10) bekezdés szerinti kérelmet is – a törvényes képviselő hozzájárulása szükséges.
(12) Ha a (11) bekezdés szerinti hozzájárulást a törvényes képviselő nem adja meg, a gyámhatóság a beavatkozás elvégzéséhez a Fővárosi Törvényszéknél kérelmet terjeszthet elő a jognyilatkozat vagy a jognyilatkozatok pótlása iránt. A bírósági eljárásra a 187/A. § (4) és (5) bekezdésében foglaltak alkalmazandók, azzal, hogy a bíróság a jognyilatkozatot abban az esetben pótolja, ha a fertilitásprezerváció elvégzése – figyelembe véve a kérelmező egészségügyi és személyi körülményeit – a kérelmező érdekében áll.
(13) A fertilitásprezerváció keretében letétbe helyezett ivarsejtek esetében a (4) és (5) bekezdésben foglaltakat alkalmazni kell.”
- 36. §** Az Eütv. 217. §-a a következő (3a) bekezdéssel egészül ki:
„(3a) Az (1) bekezdés b) pontjában foglaltak valószínűsítésére mentőtiszt is jogosult.”
- 37. §** Az Eütv. 244/I. §-a a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:
„(1a) Az (1) bekezdés szerinti ügyekben – a 140/B. § (2) bekezdés b) pontjától eltérően –
a) az ETT-nek a Kormány rendeletében meghatározott első fokon eljáró testülete az elsőfokú döntést,
b) az ETT-nek a Kormány rendeletében meghatározott másodfokon eljáró testülete azon ügyekben, amelyekben az elsőfokú döntést a Magyar Orvosi Kamara hozta meg, a másodfokú döntést 2023. december 31-ig hozza meg.”

- 38. §** (1) Az Eütv. 247. §-a a következő (1d) bekezdéssel egészül ki:
„(1d) Felhatalmazást kap a Kormány, hogy a 155. § (10) bekezdés b) pontja szerinti irányító vármegyei intézményeket rendeletben jelölje ki.”
- (2) Az Eütv. 247. § (2) bekezdés k) pontja a következő kh) alponttal egészül ki:
(*Felhatalmazást kap a miniszter, hogy az orvostechnikai eszközökkel és az in vitro diagnosztikai orvostechnikai eszközökkel összefüggésben*)
„kh) a megfelelőségértékelési eljárásoktól való eltérésre vonatkozó szabályokat,”
(*rendeletben állapítsa meg.*)
- (3) Az Eütv. 247. § (3) bekezdése a következő l) ponttal egészül ki:
(*Felhatalmazást kap a miniszter, hogy*)
„l) az orvosi esztétikai tevékenységeket, az egyes tevékenységek végzésére jogosult személyek körét, valamint e tevékenységek végzésével, a képesítés megszerzésével összefüggő szakmai szabályokat”
(*rendeletben állapítsa meg.*)

39. § Az Eütv.

- a) 3. § e) pontjában az „ideértve a gyógyszerekkel,” szövegrész helyébe az „ideértve a plasztikai helyreállító és az esztétikai plasztikai invazív és minimál invazív beavatkozásokat, a gyógyszerekkel,” szöveg,
- b) 29. § (1) bekezdésében a „panaszt tenni” szövegrész helyébe a „szóban, írásban panaszt tenni” szöveg,
- c) 108/A. § (1) bekezdésében a „megtett bejelentés” szövegrész helyébe az „elektronikus úrlapon megtett bejelentés” szöveg,
- d) 140/B. § (2) bekezdésében az „az ETT-nek a Kormány rendeletében meghatározott testülete” szövegrész helyébe az „az ETT-nek a Kormány rendeletében meghatározott első fokon eljáró testülete”, az „az ETT elnöksége” szövegrész helyébe az „az ETT-nek a Kormány rendeletében meghatározott másodfokon eljáró testülete” szöveg,
- e) 140/B. § (3) bekezdésében az „az ETT-nek a Kormány rendeletében meghatározott testületét” szövegrész helyébe az „az ETT-nek a Kormány rendeletében meghatározott első fokon eljáró testületét”, az „az ETT-t” szövegrész helyébe az „az ETT-nek a Kormány rendeletében meghatározott másodfokon eljáró testületét” szöveg,
- f) 140/B. § (6) bekezdésében a „bírószági jogorvoslatnak” szövegrész helyébe a „közigazgatási pernek” szöveg,
- g) 158. § (3) bekezdésében az „ötvenöt” szövegrész helyébe a „kilencven” szöveg,
- h) 217. § (4) bekezdésében az „orvosi halottvizsgálat” szövegrész helyébe az „orvosi vagy jogszabályban meghatározott esetekben mentőtiszt által végzett halottvizsgálat” szöveg,
- i) 247. § (1a) bekezdés m) pontjában az „első fokon eljáró testületét” szövegrész helyébe az „első és másodfokon eljáró testületét” szöveg
- lép.

5. A fogyasztóvédelemről szóló 1997. évi CLV. törvény módosítása

- 40. §** A fogyasztóvédelemről szóló 1997. CLV. törvény 16/A. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) Tilos tizennyolcadik életévét be nem töltött személy részére dohányterméket, valamint vízpipát értékesíteni, illetve kiszolgálni.”

6. A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény módosítása

- 41. §** A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló 1999. évi XLII. törvény (a továbbiakban: Nvt.) 1. § d) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
(*E törvény alkalmazásában*)
„d) *rendezvény*: békés összejövetelek, felvonulások és tüntetések, gyűlések, valamint gazdasági, kulturális, – nem szabadidős jellegű – sport, vallási, érdekvédelmi céllal, legalább két személy egyidejű jelenlétével létrejött szervezett összejövétel, illetve esemény;”

- 42. §** Az Nvt.
2. § (1) bekezdésében a „vagy dohányzást imitáló elektronikus eszközt” szövegrész helyébe a „ , dohányzást imitáló elektronikus eszközt vagy vízipipát” szöveg,
 3. § (1) bekezdésében és 7. § (1) bekezdésében az „eszköz használatára” szövegrész helyébe az „eszköz, vagy vízipipa használatára” szöveg,
 5. § (1)–(3) bekezdésében a „b)–h)” szövegrész helyébe a „b)–i)” szöveg lép.

7. Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény módosítása

- 43. §** Az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény (a továbbiakban: Öotv.) 2/B. §-a a következő (9) bekezdéssel egészül ki:
- „(9) Ha a feladatellátási szerződés az (1) bekezdés szerinti tartalmi elemeket nem vagy nem a jogszabályban előírtak szerint tartalmazza, a praxiskezelő annak érvénytelensége megállapítása céljából a bíróság előtt megtámadhatja.”

- 44. §** Az Öotv.
1. § (2) bekezdés c) pontjában az „az egészségügyi államigazgatási szerv” szövegrész helyébe az „a praxiskezelő” szöveg,
 2. § (5) bekezdésében az „az egészségügyi államigazgatási szervhez” szövegrész helyébe az „a praxiskezelőhöz” szöveg,
 - 2/A. § (2) bekezdésében és 2/B. § (8) bekezdésében a „praxisjog engedélyezésére jogosult egészségügyi államigazgatási szerv” szövegrész helyébe a „praxiskezelő” szöveg,
 3. § (5a) bekezdésében az „az egészségügyi államigazgatási szerv” szövegrész helyébe az „a praxiskezelő” szöveg lép.

8. A kémiai biztonságról szóló 2000. évi XXV. törvény módosítása

- 45. §** A kémiai biztonságról szóló 2000. évi XXV. törvény (a továbbiakban: Kbtv.) 29. §-a a következő (3a) bekezdéssel egészül ki:
- „(3a) A lakossági felhasználásra forgalomba hozott veszélyes anyagokkal és veszélyes keverékekkel végzett tevékenységet nem kell bejelenteni, amennyiben az ezekkel végzett tevékenységet nem a gazdasági tevékenységek egységes ágazati osztályozási rendszere, illetve az önálló vállalkozók tevékenységi jegyzéke alapján megadott főtevékenység és további tevékenység keretén belül végzik.”

- 46. §** A Kbtv.
2. § (3) bekezdésében az „a 23. § (6)” szövegrész helyébe az „a 23. § (5)” szöveg,
 29. § (1) bekezdésében az „a telephely, illetve ennek hiánya esetén a székhely szerint illetékes” szövegrész helyébe az „az” szöveg lép.

- 47. §** Hatályát veszti a Kbtv.
- III. Fejezet címében az „ANYAGOK ÉS” szövegrész,
 - „Veszélyes anyag bejelentése” alcím címe,
 20. § (1) bekezdésében az „A kiválasztás indokolására a tevékenységet végző elvégzi a szükséges kockázatbecslést, valamint költség-haszon elemzést és azt az ellenőrzést végző hatóságnak – kérésére – bemutatja.” szövegrész.

9. Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény módosítása

- 48. §** Az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (a továbbiakban: Eütev.) 8. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
- „(4) A szabadfoglalkozású egészségügyi tevékenység egyéni vállalkozóként nem folytatható.”

49. § Az Eütev. 17. § (6) bekezdés a) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
(Az önkéntes segítő egészségügyi dolgozó által – kizárólag az egészségügyi tevékenysége végzésével a betegnek – okozott kár esetén a közérdekű önkéntes tevékenységről szóló törvény alapján a foglalkoztató által követelhető kártérítés mértéke gondatlan károkozás esetén nem haladhatja meg)
„a) az (1) bekezdés a) és b) pontja szerinti, egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személy esetében az egészségügyi szolgáltatónál azonos munkakörben, azonos gyakorlati idővel foglalkoztatott egészségügyi dolgozó munkabére, illetménye, ilyen egészségügyi dolgozó hiányában az adott szakképesítéssel rendelkező egészségügyi dolgozók – Eszjtv. szabályainak alapulvételével meghatározott, az Eszjtv. 8. § (3) bekezdése szerinti személyi kör esetén a fizetési fokozathoz, az egészségügyi szakdolgozók esetén a fizetési osztályhoz és fizetési fokozathoz tartozó – illetménye alapján számított távolléti díjának a,”
(négy havi összegét. Szándékos károkozás esetén a teljes kárt kell megtéríteni.)

50. § Hatályát veszti az Eütev.
a) 8. § (5) bekezdése,
b) 9. § (1) bekezdés d) pontjában az „illetve a szabadfoglalkozású egészségügyi dolgozó nyilatkozatát az önkéntesen vállalt többletmunka tervezett mértékéről,” szövegrész.

10. Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény módosítása

51. § Az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó törvények módosításáról szóló 2005. évi XCV. törvény (a továbbiakban: Gytv.) „A törvény hatálya” alcímet megelőzően a következő 1/B. §-sal egészül ki:
„1/B. § E törvény alkalmazásában a különös méltánylást érdemlő betegellátási érdeket az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerinti egészségügyi válsághelyzet kihirdetését megalapozó vagy azzal közvetlenül összefüggő megbetegedésekkel kapcsolatban lefolytatandó, az egészségügyi válsághelyzet kezelésével összefüggő hatósági eljárások során – az egészségügyi válsághelyzet ideje alatt – fennállónak kell tekinteni.”

52. § A Gytv. 5. § (7) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(7) Az (1)–(6) bekezdés szerint kiadott forgalombahozatali engedély öt évig hatályos. Az engedély – a hatályosság lejártát megelőzően legalább kilenc hónappal benyújtott kérelemre, az előny/kockázat arány újraértékelése alapján – megújítható. Ha a gyógyszer tekintetében az Európai Gazdasági Térség területén lefolytatott, az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló, 2001. november 6-i 2001/83/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv III. cím 4. fejezetében szabályozott első eljárásban előírt megújítás dátuma az (1)–(6) bekezdés szerint kiadott forgalombahozatali engedély öt éves hatályosságának lejártát megelőzi, a megújítás iránti kérelem benyújtására ezen időpontot megelőzően legalább kilenc hónappal van lehetőség. A gyógyszerészeti államigazgatási szerv a megújítási kérelmet 90 nap alatt bírálja el. A megújítást követően a gyógyszer forgalombahozatali engedélye korlátlan ideig hatályos, kivéve, ha a gyógyszerészeti államigazgatási szerv úgy dönt, hogy azt öt évre újítja meg, ha azt
a) az e bekezdés alapján benyújtott farmakovigilanciával kapcsolatos adatok vagy
b) az adott gyógyszerrel történő betegexpozíció elégtelensége szempontjai alátámasztják.”

53. § A Gytv. 5. §-a a következő (8) bekezdéssel egészül ki:
„(8) A (7) bekezdés szerinti megújításnak minősül, ha a gyógyszer forgalombahozatali engedélyét az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexéről szóló, 2001. november 6-i 2001/83/EK európai parlamenti és tanácsi irányelv III. cím 4. fejezete szerinti eljárás referencia tagállamában már határozatlan időre megújították.”

54. § A Gytv. 15. § (11) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(11) A tisztítatlan ipari mákszalma-maradványokkal szennyezett mákmagot, ipari mák kifejtetlen tokját felvásárló, illetve annak szétválasztását és tisztítását végző, valamint tisztítás utáni ipari mákvetőmag fémzárolását, ipari mákszalma pelletálását, továbbá ipari mákszalmát, kifejtetlen máktokot, alacsony THC-tartalmú kender virágzatát begyűjtő, cséplését végző, tároló, felvásárló, exportáló, reklamáció esetén importáló, valamint annak megsemmisítését végző gazdálkodó szervezetekről az egészségügyi államigazgatási szerv nyilvántartást vezet.”

- 55. §** A Gytv. 15. §-a a következő (12a) bekezdéssel egészül ki:
„(12a) A (12) bekezdés j) pontja értelmében alvállalkozónak minősül az a természetes személy, aki a nyilvántartásba vett gazdálkodó szervezet részére alacsony THC-tartalmú kendert termeszt.”
- 56. §** A Gytv. 25. § (2a) és (2b) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:
„(2a) A (2) bekezdésben foglaltaktól eltérően, az állami egészségügyi tartalék kezeléséért felelős szerv kérelmére kiemelt közegészségügyi vagy járványügyi érdekekkel összefüggő különös méltánylás érdemlő betegellátási érdekből a gyógyszerészeti államigazgatási szerv a (2b)–(2h) bekezdés szerint határozott időtartamra engedélyezheti EGT-megállapodásban részes államban nem, de más országban forgalombahozatali vagy alkalmazási engedéllyel rendelkező gyógyszer ideiglenes hozzáférhetővé tételét, alkalmazását vagy adományozását.
(2b) A (2a) bekezdés szerinti feltételek fennállása esetén a gyógyszerészeti államigazgatási szerv az engedélyt abban az esetben adhatja ki, ha a készítmény minőségileg megfelelő, és az elvégzett vizsgálatok alapján előnyös terápiás előny/kockázat aránnyal rendelkezik. Az engedély legfeljebb egy évre adható ki, ami különösen indokolt esetben kérelmenként legfeljebb további egy évvel meghosszabbítható.”
- 57. §** A Gytv. 25/C. §-a a következő (5a) bekezdéssel egészül ki:
„(5a) Az engedélyezés előtti gyógyszeralkalmazásra irányuló kérelem benyújtásának időpontjában fennálló, az engedélyezés alapjául szolgáló körülmények változása esetén az engedély módosítását kell kérelmezni.”
- 58. §** A Gytv. a következő 32/D. §-sal egészül ki:
„32/D. § A 7. § (4) bekezdésétől eltérően a 7. § (1)–(3) bekezdése alapján kiadott engedély érvényességi idejét a gyógyszerészeti államigazgatási szerv a gyártó kérelmére a 7. § (1)–(3) bekezdésében fennálló feltételek fennállása alatt, különös méltánylást érdemlő betegellátási érdekből, kérelmenként legfeljebb 2023. december 31-éig meghosszabbíthatja. A 7. § (1)–(3) bekezdésében foglalt feltételek fennállásának értékelése során a gyógyszerészeti államigazgatási szerv azt is vizsgálja, hogy a vizsgálati gyógyszer vagy gyógyszer hozzáférhetővé tétele és alkalmazása e törvény szerinti más jogalapon biztosítható-e. Ha a vizsgálati gyógyszer vagy gyógyszer hozzáférhetővé tétele e törvény szerinti más jogalapon is biztosítható, a gyógyszerészeti államigazgatási szerv a 7. § (1)–(3) bekezdése alapján kiadott engedélyt hivatalból visszavonja.”
- 59. §** A Gytv.
25. § (2h) bekezdésében a „legfeljebb további egy évvel” szövegrész helyébe a „kérelmenként legfeljebb további egy évvel” szöveg,
 - 25/C. § (1) bekezdés d) pontjában a „kezelés teljes időtartama alatt” szövegrész helyébe a „kezelés teljes időtartama alatt – ideértve a kérelemben meghatározott várható kezelési időtartamot meghaladó, a beteg kezeléséhez szükséges további időtartamot –” szöveg,
 - 25/C. § (7) bekezdésében az „az emberi, illetve állatgyógyászati felhasználásra szánt gyógyszerek engedélyezésére és felügyeletére vonatkozó közösségi eljárások meghatározásáról és az Európai Gyógyszerügynökség létrehozásáról szóló 726/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet” szövegrész helyébe az „a 726/2004/EK európai parlamenti és tanácsi rendelet” szöveg,
 - 25/C. § (8) bekezdésében a „– kiemelt járványügyi érdekből vagy egyéb, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény szerinti egészségügyi válsághelyzettel közvetlenül összefüggő – kiemelten” szövegrész helyébe a „kiemelt közegészségügyi vagy járványügyi érdekekkel összefüggő” szöveg,
 - 25/C. § (8) bekezdés b) pontjában a „szponzor” szövegrész helyébe a „klinikai vizsgálat megbízója vagy az állami egészségügyi tartalék kezelője” szöveg,
 - 25/C. § (8) bekezdés d) pontjában a „klinikai vizsgálat megbízója” szövegrész helyébe a „klinikai vizsgálat megbízója vagy – ha a kérelmet az állami egészségügyi tartalék kezelője nyújtotta be – az állami egészségügyi tartalék kezelője” szöveg,
 1. számú mellékletében foglalt táblázat III.G.4. és III.G.6. sorában a „szerinti engedélyezési eljárás, ha a kérelmező csak az értékelő jelentés I. részére nézve kér értékelést” szövegrész helyébe a „szerinti, az 536/2014/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet 11. cikke szerint zajló engedélyezési eljárás az értékelő jelentés I. részére vonatkozó szakasza” szöveg,
 1. számú mellékletében foglalt táblázat III.G.5. és III.G.7. sorában a „szerinti engedélyezési eljárás, ha a kérelmező csak az értékelő jelentés II. részére nézve kér értékelést” szövegrész helyébe a „szerinti,

az 536/2014/EU európai parlamenti és tanácsi rendelet 11. cikke szerint zajló engedélyezési eljárás az értékelő jelentés II. részére vonatkozó szakasza” szöveg lép.

60. § Hatályát veszti a Gytv.

- a) 25. § (2e) bekezdésében az „a megbetegedés feltételezett vagy igazolt terjedésének megakadályozása érdekében” szövegrész,
- b) 32/D. §-a.

11. A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény módosítása

61. § A biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény (a továbbiakban: Gyftv.) 3. §-a a következő 47. ponttal egészül ki: *(E törvény alkalmazásában)*

„47. intézeti és a közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatok elkülönített nyilvántartása: átlátható és technikailag zárt, kizárólag hatósági ellenőrzési tevékenység részére hozzáférhető elektronikus szakmai nyilvántartási rendszer.”

62. § A Gyftv. 20. § (11) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(11) Az e fejezetben és az emberi felhasználásra kerülő gyógyszer, illetve gyógyászati segédeszköz ismertetésére, az ismertetői tevékenységet végző személyek nyilvántartására, és a gyógyszerrel, gyógyászati segédeszközzel kapcsolatos, fogyasztókkal szembeni kereskedelmi gyakorlatra vonatkozó részletes szabályokról szóló miniszteri rendeletben foglalt megsértése tárgyában hivatalból indult hatósági eljárás ügyintézési határideje 110 nap.”

63. § A Gyftv. 30. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép és a Gyftv. 30. §-a a következő (1a) és (1b) bekezdéssel egészül ki:

„(1) A 29. § (3) bekezdés a)–f) és i) pontja szerint benyújtott kérelmek alapján készítmény társadalombiztosítási támogatásban csak akkor részesülhet, ha a kérelemben a gyógyszer forgalombahozatali engedélyének jogosultja által megjelölt termelői ára nem magasabb a jogszabályban megjelölt, az Európai Unió tagállamaiban és az Európai Gazdasági Térségről szóló megállapodásban részes más államokban ténylegesen forgalomban lévő és társadalombiztosítási támogatásban részesülő három legalacsonyabb termelői árú ugyanazon vagy azonos hatóanyagú gyógyszer árának számtani átlagánál.

(1a) Az (1) bekezdés szerinti kérelemben foglalt készítmény társadalombiztosítási támogatásban akkor is részesülhet, ha az (1) bekezdés szerinti számtani átlag megállapításához nem áll rendelkezésre az (1) bekezdés szerinti három legalacsonyabb termelői ár. Ebben az esetben a számtani átlagot a rendelkezésre álló, (1) bekezdés szerinti államokban meglévő legalacsonyabb termelői ár alapján kell megállapítani.

(1b) Nem kell alkalmazni az (1) bekezdést, ha nincs az (1) bekezdés szerinti államokban ténylegesen forgalomban lévő ugyanazon vagy azonos hatóanyagú gyógyszer.”

64. § A Gyftv. 41. § (2) és (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezések lépnek:

„(2) Az (1) bekezdés szerinti működési célú támogatás igényléséhez az egészségügyi államigazgatási szerv állítja ki a közforgalmú gyógyszertárak működtető vállalkozás részére a jogosultsági feltételeket igazoló hatósági bizonyítványt.

(3) Az egészségügyi államigazgatási szerv a (2) bekezdés szerinti hatósági bizonyítványt a tárgynegyedévet követő harmadik hónap 21. napjától a tárgynegyedévet követő harmadik hónap 30. napjáig állítja ki hivatalbóli eljárás keretében.”

65. § A Gyftv. 48. § (1) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:

„(1) Új gyógyszertár – az ideiglenesen telepített főkgyógyszertár kivételével – csak az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott létesítési engedély és működési engedély alapján működtethető. Az új gyógyszertár létesítéséről szóló végleges határozatot a létesítés helye szerint illetékes települési önkormányzattal, a gyógyszertárak létesítésére és működtetésére vonatkozó határozatokat a Magyar Gyógyszerészi Kamarával is közli a hatóság.”

- 66. §** A Gyftv. „Intézeti gyógyszerár” alcíme a következő 51/A. §-sal egészül ki:
„51/A. § Az intézeti és a közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatok elkülönített nyilvántartásának hatékony ellenőrzéséhez szükséges hozzáférést a működtető az átláthatóság és a nyomonkövethetőség elvének megfelelően, jogszabályban meghatározottak szerint biztosítja az egészségügyi államigazgatási szerv részére.”
- 67. §** A Gyftv. 53/B. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(2) Az (1) bekezdés szerinti áthelyezésre kizárólag az adott településen, településrészen, illetve kerületen belül kerülhet sor akkor, ha a meglévő közforgalmú gyógyszerárak betegforgalmi bejárata és az áthelyezendő közforgalmú gyógyszerár betegforgalmi bejárata között 50 000 lélekszámot meghaladó településen vagy fővárosi kerületben legalább 250 méter, egyéb településeken és fővárosi kerületekben legalább 300 méter távolság van. A meglévő és az áthelyezendő közforgalmú gyógyszerárak közötti legkisebb távolságon, a közúton vagy közterületen történő megközelítéshez szükséges legrövidebb utat kell érteni.”
- 68. §** A Gyftv. 60. §-a a következő f) ponttal egészül ki:
[Az egészségügyi államigazgatási szerv – az a) pont aa) alpontja, a c) pont ca) alpontja és az e) pont szerinti adatok tekintetében közhiteles hatósági nyilvántartásnak minősülő – nyilvántartást vezet]
„f) a gyógyszerárakat működtetők nevében és felelősségére egészségügyi tevékenységet végző egészségügyi dolgozóknak az egészségügyi tevékenység végzésével összefüggő adatairól.”
- 69. §** A Gyftv. 77. § (1) bekezdése a következő m) ponttal egészül ki:
(Felhatalmazást kap a Kormány, hogy)
„m) az intézeti és a közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatok elkülönített nyilvántartásának hatékony ellenőrzéséhez szükséges hatósági hozzáférés részletes szabályait”
(rendeletben állapítsa meg.)
- 70. §** A Gyftv. a következő 86/A. és 86/B. §-sal egészül ki:
„86/A. § E törvénynek az egyes egészségügyi, egészségbiztosítási és gyógyszerészeti tárgyú törvények módosításáról szóló 2023. évi XIX. törvénnyel (a továbbiakban: Módtv.) megállapított 48. § (1) bekezdését, 50. § (2) bekezdését, 50/B. § (2) bekezdését, 53/B. § (2) bekezdését és 74. § (3) bekezdését a 2023. június 1-jén folyamatban lévő ügyekben is alkalmazni kell.
86/B. § A 11. §-tól eltérően az önellenőrzési célt szolgáló SARS-CoV-2-fertőzés kimutatására szánt antigén gyorseszti in vitro diagnosztikai orvostechikai eszköz forgalmazását 2023. december 31-ig a 67. § (1) bekezdése szerinti vállalkozás is végezheti a gyártó által rendelkezésre bocsátott tájékoztatóban foglaltaknak megfelelően, összhangban a SARS-CoV-2-fertőzés diagnosztizálására szolgáló antigén gyorsesztek európai uniós alkalmazási követelményeivel.”
- 71. §** A Gyftv.
a) 17. § (10) bekezdésében a „nyomdi” szövegrész helyébe a „nyomdai” szöveg,
b) 50. § (2) bekezdésében az „a legközelebb eső közforgalmú gyógyszerárát” szövegrész helyébe az „az eljárást kezdeményező kérelmező által megjelölt létesítési címen lévő ingatlan bejáratához vagy a létesítendő ingatlan műszaki tervdokumentációban megjelölt bejáratához legközelebb eső közforgalmú gyógyszerárát” szöveg,
c) 50/B. § (2) bekezdésében az „a három legközelebb eső közforgalmú gyógyszerárát” szövegrész helyébe az „a rendezvény főbejáratához viszonyítva a három legközelebb eső közforgalmú gyógyszerárát” szöveg,
d) 74. § (3) bekezdésében a „vállalkozás vagy vállalkozáscsoport” szövegrész helyébe a „természetes személy, vállalkozás vagy vállalkozáscsoport” szöveg lép.
- 72. §** Hatályát veszti a Gyftv. 86/B. §-a.

12. Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény módosítása

- 73. §** Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (a továbbiakban: Eftv.) 2. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(2) A megállapodás vagy az egészségügyi ellátási szerződés megkötése az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv 1/A. § (1) bekezdése szerinti ellátási kötelezettségét és felelősségét – a (4) bekezdésben meghatározott kivétellel – nem érinti. A megállapodás, illetve az egészségügyi ellátási szerződés megszűnése esetén az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv a szerződés tárgyát képező feladat – saját fenntartásában lévő szolgáltatójával vagy az (1) bekezdésben meghatározott módon történő – ellátásáról haladéktalanul köteles gondoskodni. Amennyiben az egészségügyi közszolgáltatásért felelős szerv a szerződés tárgyát képező feladat – saját fenntartásában lévő szolgáltatójával vagy az (1) bekezdésben meghatározott módon történő – ellátásáról a megállapodás, illetve az egészségügyi ellátási szerződés megszűnését követő 30 napon belül nem gondoskodik, az egészségügyi államigazgatási szerv a 2. alcím szerinti, a kötelezettség nem teljesítése esetén alkalmazandó szabályok alkalmazásával jár el.”
- 74. §** Az Eftv. 5/A. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(2) Az ellátási területet településenként kell meghatározni. Ha az ellátási terület valamely településnek csak egy részére terjed ki, akkor az ellátási területet a háziorvosi körzethez igazodva, vagy a település érintett része közterületek általi lehatárolásának pontos meghatározásával, vagy az adott település irányítószámának megadásával kell kijelölni.”
- 75. §** (1) Az Eftv. 5/B. §-a a következő (3a) bekezdéssel egészül ki:
„(3a) Ha a fenntartók a (2) bekezdés a) pontja szerint az ellátási terület módosítása ügyében közös kérelmet nyújtanak be az egészségügyi államigazgatási szerv felé, az elektronikus úrlapon történő kérelem benyújtására e fenntartók bármelyike jogosult.”
- (2) Az Eftv. 5/B. § (4) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(4) Az egészségügyi államigazgatási szerv hivatalból állapítja meg, illetve módosítja az ellátási területet, ha az jogszabályváltozás miatt, vagy ellátási érdekből szükséges.”
- 76. §** Az Eftv. 7. §-a a következő (6) bekezdéssel egészül ki:
„(6) A (2) és (4) bekezdés szerinti eljárás keretében az 5/B. §-ban foglaltakat kell alkalmazni.”
- 77. §** Az Eftv.
a) 5/A. § (8b) bekezdés f) pontjában a „módosításának” szövegrész helyébe a „módosításának, illetve változásának” szöveg
b) 5/B. § (1) bekezdés a) pontjában a „kérelemre” szövegrész helyébe az „elektronikus úrlapon benyújtott kérelemre” szöveg
lép.
- 78. §** Hatályát veszti az Eftv.
a) 5/A. § (8) bekezdés b) pontja,
b) 5/A. § (8b) bekezdés g) pontja,
c) 5/A. § (8c) bekezdés c) pontja,
d) 5/A. § (11a) bekezdés b) pontjában a „vagy” szövegrész,
e) 5/A. § (11a) bekezdés c) pontja,
f) 14. § (5) bekezdése.

13. A nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény módosítása

- 79. §** A nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény (a továbbiakban: Nftv.) 97. § (2) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(2) A klinikai központ
a) a 99. § (1a) bekezdése szerinti esetben irányítói vármegyei intézményi feladatokat ellátó és
b) az a) pont szerinti kijelölés hiányában irányítói vármegyei intézményi feladatokat el nem látó klinikai központ lehet, amelyre ezen alcím rendelkezései szerinti eltérő szabályok az irányadók.”

80. § Az Nftv. 99. §-a a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:
„(1a) A Baranya, Csongrád-Csanád, valamint Hajdú-Bihar vármegyében működő klinikai központ az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.) szerinti irányító vármegyei intézményi feladatokat ellátó klinikai központnak minősül. Ha törvény eltérően nem rendelkezik, úgy ezen klinikai központokat irányító vármegyei intézménynek kell tekinteni.”

81. § Az Nftv. 99/A. § (1) bekezdésében az „az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eütv.)” szövegrész helyébe az „az Eütv.” szöveg lép.

14. Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény módosítása

82. § Az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény (a továbbiakban: Eatv.) 6. §-a a következő (3) és (4) bekezdéssel egészül ki:

„(3) A praxiskezelőnek a körzetek kialakításánál a körzetek határát közterületek és házzámok, házzámok hiányában helyrajzi számok által határoltan kell meghatározni, kivéve, ha a település teljes területe az adott szakmában egy alapellátási körzethez tartozik.

(4) Nem kell alkalmazni a települési önkormányzatnak a körzethatárok megállapításáról szóló rendeletét, ha a praxiskezelő az egészségügyi alapellátási körzetet az (1) bekezdés szerint kialakította.”

83. § Az Eatv. 3/A. alcíme a következő 6/C. §-sal egészül ki:
„6/C. § Az egészségbiztosítási szerv a közfinanszírozott egészségügyi alapellátási szolgálat finanszírozási szerződésének egyedi adatait, továbbá a szolgálat díjazását meghatározó adatait havonta megküldi a praxiskezelő részére.”

84. § Az Eatv. 4. alcíme helyébe a következő alcím lép:
„4. Nyilvántartás vezetése az egészségügyi alapellátásról
7. § (1) A praxiskezelő nyilvántartást vezet:
a) az egészségügyi alapellátási körzetekről,
b) a feladat-ellátási szerződésekről, és
c) az egészségügyi alapellátási szolgáltatókról és szolgáltatásokról.
(2) Az (1) bekezdés a) pontja szerinti nyilvántartás tartalmazza:
a) az érintett szakma megnevezését, szakmakódját,
b) a körzet székhelyét,
c) a körzetet a település érintett részének közterületek általi közterület-megnevezés és házzámok, ezek hiányában helyrajzi szám szerint,
d) a körzet határát kijelölő döntés számát, és
e) a körzet azonosítóját.
(3) Az (1) bekezdés b) pontja szerinti nyilvántartás a feladat-ellátási szerződésnek az önálló orvosi tevékenységről szóló 2000. évi II. törvény 2/B. § (1) bekezdésében foglalt adatait, ennek hiányában a feladat ellátása érdekében kötött egyéb szerződés megfelelő adatait tartalmazza.
(4) Az (1) bekezdés c) pontja szerinti nyilvántartás az alapellátás területén nyújtott egészségügyi szolgáltatásra kiadott működési engedély adatait tartalmazza.”

85. § Az Eatv. 14. §-a helyébe a következő rendelkezés lép:
„14. § (1) Az egészségügyi államigazgatási szerv jogszabályban foglaltak szerint járási, vármegyei, valamint országos hatáskörrel védőnői hatósági felügyeleti tevékenységet lát el.
(2) Az egészségügyi szolgáltatás irányításáért felelős szerv, az országos szakmai vezető védőnő irányításával a védőnői szolgáltatás szakmai irányítását, felügyeletét és megfelelőségének ellenőrzését végzi a kollegiális védőnői mentorrendszeren keresztül a védőnői ellátás egységes színvonalú biztosítása érdekében.”

86. § Az Eatv. a következő 24. §-sal egészül ki:
„24. § A praxiskezelő által vezetett, az egyes egészségügyi, egészségbiztosítási és gyógyszerészeti tárgyú törvények módosításáról szóló 2023. évi XIX. törvénnyel (a továbbiakban: Módtv1.) megállapított 7. § szerinti nyilvántartásba

- a) a 2022. december 31-i állapot szerinti alapellátási körzetekről nyilvántartott adatokat az egészségügyi államigazgatási szerv 2023. július 31-ig,
- b) a Módtv1.-gyel megállapított 7. § (3) bekezdésében szereplő adatokat az 5. § (1) bekezdése szerinti esetben a települési önkormányzat, a 6/A. § szerinti esetben az állami mentőszolgálat a szerződés keltét követő 15 napon belül,
- c) a Módtv1.-gyel megállapított 7. § (4) bekezdésében szereplő adatokat az egészségügyi államigazgatási szerv a működési engedélyről szóló határozat keltét követő 15 napon belül a praxiskezelő által biztosított elektronikus felületen bejelenti."

87. § Az Eatv.

- a) 2. § (1) bekezdésében a „fogorvosi, védőnői” szövegrész helyébe a „fogorvosi” szöveg,
- b) 6. § (1) bekezdésében az „A praxiskezelő” szövegrész helyébe az „Az önálló orvosi tevékenységről szóló törvény végrehajtásáról” szóló kormányrendeletben meghatározott praxiskezelő (a továbbiakban: praxiskezelő)” szöveg,
- c) 12. § (1) bekezdésében a „járásokhoz igazítottan, vármegyénként” szövegrész helyébe az „a miniszter rendelete szerint meghatározott területi illetékességgel” szöveg,
- d) 12. § (4) bekezdésében a „fogorvos választására” szövegrész helyébe „a fogorvos kiválasztására” szöveg,
- e) 18. § (2) bekezdés g) pontjában a „szakmai vezető védőnők választására, jogállására, feladataira, juttatásaira” szövegrész helyébe a „hatósági felügyeleti tevékenységet ellátó védőnők kiválasztására, jogállására, feladataira, juttatásaira és területi illetékességük meghatározására” szöveg,
- f) 18. § (2) bekezdés j) pontjában a „szempontjait” szövegrész helyébe a „szempontjait, eljárási szabályait” szöveg lép.

15. Az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény módosítása

- 88. §** Az adózás rendjéről szóló 2017. évi CL. törvény (a továbbiakban: Art.) X. Fejezete a következő 112/B. §-sal egészül ki:
„112/B. § [Adatszolgáltatás egészségügyi szolgáltatókról]
Az egészségügyi igazgatási és koordinációs feladatokért felelős egészségügyi államigazgatási szerv a tárgynegyedévet követő hó utolsó napjáig elektronikus úton adatot szolgáltat az állami adó- és vámhatóság részére a hatósági nyilvántartásában szereplő, az egészségügyről szóló törvény szerinti egészségügyi szolgáltatók azonosító adatairól és azok adószámáról. Az állami adó- és vámhatóság az adatszolgáltatás adatait az e törvényben meghatározott adatszolgáltatási kötelezettségének teljesítése érdekében használja fel.”

- 89. §** Az Art. 131. §-a a következő (29) bekezdéssel egészül ki:
„(29) Ha az állami adó- és vámhatóság az egészségügyről szóló törvény szerinti egészségügyi szolgáltató tekintetében számla- vagy nyugtakibocsátási kötelezettség megszegését állapítja meg, akkor a kötelezettség megszegéséről szóló tény és az egészségügyi szolgáltató azonosító adatait a 112/B. § szerinti adatszolgáltatást követő 15 napon belül elektronikus úton megküldi az egészségügyi igazgatási és koordinációs feladatokért felelős egészségügyi államigazgatási szerv részére az érintett egészségügyi szolgáltató egészségügyi tevékenységére vonatkozó jogszabályi előírások betartásának ellenőrzése, valamint hatáskörébe tartozó közigazgatási hatósági eljárás lefolytatása céljából.”

16. A kormányzati igazgatásról szóló 2018. évi CXXV. törvény módosítása

- 90. §** A kormányzati igazgatásról szóló 2018. évi CXXV. törvény (a továbbiakban: Kit.) 145. § (3) bekezdése a következő j) ponttal egészül ki:
(Az elismerésre jogosító idő megállapításánál)
„j) az egészségügyi szolgálati jogviszonyban töltött időt”
(kell figyelembe venni.)

- 91. §** A Kit. a következő 294/A. §-sal egészül ki:
„294/A. § [Szolgálati elismerésre való jogosultság]
(1) A kormánytisztviselő szolgálati elismerésre való jogosultságának megállapítása során az egyes egészségügyi, egészségbiztosítási és gyógyszerészeti tárgyú törvények módosításáról szóló 2023. évi XIX. törvény (a továbbiakban: Módtv5.) hatálybalépése előtt egészségügyi szolgálati jogviszonyban töltött időt is figyelembe kell venni.
(2) Ha a 145. § (3) és (4) bekezdése alapján számított szolgálati idő elérte vagy meghaladta a szolgálati elismerésre jogosító – a 145. § (1) bekezdésében meghatározott – időt, a kormánytisztviselő jogosult a szolgálati elismerésnek az így megállapított szolgálati idő szerinti fokozatára.
(3) A (2) bekezdés nem alkalmazható arra a kormánytisztviselőre, aki már megkapta a szolgálati elismerésnek a 145. § (3) és (4) bekezdése alapján számított fokozat szerinti összegét.
(4) A (2) bekezdés szerinti szolgálati elismerés összegét a Módtv5. hatálybalépését követő 60 napon belül ki kell fizetni a kormánytisztviselő részére.”

- 92. §** A Kit. 112. § (6) bekezdés b) pontjában a „közalkalmazotti jogviszonyban” szövegrész helyébe a „közalkalmazotti, egészségügyi szolgálati jogviszonyban” szöveg lép.

17. Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény módosítása

- 93. §** Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény (a továbbiakban: Eszjtv.) 1. § (3) bekezdése helyébe a következő rendelkezés lép:
„(3) Egészségügyi szolgálati jogviszonyban foglalkoztatható – a jogszabályban meghatározott esetekben – az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény (a továbbiakban: Eütev.) a) 4. § a) és c) pontja szerinti egészségügyi dolgozó,
b) 4. § b) pontja szerinti egészségügyben dolgozó.”

- 94. §** Az Eszjtv. 8. §-a a következő (10a) bekezdéssel egészül ki:
„(10a) A fizetési fokozatok közötti várakozási időbe nem számítható be a fizetés nélküli szabadság időtartama, kivéve a hozzátartozó, valamint a tizenégy éven aluli gyermek gondozása, ápolása céljából, továbbá a tizenkét éven aluli gyermek betegsége esetén az otthoni ápolás érdekében igénybe vett fizetés nélküli szabadság időtartamát.”

- 95. §** Az Eszjtv. 13. §-a a következő (5) bekezdéssel egészül ki:
„(5) Nem jogosult végkielégítésre az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy, ha egészségügyi szolgálati jogviszonyának megszüntetésére a 12. § (6) bekezdése alapján kerül sor.”

- 96. §** Az Eszjtv. a következő 15/A. §-sal egészül ki:
„15/A. § [A gyógyszerészek és a szakgyógyszerészek egészségügyi szolgálati jogviszonyára vonatkozó eltérő rendelkezések]
Az intézeti és közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatok elkülönített nyilvántartása tartalmazza a feladatok ellátásában közreműködő gyógyszerészek és a szakgyógyszerészek azonosításához szükséges – 14. § szerinti nyilvántartás szerinti – adatokat.”

- 97. §** Az Eszjtv. 16. §-a a következő d) ponttal egészül ki:
(E törvény alkalmazásában)
„d) *intézeti és a közvetlen lakossági gyógyszerellátási feladatok elkülönített nyilvántartása*: a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény 3. § 47. pontja szerinti nyilvántartás.”

- 98. §** Az Eszjtv. 20/A. §-a a következő (3) bekezdéssel egészül ki:
„(3) Az 1. § (4) bekezdésétől eltérően a 2023. június 1. napján állami fenntartású egészségügyi szolgáltatónál foglalkoztatott, in vitro fertilizációs eljárást végző személyekre az Mt. vonatkozik.”

- 99. §** Az Eszjtv.
- a) 1. § (1) bekezdésében az „ide nem értve a munkavállalói résztulajdont” szövegrész helyébe az „a munkavállalói résztulajdon kivételével” szöveg,
 - b) 2. § (8) bekezdésében az „azonnali hatályú felmondási oknak minősül” szövegrész helyébe az „esetén az érvénytelenség jogkövetkezményeit kell alkalmazni” szöveg,
 - c) 3. § (4) bekezdésében a „kell” szövegrész helyébe a „lehet” szöveg,
 - d) 5. §-ában az „Eütev.-ben” szövegrész helyébe az „Eütev.-ben és az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról szóló kormányrendeletben” szöveg,
 - e) 8. § (15) bekezdésében az „1. melléklet” szövegrész helyébe az „1. melléklet, valamint az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételeinek részletes szabályairól szóló kormányrendelet 7. melléklete” szöveg,
 - f) 9. § (2) bekezdésében az „illetményének” szövegrész helyébe az „alapilletményének” szöveg,
 - g) 11. § (2) bekezdésében az „az egy évet” szövegrész helyébe a „tizenkét hónapos időszak alatt összesen a negyvennégy beosztás szerinti munkanapot vagy háromszázötvenkét órát” szöveg,
 - h) 12. § (6) bekezdésében a „közalkalmazott” szövegrész helyébe az „egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy” szöveg,
 - i) 14. § (5) bekezdés c) pontjában a „gyakorló szerv” szövegrész helyébe a „gyakorló szerv, valamint a fenntartó” szöveg,
 - j) 19. § (6) bekezdésében a „személy” szövegrész helyébe a „személynek” szöveg, a „kiveheti” szövegrész helyébe a „ki kell adni” szöveg,
 - k) 20/A. § (2) bekezdésében a „január 1-jétől” szövegrész helyébe a „január 1-jétől az egészségügyi szakellátás körében” szöveg
- lép.

18. A Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetemért Alapítvány létrehozásáról, valamint a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetemért Alapítvány és a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem működéséhez szükséges feltételek és forrás biztosításáról szóló 2020. évi CXLII. törvény módosítása

- 100. §** A Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetemért Alapítvány létrehozásáról, valamint a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetemért Alapítvány és a Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem működéséhez szükséges feltételek és forrás biztosításáról szóló 2020. évi CXLII. törvény (a továbbiakban: 2020. évi CXLII. törvény) 5. §-a a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:
- „(1a) Az Nvtv. 13. § (3) bekezdése és a Vtv. 36. § (1) bekezdése alapján, az Nftv.-ben meghatározott oktatási, tudományos kutatási és betegellátási feladatok ellátását szolgáló, a 3. melléklet 227a. sorában szereplő, Herceghalom 267/3 helyrajzi számú ingatlan ingyenesen, nyilvántartási értéken történő átvezetéssel az Egyetem tulajdonába kell adni. Az ingatlan tulajdonjogát az Egyetem a terhekkel együtt szerzi meg.”
- 101. §** A 2020. évi CXLII. törvény 5. §-a a következő (5b) bekezdéssel egészül ki:
- „(5b) Az (1a) bekezdés szerinti ingatlanjuttatással egyidejűleg a közfeladat ellátásával kapcsolatos jogok és kötelezettségek, e körben a feladatok ellátásához szükséges eszközök tekintetében a vagyoni jogok és kötelezettségek – ideértve a rendelkezésre álló, és a jogelőd központi költségvetési szerv vagyongazdálkodásában lévő állami tulajdonú ingó vagyontárgyak tulajdonjogát is – az Egyetemre szállnak át.”
- 102. §** A 2020. évi CXLII. törvény
- a) 5. § (6a) bekezdésében az „Az (5a) bekezdés szerint” szövegrész helyébe az „Az (5a) és (5b) bekezdés szerint” szöveg, az „az (5a) bekezdés” szövegrész helyébe az „az (5a) és (5b) bekezdés” szöveg,
 - b) 6. § (2) bekezdésében az „5. § (1) bekezdése” szövegrész helyébe az „5. § (1) és (1a) bekezdése” szöveg,
 - c) 6. § (4) bekezdésében az „5. § (1) bekezdése” szövegrész helyébe az „5. § (1) és (1a) bekezdése” szöveg,
 - d) 12. §-ában az „5. § (1) bekezdése” szövegrész helyébe az „5. § (1) és (1a) bekezdése, az 5. § (5b) bekezdése” szöveg, az „a 193a.” szövegrész helyébe a „193a., 227a.” szöveg
- lép.
- 103. §** A 2020. évi CXLII. törvény 3. melléklete az 1. melléklet szerint módosul.

19. A Gróf Tisza István Debreceni Egyetemért Alapítványról, a Gróf Tisza István Debreceni Egyetemért Alapítvány és a Debreceni Egyetem részére történő vagyonjuttatásról szóló 2021. évi XIII. törvény módosítása

- 104. §** (1) A Gróf Tisza István Debreceni Egyetemért Alapítványról, a Gróf Tisza István Debreceni Egyetemért Alapítvány és a Debreceni Egyetem részére történő vagyonjuttatásról szóló 2021. évi XIII. törvény (a továbbiakban: 2021. évi XIII. törvény) 3. alcíme a következő 6/A. és 6/B. §-sal egészül ki:
- „6/A. § A KEKVA tv. 12. § (7) bekezdésére tekintettel, az Alapítvány KEKVA tv. 1. mellékletében meghatározott közfeladata ellátása érdekében a Gróf Tisza István Kórház fenntartói joga az Egyetem részére kerül átadásra.
- 6/B. § (1) Az Nvtv. 13. § (3) bekezdése és a Vtv. 36. § (1) bekezdése alapján, az Nftv.-ben meghatározott oktatási, tudományos kutatási és betegellátási feladatok ellátását szolgáló, a 2. melléklet 148. és 149. sorában szereplő ingatlanokat ingyenesen, nyilvántartási értéken történő átvezetéssel az Egyetem tulajdonába kell adni.
- (2) Az (1) bekezdésben meghatározott ingatlanok tulajdonjogát az Egyetem a terhekkel együtt szerzi meg.
- (3) Az (1) és (2) bekezdés szerinti ingatlanjuttatásra tekintettel az ingatlanjuttatással egyidejűleg a közfeladat ellátásával kapcsolatos jogok és kötelezettségek, e körben a feladatok ellátásához szükséges eszközök tekintetében a vagyoni jogok és kötelezettségek – ideértve a rendelkezésre álló, és a Gróf Tisza István Kórház vagyonkezelésében lévő állami tulajdonú ingó vagyontárgyak tulajdonjogát is – az általános jogutód Egyetemre szállnak át. A feladat ellátásával összefüggő hatósági engedélyek jogosultja a feladat átvételének időpontjától az Egyetem klinikai központja.”
- (2) A 2021. évi XIII. törvény 3. alcíme a következő 6/C–6/F. §-sal egészül ki:
- „6/C. § A Gróf Tisza István Kórház költségvetési szervei jogállása a 6/A. § szerinti átadással egyidejűleg megszűnik, és az Egyetem klinikai központja részeként működik tovább. A Gróf Tisza István Kórház általános jogutódja az Egyetem.
- 6/D. § A 6/B. § (1) bekezdése szerinti ingatlanok tekintetében a tulajdonváltás ingatlan-nyilvántartásba történő bejegyzésére alkalmas háromoldalú szerződést a tulajdonosi joggyakorló és a Gróf Tisza István Kórház köti meg az Egyetemmel.
- 6/E. § A 6/B. § (3) bekezdése szerint átszálló ingóságokról jegyzőkönyvet kell felvenni, amelyet az átadó és az átvevő képviselőjére jogosult személy ír alá. Az átszálló ingó vagyonelemek bekerülési értéke megegyezik az adott vagyonelemre vonatkozó, átadó szervezet könyveiben szereplő nyilvántartási értékkel.
- 6/F. § A Gróf Tisza István Kórház európai uniós forrásból finanszírozott, folyamatban lévő vagy fenntartás alatt álló projektje vonatkozásában a Gróf Tisza István Kórház jogutódja az Egyetem. A projektekkel összefüggő jogok és kötelezettségek az Egyetemet illetik meg, illetve terhelik. Az Egyetem köteles az egyes európai uniós alapokból származó támogatások felhasználásának rendjéről szóló kormányrendelet alapján a változást az érintett irányító hatóság részére bejelenteni.”
- 105. §** A 2021. évi XIII. törvény a következő 7/A. §-sal egészül ki:
- „7/A. § Az egyes egészségügyi, egészségbiztosítási és gyógyszerészeti tárgyú törvények módosításáról szóló 2023. évi XIX. törvénnyel megállapított 6/A–6/F. § szerinti jogutódlással az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 4. § b) pontja szerinti egészségügyben dolgozó – az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 1. § (3) bekezdés b) pontjában meghatározott – egészségügyi szolgálati jogviszonya e törvény erejénél fogva, 2023. július 1-jei hatállyal – ideértve a határozott idejű jogviszonyt is – a munka törvénykönyve szerinti munkaviszonnyá alakul át. Az átalakulás során létrejövő munkaviszony tekintetében próbaidő nem köthető ki, és a jogviszonyt folyamatosnak kell tekinteni. A jogviszony átalakulása
- a) nem szakítja meg az egészségügyi szolgálati jogviszonnyal kapcsolatos igények elévülését,
- b) nem érinti az e § szerinti időpontban hatályban lévő határozott idejű áthelyezést,
- c) nem érinti a jogviszony időtartamát, valamint a munkaidő mértékét.”
- 106. §** A 2021. évi XIII. törvény
- a) 6. §-ában „az 5. §-ban foglaltak” szövegrész helyébe „az 5. §-ban, a 6/A. §-ban, a 6/B. § (1) és (2) bekezdésében, a 6/C. és a 6/D. §-ban foglaltak” szöveg,
- b) 8. §-ában az „a 6. §” szövegrész helyébe az „a 6. §, a 6/A. §, a 6/B. §” szöveg lép.
- 107. §** A 2021. évi XIII. törvény 2. melléklete a 2. melléklet szerint módosul.

20. A Nemzeti Egészségügyi és Orvostudományi Alapítványról, a Nemzeti Egészségügyi és Orvostudományi Alapítvány és a Semmelweis Egyetem részére történő vagyonjuttatásról szóló 2021. évi XX. törvény módosítása

- 108. §** A Nemzeti Egészségügyi és Orvostudományi Alapítványról, a Nemzeti Egészségügyi és Orvostudományi Alapítvány és a Semmelweis Egyetem részére történő vagyonjuttatásról szóló 2021. évi XX. törvény (a továbbiakban: 2021. évi XX. törvény) 5. §-a a következő (1a) bekezdéssel egészül ki:
„(1a) Az Nvtv. 13. § (3) bekezdése és a Vtv. 36. § (1) bekezdése alapján, az Nftv.-ben meghatározott oktatási, tudományos kutatási és betegellátási feladatok ellátását szolgáló, a 3. melléklet 57. sorában szereplő, Herceghalom 267/4 helyrajzi számú ingatlan ingyenesen, nyilvántartási értéken történő átvezetéssel az Egyetem tulajdonába kerül átadásra. Az ingatlan tulajdonjogát az Egyetem a terhekkel együtt szerzi meg.”
- 109. §** A 2021. évi XX. törvény
5. § (4) bekezdésében az „Az (1) bekezdés szerinti” szövegrész helyébe az „Az (1) és (1a) bekezdés szerinti” szöveg,
 5. § (5) bekezdésében az „A (4) bekezdés szerint átszálló ingóságokról” szövegrész helyébe az „A (4) bekezdés szerint átszálló ingóságokról az átszállásról szóló rendelkezés hatálybalépésétől számított 30 napon belül” szöveg,
 8. §-ában az „az 5. § (1), (4)” szövegrész helyébe az „az 5. § (1), (1a), (4)” szöveg lép.
- 110. §** A 2021. évi XX. törvény 3. melléklete a 3. melléklet szerint módosul.

21. A Szegedi Tudományegyetemért Alapítványról, a Szegedi Tudományegyetemért Alapítvány és a Szegedi Tudományegyetem részére történő vagyonjuttatásról szóló 2021. évi XXIII. törvény módosítása

- 111. §** (1) A Szegedi Tudományegyetemért Alapítványról, a Szegedi Tudományegyetemért Alapítvány és a Szegedi Tudományegyetem részére történő vagyonjuttatásról szóló 2021. évi XXIII. törvény (a továbbiakban: 2021. évi XXIII. törvény) a következő 6/A. és 6/B. §-sal egészül ki:
„6/A. § A KEKVA tv. 12. § (7) bekezdésére tekintettel, az Alapítvány KEKVA tv. 1. mellékletében meghatározott közfeladata ellátása érdekében a Csongrád-Csanád Megyei Mellkasi Betegségek Szakkórháza és a Csongrád-Csanád Megyei Dr. Bugyi István Kórház (a továbbiakban együtt: Kórház) fenntartói jogát az Egyetem tulajdonába kell adni.
6/B. § (1) Az Nvtv. 13. § (3) bekezdése és a Vtv. 36. § (1) bekezdése alapján, az Nftv.-ben meghatározott oktatási, tudományos kutatási és betegellátási feladatok ellátását szolgáló, a 2. melléklet 82–94. sorában szereplő helyrajzi számú ingatlanokat ingyenesen, nyilvántartási értéken történő átvezetéssel az Egyetem tulajdonába kell adni.
(2) Az (1) bekezdésben meghatározott ingatlanok tulajdonjogát az Egyetem a terhekkel együtt szerzi meg.
(3) Az (1) és (2) bekezdés szerinti ingatlanjuttatásra tekintettel az ingatlanjuttatással egyidejűleg a közfeladat ellátásával kapcsolatos jogok és kötelezettségek, e körben a feladatok ellátásához szükséges eszközök tekintetében a vagyoni jogok és kötelezettségek – ideértve a rendelkezésre álló, és a Kórház vagyonkezelésében, valamint a Hódmezővásárhely 12540/1 helyrajzi számú ingatlanban lévő állami tulajdonú ingó vagyontárgyak tulajdonjogát – az általános jogutód Egyetemre szállnak át. A feladat ellátásával összefüggő hatósági engedélyek jogosultja a feladat átvételének időpontjától az Egyetem klinikai központja.”
- (2) A 2021. évi XXIII. törvény a következő 6/C–6/F. §-sal egészül ki:
„6/C. § A Kórház költségvetési szerve jogállása a 6/A. § szerinti átadással egyidejűleg megszűnik, és az Egyetem klinikai központja részeként működik tovább. A Kórház általános jogutóda az Egyetem.
6/D. § A 6/B. § (1) bekezdése szerinti ingatlanok tekintetében a tulajdonváltás ingatlan-nyilvántartásba történő bejegyzésére alkalmas háromoldalú szerződést a tulajdonosi joggyakorló és a Kórház köti meg az Egyetemmel.
6/E. § A 6/B. § (3) bekezdése szerint átszálló ingóságokról jegyzőkönyvet kell felvenni, amelyet az átadó és az átvevő képviselőjére jogosult személy ír alá. Az átszálló ingó vagyonelemek bekerülési értéke megegyezik az adott vagyonelemre vonatkozó, átadó szervezet könyveiben szereplő nyilvántartási értékkel.
6/F. § A Kórház európai uniós forrásból finanszírozott, folyamatban lévő vagy fenntartás alatt álló projektje vonatkozásában a Kórház jogutóda az Egyetem. A projektekkel összefüggő jogok és kötelezettségek az Egyetemet illetik meg, illetve terhelik. Az Egyetem köteles az egyes európai uniós alapokból származó támogatások felhasználásának rendjéről szóló kormányrendelet alapján a változást az érintett irányító hatóság részére bejelenteni.”

- 112. §** A 2021. évi XXIII. törvény a következő 10/A. §-sal egészül ki:
„10/A. § Az egyes egészségügyi, egészségbiztosítási és gyógyszerészeti tárgyú törvények módosításáról szóló 2023. évi XIX. törvénnyel megállapított 6/A–6/F. § szerinti jogutódlással az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 4. § b) pontja szerinti egészségügyben dolgozó – az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 1. § (3) bekezdés b) pontjában meghatározott – egészségügyi szolgálati jogviszonya e törvény erejénél fogva, 2023. július 1-jei hatállyal – ideértve a határozott idejű jogviszonyt is – a munka törvénykönyve szerinti munkaviszonnyá alakul át. Az átalakulás során létrejövő munkaviszony tekintetében próbaidő nem köthető ki, és a jogviszonyt folyamatosnak kell tekinteni. A jogviszony átalakulása
a) nem szakítja meg az egészségügyi szolgálati jogviszonnyal kapcsolatos igények elévülését,
b) nem érinti az e § szerinti időpontban hatályban lévő határozott idejű áthelyezést,
c) nem érinti a jogviszony időtartamát, valamint a munkaidő mértékét.”
- 113. §** A 2021. évi XXIII. törvény
a) 7. §-ában az „a 6. §-ban foglaltak” szövegrész helyébe az „a 6. §-ban, a 6/A. §-ban, a 6/B. § (1) és (2) bekezdésében, a 6/C. és a 6/D. §-ban foglaltak” szöveg,
b) 11. §-ában a „(7) bekezdése” szövegrész helyébe a „(7) bekezdése, a 6/A. §, a 6/B. §” szöveg lép.
- 114. §** A 2021. évi XXIII. törvény 2. melléklete a 4. melléklet szerint módosul.

22. Az Universitas Quinqueecclesiensis Alapítványról, az Universitas Quinqueecclesiensis Alapítvány és a Pécsi Tudományegyetem részére történő vagyonjuttatásról szóló 2021. évi XXVI. törvény módosítása

- 115. §** (1) Az Universitas Quinqueecclesiensis Alapítványról, az Universitas Quinqueecclesiensis Alapítvány és a Pécsi Tudományegyetem részére történő vagyonjuttatásról szóló 2021. évi XXVI. törvény (a továbbiakban: 2021. évi XXVI. törvény) a következő 6/A. és 6/B. §-sal egészül ki:
„6/A. § A KEKVA tv. 12. § (7) bekezdésére tekintettel, az Alapítvány KEKVA tv. 1. mellékletében meghatározott közfeladata ellátása érdekében a Komlói Egészségcentrum, a Mohácsi Kórház és a Szigetvári Kórház (a továbbiakban együtt: Kórház) fenntartói jogát az Egyetem tulajdonába kell adni.
6/B. § (1) Az Nvtv. 13. § (3) bekezdése és a Vtv. 36. § (1) bekezdése alapján, az Nftv.-ben meghatározott oktatási, tudományos kutatási és betegellátási feladatok ellátását szolgáló, a 2. melléklet 80–96. sorában szereplő ingatlanokat ingyenesen, nyilvántartási értéken történő átvezetéssel az Egyetem tulajdonába kell adni.
(2) Az (1) bekezdésben meghatározott ingatlanok tulajdonjogát az Egyetem a terhekkel együtt szerzi meg.
(3) Az (1) és (2) bekezdés szerinti ingatlanjuttatásra tekintettel az ingatlanjuttatással egyidejűleg a közfeladat ellátásával kapcsolatos jogok és kötelezettségek, e körben a feladatok ellátásához szükséges eszközök tekintetében a vagyoni jogok és kötelezettségek – ideértve a rendelkezésre álló, és a Kórház vagyonkezelésében, valamint a Komlói 5909/1 helyrajzi számú ingatlanban lévő állami tulajdonú ingó vagyontárgyak tulajdonjogát – az általános jogutód Egyetemre szállnak át. A feladat ellátásával összefüggő hatósági engedélyek jogosultja a feladat átvételének időpontjától az Egyetem klinikai központja.”
- (2) A 2021. évi XXVI. törvény a következő 6/C–6/F. §-sal egészül ki:
„6/C. § A Kórház költségvetési jogállása a 6/A. § szerinti átadás hatálybalépésével megszűnik, és az Egyetem klinikai központja részeként működik tovább. A Kórház általános jogutódja az Egyetem.
6/D. § A 6/B. § (1) bekezdése szerinti ingatlanok tekintetében a tulajdonváltás ingatlan-nyilvántartásba történő bejegyzésére alkalmas háromoldalú szerződést – a 2. melléklet 96. sorában szereplő ingatlan kivételével – a tulajdonosi joggyakorló és a Kórház köti meg az Egyetemmel. A 2. melléklet 96. sorában szereplő ingatlan tekintetében a tulajdonváltás ingatlan-nyilvántartásba történő bejegyzésére alkalmas szerződéseket az állam nevében a tulajdonosi joggyakorló szervezet készíti elő és köti meg az Egyetemmel.
6/E. § A 6/B. § (3) bekezdése szerint átszálló ingóságokról jegyzőkönyvet kell felvenni, amelyet az átadó és az átvevő képviselőjére jogosult személy ír alá. Az átszálló ingó vagyonelemek bekerülési értéke megegyezik az adott vagyonelemre vonatkozó, átadó szervezet könyveiben szereplő nyilvántartási értékkel.
6/F. § A Kórház európai uniós forrásból finanszírozott, folyamatban lévő vagy fenntartás alatt álló projektje vonatkozásában a Kórház jogutódja az Egyetem. A projektekkel összefüggő jogok és kötelezettségek az Egyetemet illetik meg, illetve terhelik. Az Egyetem köteles az egyes európai uniós alapokból származó támogatások felhasználásának rendjéről szóló kormányrendelet alapján a változást az érintett irányító hatóság részére bejelenteni.”

- 116. §** A 2021. évi XXVI. törvény a következő 7/A. §-sal egészül ki:
„7/A. § (1) Az Nvtv. 13. § (3) bekezdése és a Vtv. 36. § (1) bekezdése alapján – az Egyetem közérdekű céljainak megvalósítása és a KEKVA tv. 1. mellékletében foglalt táblázatban meghatározott közfeladata ellátása érdekében – a Siklósi Kórház Nonprofit Kft.-nek az állam tulajdonában álló üzletrészét ingyenesen, nyilvántartási értéken történő átvezetéssel az Egyetem tulajdonába kell adni. Az Egyetem első alkalommal a 2023. év után járó osztalékra jogosult.
(2) Az (1) bekezdésben meghatározott intézkedések végrehajtása során a miniszter jár el, aki az (1) bekezdés szerinti gazdasági társaság felett 2023. július 1-jétől gyakorolja a tulajdonosi jogokat.
(3) Az (1) bekezdésben foglalt üzletrész elidegenítéséből származó bevételnek az elidegenítés költségeinek kiegyenlítését követően fennmaradó részét az Egyetem közérdekű céljainak megvalósítására és a KEKVA tv. 1. mellékletében foglalt táblázatban meghatározott közfeladata ellátására köteles fordítani.
(4) Az Egyetem jogutód nélküli megszűnése esetén az (1) bekezdés szerinti vagyonelemek tulajdonjoga az államra száll vissza.”
- 117. §** A 2021. évi XXVI. törvény a következő 9/A. §-sal egészül ki:
„9/A. § Az egyes egészségügyi, egészségbiztosítási és gyógyszerészeti tárgyú törvények módosításáról szóló 2023. évi XIX. törvénnyel megállapított 6/A–6/F. § és 7/A. § szerinti jogutódlással az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 4. § b) pontja szerinti egészségügyben dolgozó – az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény 1. § (3) bekezdés b) pontjában meghatározott – egészségügyi szolgálati jogviszonya e törvény erejénél fogva, 2023. július 1-jei hatállyal – ideértve a határozott idejű jogviszonyt is – a munka törvénykönyve szerinti munkaviszonnyá alakul át. Az átalakulás során létrejövő munkaviszony tekintetében próbaidő nem köthető ki, és a jogviszonyt folyamatosnak kell tekinteni. A jogviszony átalakulása
a) nem szakítja meg az egészségügyi szolgálati jogviszonnyal kapcsolatos igények elévülését,
b) nem érinti az e § szerinti időpontban hatályban lévő határozott idejű áthelyezést,
c) nem érinti a jogviszony időtartamát, valamint a munkaidő mértékét.”
- 118. §** A 2021. évi XXVI. törvény
a) 6. § (2) bekezdésében az „az 5. §-ban foglaltak” szövegrész helyébe az „az 5. §-ban, a 6/A. §-ban, a 6/B. § (1) és (2) bekezdésében, a 6/C. §-ban, a 6/D. §-ban foglaltak” szöveg,
b) 10. § (1) bekezdésében az „a 6. § (2) bekezdése” szövegrész helyébe az „a 6. § (2) bekezdése, a 6/A. §, a 6/B. §” szöveg, az „a 8. §” szövegrész helyébe az „a 7/A. §, a 8. §” szöveg lép.
- 119. §** A 2021. évi XXVI. törvény 2. melléklete az 5. melléklet szerint módosul.

23. Záró rendelkezések

- 120. §** (1) Ez a törvény – a (2)–(5) bekezdésben foglalt kivétellel – 2023. június 1-jén lép hatályba.
(2) A 34. §, a 38. § (1) és (3) bekezdése, a 39. § a) pontja, a 13. alcím, a 83. §, a 18–22. alcím, valamint az 1–5. melléklet 2023. július 1-jén lép hatályba.
(3) Az 5. alcím, valamint a 42. § a) pontja 2023. szeptember 1-jén lép hatályba.
(4) A 60. § b) pontja, a 72. §, a 95. § 2024. január 1-jén lép hatályba.
(5) A 42. § b) pontja az e törvény kihirdetését követő 365. napon lép hatályba.
- 121. §** (1) A 102. § b) pontja az Alaptörvény 38. cikk (1) és (2) bekezdése alapján sarkalatosnak minősül.
(2) A 100. §, a 101. §, a 103. §, a 104. § (1) bekezdése, a 106. § a) pontja, a 107. §, a 108. §, a 109. § a) pontja, a 110. §, a 111. § (1) bekezdése, a 113. § a) pontja, a 114. §, a 115. § (1) bekezdése, a 116. §, a 118. § a) pontja, a 119. § és az 1–5. melléklet az Alaptörvény 38. cikk (6) bekezdése alapján sarkalatosnak minősül.

1. melléklet a 2023. évi XIX. törvényhez

1. A 2020. évi CXLII. törvény 3. mellékletében foglalt táblázat a következő 227a. sorral egészül ki:

	A	B	C	D
1.	TELEPÜLÉS	HELYRAJZI SZÁM	MAGYAR ÁLLAM TULAJDONI HÁNYADA	MEGNEVEZÉS

"

227a.	HERCEGHALOM	267/3	1/1	kivett major
-------	-------------	-------	-----	--------------

"

2. melléklet a 2023. évi XIX. törvényhez

1. A 2021. évi XIII. törvény 2. mellékletében foglalt táblázat a következő 148. és 149. sorral egészül ki:

	A	B	C	D
1	TELEPÜLÉS	HELYRAJZI SZÁM	MAGYAR ÁLLAM TULAJDONI HÁNYADA	MEGNEVEZÉS

"

148	BERETTYÓÚJFALU	331	1/1	kivett kórház
149	BERETTYÓÚJFALU	335/15	1/1	kivett kórház

"

3. melléklet a 2023. évi XIX. törvényhez

1. A 2021. évi XX. törvény 3. mellékletében foglalt táblázat a következő 57. sorral egészül ki:

	A	B	C	D
1.	TELEPÜLÉS	HELYRAJZI SZÁM	MAGYAR ÁLLAM TULAJDONI HÁNYADA	MEGNEVEZÉS

"

57.	HERCEGHALOM	267/4	1/1	kivett major
-----	-------------	-------	-----	--------------

"

4. melléklet a 2023. évi XIX. törvényhez

1. A 2021. évi XXIII. törvény 2. mellékletében foglalt táblázat a következő 82–94. sorral egészül ki:

	A	B	C	D
1.	TELEPÜLÉS	HELYRAJZI SZÁM	MAGYAR ÁLLAM TULAJDONI HÁNYADA	MEGNEVEZÉS

"

82.	DESZK	685	1/1	kivett szanatórium
83.	HÓDMEZŐVÁSÁRHELY	12540/1	1/1	kivett egészségház
84.	SZEGED	3090	1/1	kivett kutatóintézet
85.	SZENTES	8344/2	1/1	kivett kórház

86.	SZENTES	8344/2/A	1/1	egyéb épület
87.	SZENTES	8344/3	1/1	kivett orvosi rendelő
88.	SZENTES	8344/5	1/1	kivett kórház
89.	SZENTES	8344/6	1/1	kivett kórház
90.	SZENTES	107/1	1/1	kivett fürdő
91.	SZENTES	186/1	1/1	kivett kórház
92.	SZENTES	186/2	1/1	kivett kórház
93.	SZENTES	186/2/A	1/1	egyéb épület
94.	SZENTES	1147/6/A/25	1/1	lakás

5. melléklet a 2023. évi XIX. törvényhez

1. A 2021. évi XXVI. törvény 2. mellékletében foglalt táblázat a következő 80–96. sorral egészül ki:

	A	B	C	D
1.	TELEPÜLÉS	HELYRAJZI SZÁM	MAGYAR ÁLLAM TULAJDONI HÁNYADA	MEGNEVEZÉS

80.	KOMLÓ	0642/2	1/1	kivett vízmű
81.	KOMLÓ	954	1/1	kivett lakóház, udvar
82.	KOMLÓ	955	1/1	kivett kórház
83.	KOMLÓ	956/5	4/10	kivett garázsos
84.	KOMLÓ	956/7	1/1	kivett beépítetlen terület
85.	KOMLÓ	956/8	1/1	kivett kórház
86.	KOMLÓ	956/11	1/1	kivett közterület
87.	KOMLÓ	956/12	1/1	kivett út
88.	KOMLÓ	5930	1/1	kivett üdülőépület, udvar
89.	MOHÁCS	588	1/1	kivett kórház
90.	MOHÁCS	592	1/1	kivett kórház
91.	MOHÁCS	679/14	1/1	kivett épület, udvar
92.	SZIGETVÁR	1785/12	1/1	kivett beépítetlen terület
93.	SZIGETVÁR	1785/13	1/1	kivett kórház
94.	SZIGETVÁR	1785/15	1/1	kivett parkoló
95.	SIKLÓS	1091	–	Kivett kórház
96.	HARKÁNY	2458/A/2	1/1	egészségügyi egység

**A Kormány 181/2023. (V. 16.) Korm. rendelete
az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének,
valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló
256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet módosításáról**

A Kormány az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről szóló 2003. évi LXXXIV. törvény 28. § (3) bekezdés a) pont aa) alpontjában kapott felhatalmazás alapján, az Alaptörvény 15. cikk (1) bekezdésében meghatározott feladatkörében eljárva a következőket rendeli el:

- 1. §** Az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet [a továbbiakban: 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet] a következő 3/E. és 3/F. §-sal egészül ki:
- „3/E. § Az egészségügyi ágazati előmeneteli szabályok hatálya alá tartozó egészségügyi szakdolgozót vagy egészségügyben dolgozót foglalkoztató egészségügyi szolgáltató a 2/A. § (2) bekezdése szerint meghatározott alapbérben (garantált illetményben) részesülő dolgozójának 2023. július hónaptól számfejtésre kerülő alapbéréhez (garantált illetményéhez) és annak szociális hozzájárulási adójához, valamint a béremelésre eső mozgóbér elemek biztosításához és annak szociális hozzájárulási adójához kapcsolódóan a 3/A. § (2)–(4) bekezdése szerinti támogatásra jogosult.
- 3/F. § (1) Az egészségügyi ágazati előmeneteli szabályok hatálya alá tartozó egészségügyi szolgáltató, az 1. mellékletben nem szereplő egészségügyben dolgozója 2023. július hónaptól számfejtésre kerülő alapbérének emeléséhez támogatásra jogosult.
- (2) Az egészségügyi szolgáltató részére az alapbéremeléshez kapcsolódó támogatás havi mértéke 2023. július hónaptól megegyezik a 16. mellékletben szereplő támogatási összeg és az azt terhelő mindenkori szociális hozzájárulási adó összegével emelt összeggel, valamint a béremelésre eső mozgóbér elemek és az azokat terhelő szociális hozzájárulási adó összegével emelt összeggel.
- (3) Az egészségügyi szolgáltató a (2) bekezdés szerinti támogatás összegét az egészségügyben dolgozó foglalkoztatottja alapbérének emelésére köteles fordítani.
- (4) Az (1)–(3) bekezdés szerinti alapbér növelés az egészségügyben dolgozót a munkáltató egyoldalú döntése alapján, az alapbérén felül megillető juttatás – különösen illetménykiegészítés – terhére, annak visszavonásával vagy csökkentésével nem biztosítható.
- (5) Részmunkaidős foglalkoztatás esetén az (1)–(3) bekezdés szerinti alapbér növelés a munkaidő teljes munkaidőhöz viszonyított arányában jár.
- (6) A támogatás igénylésére a 4. §-ban foglaltakat kell alkalmazni.”
- 2. §** A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 6. alcíme a következő 11/X. §-sal egészül ki:
- „11/X. § 2023. július 1-jétől az egészségügyi szakdolgozó 2/D. § (10) bekezdése szerinti illetménynövekedése során az illetmény számításának alapjaként az egészségügyi szakdolgozó 2023. június 30-i illetményét kell figyelembe venni.”
- 3. §** (1) A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 7. melléklete helyébe az 1. melléklet lép.
(2) A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 10. melléklete helyébe a 2. melléklet lép.
(3) A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 15. melléklete helyébe a 3. melléklet lép.
(4) A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet a 4. melléklet szerinti 16. melléklettel egészül ki.
- 4. §** A 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet 3/A. § (2) és (4) bekezdésében a „2022. január” szövegrészek helyébe a „2023. július” szöveg lép.
- 5. §** Ez a rendelet 2023. július 1-jén lép hatályba.

Orbán Viktor s. k.,
miniszterelnök

1. melléklet a 181/2023. (V. 16.) Korm. rendelethez

„7. melléklet a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelethez

Egészségügyi szakdolgozók, egyes egészségügyben dolgozók, valamint védőnők illetmény-, illetve bértáblája (Ft/hó, bruttó)

Szint	Évek	EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓK, EGYES EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓK, VALAMINT VÉDŐNŐK BÉRTÁBLA									
		FIZETÉSI OSZTÁLYOK									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	0–3	288 914	312 026	352 553	362 625	389 485	481 820	496 929	503 645	514 558	550 651
2	4–6	292 379	317 226	357 589	369 340	401 237	498 608	515 396	527 148	539 741	579 192
3	7–9	295 847	322 427	362 625	376 056	412 989	515 396	533 863	550 651	564 922	607 731
4	10–12	299 313	327 627	367 661	382 771	424 741	532 185	552 330	574 154	590 104	636 271
5	13–15	302 780	332 827	372 698	389 485	436 493	548 973	570 797	597 659	615 287	664 810
6	16–18	306 248	338 028	377 734	396 201	448 245	565 761	589 264	621 162	640 469	693 350
7	19–21	309 715	343 228	382 771	402 916	459 996	582 549	607 731	644 665	665 650	721 891
8	22–24	313 182	348 430	387 807	409 632	471 748	599 337	626 198	668 168	690 833	750 432
9	25–27	316 648	353 630	392 844	416 347	483 500	616 125	644 665	691 672	716 015	778 972
10	28–30	320 114	358 829	397 880	423 062	495 251	632 914	663 132	715 175	741 197	807 511
11	31–33	323 582	364 029	402 916	429 778	507 003	649 701	681 598	738 680	766 380	836 051
12	34–36	327 049	369 231	407 952	436 493	518 754	666 489	700 065	762 184	791 561	864 591
13	37–39	330 516	374 431	412 989	443 207	530 506	683 277	718 534	785 687	816 743	893 131
14	40–42	333 984	379 630	418 026	449 923	542 258	700 065	737 001	809 190	841 926	921 670
15	43–45	337 451	384 832	423 062	456 638	554 009	716 855	755 468	832 693	867 108	950 210
16	46–48	340 951	390 103	428 160	463 455	566 017	734 045	774 396	856 879	893 043	979 634
17	49–51	344 493	395 446	433 318	470 371	578 282	751 650	793 801	881 768	919 754	1 009 968

2. melléklet a 181/2023. (V. 16.) Korm. rendelethez

„10. melléklet a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelethez

Az alapellátásban részt vevő egészségügyi szolgáltató által az illetmény- vagy bérnövelésére tekintettel igényelhető támogatási összeg fizetési osztályonként (Ft/hó)

Szint	Évek	Az alapellátásban egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló egészségügyi szakdolgozók illetmény- vagy bérnövelésére tekintettel igényelhető támogatási összeg fizetési osztályonként, a kifizetőt terhelő közterhek nélkül (Ft/hó)									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	0–3	127 914	151 026	141 953	152 025	178 885	271 220	286 329	293 045	303 958	340 051
2	4–6	131 379	156 226	146 989	158 740	190 637	288 008	304 796	316 548	329 141	368 592
3	7–9	134 847	161 427	152 025	165 456	202 389	304 796	323 263	340 051	354 322	397 131
4	10–12	138 313	166 627	157 061	172 171	214 141	321 585	341 730	363 554	379 504	425 671
5	13–15	141 780	171 827	162 098	178 885	225 893	338 373	360 197	387 059	404 687	454 210
6	16–18	145 248	177 028	167 134	185 601	237 645	355 161	378 664	410 562	429 869	482 750
7	19–21	148 715	182 228	172 171	192 316	249 396	371 949	397 131	434 065	455 050	502 501
8	22–24	152 182	187 430	177 207	199 032	261 148	388 737	415 598	457 568	480 233	521 386
9	25–27	155 648	192 630	182 244	205 747	272 900	405 525	434 065	481 072	499 110	540 270
10	28–30	159 114	197 829	187 280	212 462	284 651	422 314	452 532	504 575	515 772	559 152
11	31–33	162 582	203 029	192 316	219 178	296 403	439 101	470 998	528 080	532 435	578 036
12	34–36	166 049	208 231	197 352	225 893	308 154	455 889	489 465	543 329	549 096	596 920

13	37–39	169 516	213 431	202 389	232 607	319 906	472 677	507 934	558 415	564 338	614 645
14	40–42	172 984	218 630	207 426	239 323	331 658	489 465	526 401	573 500	579 581	632 369
15	43–45	176 451	223 832	212 462	246 038	343 409	506 255	538 616	588 586	594 823	650 094
16	46–48	179 951	229 103	217 560	252 855	355 417	523 290	549 606	604 354	610 818	668 703
17	49–51	183 493	234 446	222 718	259 771	367 682	533 575	561 074	620 826	627 589	688 222

"

3. melléklet a 181/2023. (V. 16.) Korm. rendelethez

„15. melléklet a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelethez

Az egészségügyi szolgáltató és a védőnői szolgáltató által az illetmény- vagy bérnövelésére tekintettel igényelhető támogatási összeg fizetési osztályonként (Ft/hó)

1. Az egészségügyi ágazati előmeneteli szabályok hatálya alá tartozó egészségügyi szakdolgozók és egyes egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésére tekintettel igényelhető támogatási összeg fizetési osztályonként, amely nem tartalmazza a munkáltató által levonásra kerülő szociális hozzájárulási adó összegét (Ft/hó)

Szint	Évek	FIZETÉSI OSZTÁLYOK									
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	0–3	157 135	169 704	191 747	197 224	211 832	262 051	270 269	273 922	279 857	299 487
2	4–6	159 018	172 532	194 486	200 876	218 224	271 182	280 313	286 704	293 554	315 010
3	7–9	160 905	175 361	197 224	204 529	224 616	280 313	290 356	299 487	307 249	330 532
4	10–12	162 790	178 189	199 963	208 181	231 008	289 444	300 400	312 270	320 945	346 054
5	13–15	164 675	181 017	202 703	211 832	237 400	298 575	310 444	325 054	334 642	361 575
6	16–18	166 562	183 846	205 442	215 485	243 791	307 705	320 488	337 837	348 338	377 098
7	19–21	168 448	186 674	208 181	219 137	250 182	316 836	330 532	350 619	362 033	392 621
8	22–24	170 333	189 504	210 920	222 790	256 574	325 966	340 575	363 402	375 729	408 144
9	25–27	172 218	192 332	213 660	226 442	262 966	335 097	350 619	376 185	389 425	423 667
10	28–30	174 103	195 159	216 399	230 095	269 357	344 229	360 663	388 968	403 121	439 188
11	31–33	175 989	197 987	219 137	233 748	275 748	353 358	370 706	401 753	416 818	454 710
12	34–36	177 875	200 817	221 876	237 400	282 139	362 489	380 750	414 536	430 513	470 233
13	37–39	179 761	203 645	224 616	241 051	288 531	371 619	390 796	427 319	444 209	485 755
14	40–42	181 647	206 472	227 356	244 704	294 923	380 750	400 839	440 101	457 905	501 277
15	43–45	183 533	209 302	230 095	248 356	301 313	389 882	410 883	452 884	471 601	516 799
16	46–48	185 436	212 168	232 867	252 064	307 845	399 231	421 177	466 038	485 707	532 802
17	49–51	187 363	215 074	235 672	255 824	314 515	408 807	431 732	479 575	500 234	549 299

2. Egyéb, nem egészségügyi főiskolai végzettséggel rendelkező egészségügyi dolgozók illetmény- vagy bérnövelésére tekintettel igényelhető támogatási összeg fizetési osztályonként, amely nem tartalmazza a munkáltató által levonásra kerülő szociális hozzájárulási adó összegét (Ft/hó)

Szint	Évek	FIZETÉSI OSZTÁLYOK		
		F	G	H
1	0–3	262 051	270 269	273 922
2	4–6	271 182	280 313	286 704
3	7–9	280 313	290 356	299 487
4	10–12	289 444	300 400	312 270
5	13–15	298 575	310 444	325 054
6	16–18	307 705	320 488	337 837
7	19–21	316 836	330 532	350 619
8	22–24	325 966	340 575	363 402
9	25–27	335 097	350 619	376 185
10	28–30	344 229	360 663	388 968
11	31–33	353 358	370 706	401 753
12	34–36	362 489	380 750	414 536
13	37–39	371 619	390 796	427 319
14	40–42	380 750	400 839	440 101
15	43–45	389 882	410 883	452 884
16	46–48	399 231	421 177	466 038
17	49–51	408 807	431 732	479 575

3. Védőnők illetmény- vagy bérnövelésére tekintettel igényelhető támogatási összeg fizetési osztályonként, amely nem tartalmazza a munkáltató által levonásra kerülő szociális hozzájárulási adó összegét (Ft/hó)

Szint	Évek	FIZETÉSI OSZTÁLYOK				
		F	G	H	I	J
1	0–3	253 820	268 929	275 645	286 558	322 651
2	4–6	270 608	287 396	299 148	311 741	351 192
3	7–9	287 396	305 863	322 651	336 922	379 731
4	10–12	304 185	324 330	346 154	362 104	408 271
5	13–15	320 973	342 797	369 659	387 287	433 278
6	16–18	337 761	361 264	393 162	412 469	450 230
7	19–21	354 549	379 731	416 665	434 915	469 501
8	22–24	371 337	398 198	440 168	449 448	488 386
9	25–27	388 125	416 665	463 672	466 110	507 270
10	28–30	404 914	435 132	480 155	482 772	526 152
11	31–33	421 701	453 598	495 243	499 435	545 036
12	34–36	438 489	472 065	510 329	516 096	563 920
13	37–39	455 277	484 557	525 415	531 338	581 645
14	40–42	470 950	495 086	540 500	546 581	599 369
15	43–45	480 420	505 616	555 586	561 823	617 094
16	46–48	490 290	516 606	571 354	577 818	635 703
17	49–51	500 575	528 074	587 826	594 589	655 222

4. melléklet a 181/2023. (V. 16.) Korm. rendelethez

„16. melléklet a 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelethez

Az egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésére tekintettel igényelhető támogatási összeg (Ft/hó/fő)

Kategória	Összeg (Ft/hó/fő)
Alapfokú, középfokú végzettséggel rendelkező vagy alapfokú, középfokú végzettséggel betölthető, valamint felsőfokú végzettséggel rendelkező és felsőfokú végzettséggel betölthető munkakörben foglalkoztatott egészségügyben dolgozó	57 600

„

III. RÉSZ

Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

A belügyminiszter 11/2023. (V. 8.) BM rendelete

a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet módosításáról

A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi LXXXIII. törvény 83. § (3) bekezdés a) pontjában kapott felhatalmazás alapján, a Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 66. § (1) bekezdés 25. pontjában meghatározott feladatkörömben eljárva – Kormány tagjainak feladat- és hatásköréről szóló 182/2022. (V. 24.) Korm. rendelet 148. § (1) bekezdés 2. pontjában meghatározott feladatkörében eljáró pénzügyminiszterrel egyetértésben – a következőket rendelem el:

- 1. §** A gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet (a továbbiakban: R.) 13. § (1b) bekezdés a) pontja helyébe a következő rendelkezés lép:
(Az orvosnak papíralapú vényt kell kiállítania, ha)
„a) az elektronikus vény kiállítása nem lehetséges, és a 10. számú melléklet az adott eszköz vonatkozásában nem tiltja, vagy”
- 2. §** Az R. 14. § (8) bekezdése a következő e) ponttal egészül ki:
(A vény alapján akkor számolható el társadalombiztosítási támogatás, amennyiben)
„e) azon eszközök esetében, amelyeknél azt a 10. számú melléklet előírja, az eszköz beteg részére történt átadása során a kiadási dokumentáció részeként a fotódokumentáció elkészült a szakszerű kiszolgálás igazolása érdekében.”
- 3. §** Az R. a következő 25. §-sal egészül ki:
„25. § E rendeletnek a gyógyászati segédeszközök társadalombiztosítási támogatásba történő befogadásáról, támogatással történő rendeléséről, forgalmazásáról, javításáról és kölcsönzéséről szóló 14/2007. (III. 14.) EüM rendelet módosításáról szóló 11/2023. (V. 8.) BM rendelettel megállapított 14. § (8) bekezdés e) pontjában foglaltakat a 2023. június 1. napjától kiszolgált eszközök vonatkozásában kell alkalmazni.”
- 4. §** Az R. 10. számú melléklete az 1. melléklet szerint módosul.
- 5. §** Ez a rendelet 2023. június 1-jén lép hatályba.

Dr. Pintér Sándor s. k.,
belügyminiszter

1. Az R. 10. számú mellékletében foglalt táblázat 2. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1.	ISO-kód	Megnevezés	Rendelés jogcíme	Indikáció	Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz	Munkahelyre vonatkozó követelmény (amennyiben munkahelyi követelmény nem kerül meghatározásra, a szakképesítési követelményeknek megfelelő orvos rendelheti az adott eszközt)	Szakképesítési követelmény	Támogatás mértéke	Kihordási idő (hónap)	Kihordási időre maximálisan rendelhető mennyiség	Mennyiség-egység]
2.	02	KÖTSZEREK		Vénás és artériás eredetű fekély, sipoly, decubitus, neuropathiás fekély, epidermolysis bullosa, krónikus nyiroködéma, vasculitis, coagulopathia, traumás sebek, termikus károsodás, tracheostoma, Kock-rezervoár, bőrtranszplantáció	<p>1. Legfeljebb 4 hónapon keresztül történő sebellátásra, ha a test bármely részén kialakult hám- és szövethiány várhatóan több mint 6 héten keresztül nem gyógyul. Ha a kötszerekkel való kezelés időtartama a 4 hónapot eléri, a kezelőorvos az egészségbiztosító ellenőrző főorvosának ellenjegyzésével folytathatja a kezelést.</p> <p>2. A rendelhető kötszer mérete az ellátandó seb méretét meghaladó legkisebb méretű kötszer. Egy kihordási idő alatt az indikációban felsorolt és azzal megegyező seb állapotának megfelelő típusú (elsődleges kötszer, másodlagos kötszer, kötésrögzítő) és mennyiségű kötszer rendelhető. Egy sebre típusonként csak egyféle, együttesen legfeljebb három típusú kötszer rendelhető, amennyiben erre az indikációban foglaltak lehetőséget adnak. Az elrendelés egy sebre egy vényen történhet. A legnagyobb kötszer méretét meghaladó sebnagyság esetén a legnagyobb kötszert meghaladó, de csak a seb területének megfelelő kötszer rendelhető.</p> <p>Megjegyzés: 1. A kétrétegű habszivacs kötszer, steril, antimikrobiális esetében a kiegészítő feltételek eltérnek! 2. A mull-lapok esetében a kiegészítő feltételek eltérnek!</p>		sebészet, gyermeksebészet, érsebészet, klinikai onkológia, sugárterápia, bőrgyógyászat, ortopédia-traumatológia, ortopédia, traumatológia, fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás, rehabilitációs medicina, fül-orr-gégegyógyászat, gyermek fül-orr-gégegyógyászat, plasztikai (égési) sebészet, geriátria, angiológia, arc-állcsont-szájsebészet. Otthonukban vagy bentlakásos intézményben ápolt, szakrendelés felkeresésére nem vagy kizárólag betegszállítással képes betegek esetében a beteg háziorvosa is. Megjegyzés: a mull-lapok esetében a szakképesítési követelmény szélesebb körű!				

2. Az R. 10. számú mellékletében foglalt táblázat 61. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1.	ISO-kód	Megnevezés	Rendelés jogcíme	Indikáció	Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz	Munkahelyre vonatkozó követelmény (amennyiben munkahelyi követelmény nem kerül meghatározásra, a szakképesítési követelményeknek megfelelő orvos rendelheti az adott eszközt)	Szakképesítési követelmény	Támogatás mértéke	Kihordási idő (hónap)	Kihordási időre maximálisan rendelhető mennyiség	Mennyiség-egység]
61.	02 10	KÉTRÉTEGŰ HABSZIVACS KÖTSZER, STERIL, ANTIMIKROBIÁLIS			<p>Sebkezelési fázis: exudációs fázisban.</p> <p>Sebtípus: közepesen vagy erősen váladékozó, fertőzött, felületes vagy üreges sebre.</p> <p>Egyéb feltétel: másodlagos kötszer és főszabályként kötésrögzítő nélkül. Amennyiben azonban a kötszer nem tapad, rendelhető kötésrögzítővel (filmkötszer vagy öntapadó pólya vagy ragtapasz vagy kötésrögzítő).</p> <p>Időbeli korlátozás (azonos sebre): 2 hónap.</p> <p>Az eszköz rendelésekor a sebről fotódokumentációt kell készíteni, melyet az egészségügyi dokumentáció részeként kell kezelni, megőrizni.</p> <p>A fotódokumentációt úgy kell elkészíteni, hogy elősegítse az orvosi indikáció fennállásának megállapítását és ellenőrzését.</p> <p>Az eszköz papíralapú vényen nem rendelhető.</p>						

3. Az R. 10. számú mellékletében foglalt táblázat 803–804. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1.	ISO-kód	Megnevezés	Rendelés jogcíme	Indikáció	Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz	Munkahelyre vonatkozó követelmény (amennyiben munkahelyi követelmény nem kerül meghatározásra, a szakképesítési követelményeknek megfelelő orvos rendelheti az adott eszközt)	Szakképesítési követelmény	Támogatás mértéke	Kihordási idő (hónap)	Kihordási időre maximálisan rendelhető mennyiség	Mennyiség-egység]
803.	06 33	ORTOPÉD CIPŐK ÉS TARTOZÉKAIK			Az eszköz rendelésekor a lábról a deformitást bemutató fotódokumentációt kell készíteni, melyet az egészségügyi dokumentáció részeként kell kezelni, megőrizni. A fotódokumentációt úgy kell elkészíteni, hogy az elősegítse az orvosi indikáció fennállásának megállapítását és ellenőrzését. Az indikáció igazolása képalkotó diagnosztikai vizsgálat keretében készült lelettel is alátámasztható, ez esetben nem szükséges a rendeléskor fotó készítése. Az eszköz beteg részére történő átadása során a beteg lábát és az elkészült cipőt a lábon bemutató fotódokumentációt kell készíteni, melyet a kiadási dokumentáció részeként kell megőrizni. Az eszköz papíralapú vényen nem rendelhető.						
804.	06 33 06	Egyedi méretvétel alapján, egyedileg készített cipők, deformált lábra		18 éves kor alatti égési sérültek részére is rendelhető a hegesezés következtében kialakuló kontraktúrák megelőzése céljából.	Járóképes beteg számára rendelhető. A kihordási időre felírható mennyiség egyoldali ellátásra vonatkozik. A rendelésnél a vényen az oldalíságot fel kell tüntetni. A beteg orvosi dokumentációjában az indikációt fel kell tüntetni.						

4. Az R. 10. számú mellékletében foglalt táblázat 819. sora helyébe a következő rendelkezés lép:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1.	ISO-kód	Megnevezés	Rendelés jogcíme	Indikáció	Kiegészítő feltételek, megjegyzések az indikációhoz	Munkahelyre vonatkozó követelmény (amennyiben munkahelyi követelmény nem kerül meghatározásra, a szakképesítési követelményeknek megfelelő orvos rendelheti az adott eszközt)	Szakképesítési követelmény	Támogatás mértéke	Kihordási idő (hónap)	Kihordási időre maximálisan rendelhető mennyiség	Mennyiség-egység]
819.	06 33 12	Tartozékok ortopéd cipőkhöz		18 éves kor alatti égési sérültek részére is rendelhető a hegesezés következtében kialakuló kontraktúrák megelőzése céljából.	A kihordási időre felírható mennyiség egyoldali ellátásra vonatkozik. A rendelésnél a vényen az oldaliságot fel kell tüntetni.						

IV. RÉSZ Útmutatók

V. RÉSZ Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve az epeút- és epehólyag-gyulladás diagnosztikus kritériumairól és terápiájáról

Típusa:	Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító:	002207
Érvényesség időtartama:	megjelenést követő 3 évig érvényes

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

Gastroenterológia és hepatológia Tagozat

Prof. Dr. Wittmann Tibor gastroenterológus, belgyógyász, elnök

Fejlesztő munkacsoport tagjai:

Prof. Dr. Czákó László gastroenterológus, belgyógyász, társszerző

Dr. Dubravcsik Zsolt gastroenterológus, belgyógyász, társszerző

Dr. Gyökeres Tibor gastroenterológus, belgyógyász, társszerző

Dr. Hritz István gastroenterológus, belgyógyász, társszerző

Dr. Illés Dóra gastroenterológus, belgyógyász, társszerző

Prof. Dr. Madácsy László gastroenterológus, belgyógyász, társszerző

Dr. Nagy András, radiológus, társszerző

Dr. Péterfi Zoltán infektológus, belgyógyász, társszerző

Dr. Szepes Zoltán gastroenterológus, belgyógyász, társszerző

Dr. Szücs Ákos, sebész, társszerző

Dr. Vincze Áron gastroenterológus, belgyógyász, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozatok:

1. Radiológiai Tagozat

Prof. Dr. Gődény Mária DSc, onkológus, onkológiai radiológus, elnök, véleményező

2. Sebészet és Egynapos sebészet Tagozat

Prof. Dr. Oláh Attila, sebész, elnök, véleményező

3. Infektológiai Tagozat

Dr. Szlávik János, infektológus, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok dokumentáltak egyetértenek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői:

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	Epeút- és epehólyag-gyulladás kórismézése és kezelése
Ellátási folyamat szakasza(i):	Fizikális vizsgálat, laboratóriumi és képalkotó diagnosztika, endoszkópos/radiológiai/sebészeti/gyógyszeres terápia
Érintett ellátottak köre:	Azon felnőttek köre, akiknél az epeutak vagy az epehólyag-gyulladása alakul ki
Érintett ellátók köre	
Szakterület:	0104 gasztroenterológia 0100 belgyógyászat 0200 sebészet 5206 egyéb intervenciós radiológia 5108 CT diagnosztika 4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás
Ellátási forma:	F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F6 fekvőbeteg-szakellátás, sürgősségi ellátás J1 járóbeteg-szakellátás, -szakrendelés J2 járóbeteg-szakellátás, egynapos sebészet D1 diagnosztika
Egyéb specifikáció:	Nincs

IV. MEGHATÁROZÁSOK**1. Fogalmak**

Akut cholangitis (heveny epeútyulladás): az epeutakat érintő, potenciálisan súlyos lefolyású kórkép, amelyet 1. benignus vagy malignus szűkület talaján kialakuló epepangás és 2. következményes bakteriális infekció okozta gyulladás jellemez. Az epeelfolyási zavar következtében megemelkedett epeúti nyomás a pangó epében jelen lévő kártékony mikroorganizmusokat és endotoxinokat a portális rendszeren keresztül a szisztémás keringésbe juttatja, szisztémás gyulladással válaszreakciót (SIRS) és szepszist okozva.

Akut cholecystitis (heveny epehólyag-gyulladás): az esetek több mint 90%-ban az epekő által okozott ductus cysticus elzáródás által kiváltott kezdetben kémiai, majd társult másodlagos bakteriális fertőzés következtében kialakuló kórkép.

Critical view of safety: Laparoscopos epeműtét során az alábbi három feltétel meglétére kell törekedni:

1. A Calot háromszöget (d. cysticus – d. hepaticus – máj alsó széle által formált háromszög) meg kell tisztítani a zsírtól és a kötőszöveti elemektől.

2. Az epehólyag alsó harmadát el kell választani a májtól (cystic plate).
3. Kettő és csak kettő képlet futhat csak az epehólyag irányába.

2. Rövidítések

AIDS:	szerzett immunhiányos tünetegyüttes (acquired immune deficiency syndrome)
AMI:	heveny szívizomelhalás (acute myocardial infarction)
ARD:	heveny légzési distressz (acute respiratory distress)
ASA:	Amerikai Aneszteziológiai Társaság (American Society of Anesthesiologists)
BE-ERCP:	ballon enteroszkópia asszisztált endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia
BMI:	testtömegindex (body mass index)
CAD:	koronária-betegség (coronary artery disease)
CCI:	Charlson komorbiditási index (Charlson comorbidity index)
COPD:	krónikus obstruktív tüdőbetegség (chronic obstructive pulmonary disease)
CRP:	C-reactive protein
CT:	komputer tomográfia
CVI:	agyi vérellátási zavar (cerebrovascular insult)
DIC:	disszeminált intravaszkuláris koaguláció
EGBS:	endoszkópos epehólyag sztentelés (endoscopic gallbladder stenting)
EH:	epehólyag
EKG:	elektrokardiogram
ENGBD:	endoszkópos nasobiliaris epehólyag drenázs (endoscopic naso-gallbladder drainage)
ERCP:	endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia
ESBL:	kiterjesztett spektrumú bétalaktamáz
EST:	endoszkópos sphincterotomia
ETGBD:	endoszkópos transzpapilláris epehólyag drenázs (endoscopic transpapillary gallbladder drainage)
EUH:	endoszkópos ultrahang
EUH-BD:	endoszkópos ultrahang vezérelt epeúti drenázs (endoscopic ultrasonography-guided biliary drainage)
EUH-GBD:	endoszkópos ultrahang vezérelt epehólyag drenázs (endoscopic ultrasonography-guided gallbladder drainage)
FiO₂:	belélegzett oxigénfrakció
FOSF:	kedvező szervi elégtelenség (favourable organ system failure)
GRADE:	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations
INR:	international normalised ratio
LAMS:	lument összehúzó fémsztent (lumen-apposing metal stent)
LC:	laparoscopos cholecystectomy
MRCP:	mágneses rezonancia cholangiopancreatographia
NOAC:	új típusú orális véralvadásgátló
OR:	esélyhányados
PaO₂:	parciális oxigéntenzio
PS:	általános állapot
PTBD:	perkután transzhepatikus epeúti drenázs (percutaneous transhepatic biliary drainage)
PTGBA:	perkután transzhepatikus epehólyag aspiráció (percutaneous transhepatic biliary aspiration)
PTGBD:	perkután transzhepatikus epehólyag drenázs (percutaneous transhepatic gallbladder drainage)
SEMS:	öntáguló fémsztent (self expandible metal stent)
SIRS:	szisztémás gyulladáshoz vezető válaszreakció
TG13:	2013-as Tokió irányelv
TG18:	2018-as Tokió irányelv
TIA:	átmeneti ischaemiás roham (transient ischemic attack)
UH:	ultrahang
VRE:	vancomycin rezisztens Enterococcus spp.

3. Bizonyítékok szintje

A bizonyítékok szintje és az ajánlások rangsorolása az UpToDate® nemzetközileg elfogadott rendszere alapján került elvégzésre [1, 2].

Magas minőségű evidencia. Következetes bizonyíték jól kivitelezett randomizált, kontrollált vizsgálatok alapján, vagy ellentmondást nem tűrő bizonyíték egyéb formája. További vizsgálat nem valószínű, hogy megváltoztatja meggyőződésünket a haszon és kockázat megbecslésében.

Közepes minőségű evidencia. Bizonyíték randomizált, kontrollált vizsgálatok alapján fontos megszorításokkal (ellentmondó eredmények, módszertani hiányosságok – indirekt vagy pontatlan), vagy nagyon erős bizonyíték egyéb formája. További vizsgálat (ha végeznek) valószínűleg hatással lesz a meggyőződésünkre a haszon és kockázat megbecslésében, és megváltoztathatja a becslést.

Alacsony minőségű evidencia. Bizonyíték megfigyeléses vizsgálatok, nem szisztematikus klinikai tapasztalat vagy komoly hiányosságokkal bíró randomizált, kontrollált vizsgálatok alapján. A hatás megbecslése bizonytalan.

Nagyon alacsony minőségű evidencia. Hiányzó, bizonytalan vagy alacsony mindőségű evidencia és ezért a hatás megbecslése nagyon bizonytalan, a haszon és a kockázat közötti egyensúly nem megítélhető.

4. Ajánlások rangsorolása

Erős ajánlás – az előnyök egyértelműen meghaladják a kockázatokat, ezért a betegek többségében alkalmazható a legtöbb körülmény mellett, fenntartások nélkül.

Gyenge ajánlás – az előnyök közel egyensúlyban vannak a kockázatokkal, ezért a legjobb intézkedés különbözhet a körülmények, betegek vagy társadalmi értékek függvényében.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

Az epeutak és az epehólyag-gyulladás súlyos, illetve gyakori kórképek, amelyek jelentős terhet rónak a társadalomra és az egészségügyi ellátó rendszerre.

A fejlett világban az epekövesség prevalenciája 10-15% körüli, e betegek 15-25%-ában jelentkeznek az epekőhöz köthető különféle tünetek, és a köves betegek mintegy harmadában alakul ki akut epehólyag-gyulladás. Az összes eset 6%-a súlyos, viszont a modern terápiás elvek mellett a halálozás kevesebb, mint 1%. Az epekövesség vagy akut cholecystitis miatt végzett laparoscopos cholecystectomy a leggyakrabban végzett általános sebészeti beavatkozás a világon. Amerikában 800 000 ilyen műtét történik évente [3; 4; 5].

Az epeköves betegek közül évente 0,3-1,6% esetében jelentkezik akut cholangitis, ezen belül a súlyos esetek aránya 12,3%. A kórkép halálozása 2,7–10% közötti értéket mutat [3; 4; 5].

A cholangitis és a cholecystitis sürgősségi ellátást igénylő betegségek, amelyek nem megfelelő kezelés hiányában életveszélyes állapotot eredményezhetnek. A kimenetel szempontjából létfontosságú a korai felismerés és a pontos diagnózis. A cholangitis és a cholecystitis ellátása több szakterület (sürgősségi szakorvos, belgyógyászat, radiológia, intervenció endoszkópia, sebészet) együttműködését teszi szükségessé. A súlyos cholangitises esetek ellátása mielőbbi centrumba történő szállításukat igényli, ahol a kellő tapasztalattal, jártassággal és műszerparkkal rendelkeznek ellátásukra. Ezért fontos, hogy a betegek kivizsgálásában és kezelésében résztvevő szakterületek egységes elveket kövessenek.

Az egészségügyi szakmai irányelv az epeút- és epehólyag-gyulladás kórismézését és kezelését foglalja magában az érvényben lévő nemzetközi irányelvek alapján. Ezek az úgynevezett Tokió irányelvek, amelyeket Japán vezető szakemberei állították össze először 2007-ben, majd nemzetközi szakértőket is bevonva 2013-ban (TG13) és legutóbb 2018-ban (TG18) aktualizáltak. A témakörben korábban evidenciákon alapuló magyar egészségügyi szakmai irányelv nem készült.

2. Felhasználói célcsoport

Az egészségügyi szakmai irányelv azon felnőtteket ellátó gasztroenterológusokra, radiológusokra és sebészekre vonatkozik, akiknél az epeút vagy az epehólyag-gyulladása kerül felismerésre. Az egészségügyi szakmai irányelvben részletezett szempontok betartása az ellátott betegek egészségének javulását és/vagy megőrzését eredményezi a lehető legkisebb invazivitású, de kellően hatékony eljárás alkalmazásával.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelvek ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Kiriya S, Kozaka K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos) – J. Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):17-30. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jhbp.512
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Miura F, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis – J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018; 25: 31–40 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.509
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Manes G, Paspatis G, Aabakken L, et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Endoscopy 2019;51:472-491 https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0862-0346
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. – J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25:3–16 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.518
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Mayumi T, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. – J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018 Jan;25(1):96-100 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.519
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Mukai S, Itoi T, Baron TH, et al. Indications and techniques of biliary drainage for acute cholangitis in updated Tokyo Guidelines 2018. – J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2017;24(10):537-49 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.49
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). – J Hepatobiliary Pancreat Sci 2018;25:41-54 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.515

Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Okamoto K, Suzuki K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. – J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018; 25:55–72 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.516
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, et al. 2020 world society of emergency surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World society of emergency surgery World J Emerg Surg. 2020;15:61 https://wjeb.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13017-020-00336-x
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Mori Y, Itoi T, Baron TH, et al. Tokyo Guidelines 2018: management strategies for gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis (with videos). – J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):87-95 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.504
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Dumonceau JM, Tringali A, Papanikolaou IS, et al. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Endoscopy. 2018;50(9):910-30 https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0659-9864
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Buxbaum JL, Buitrago C, Lee A, et al. ASGE guideline on the management of cholangitis. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) Gastrointest Endosc. 2021;94(2):207-221 https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(20)35111-7/fulltext
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Van der Merwe SW, van Wanrooij RLJ, Bronswijk M, et al. Therapeutic endoscopic ultrasound: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Endoscopy. 2022;54(2):185-205 https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1717-1391
Szerző(k): Cím: Tudományos szervezet: Megjelenés adatai: Elérhetőség:	Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Endoscopy. 2020;52(2):127-49 https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1075-4080

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

1. CHOLANGITIS

1.1. Diagnózis

Ajánlás1

A cholangitis diagnózisának megállapításához a TG18 diagnosztikus kritériumrendszer használata javasolt. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

A diagnózis sokáig a Charcot triász meglétéén alapult: láz, sárgaság, jobb bordaív alatti fájdalom. Ennek diagnosztikai értéke az alacsony szenzitivitás (26%) miatt megkérdőjelezhető [2]. A fizikális vizsgálattal észlelt eltéréseket laboratóriumi és képalkotó vizsgálatokkal kiegészítve 91,8% szenzitivitás, 77,7% specificitás és 5,9% fals pozitív arány érhető el a cholangitis diagnózisa során [3]. Az oki tényező ismerete (anamnesztikus epekövesség, sztent implantáció, képalkotó eszközön látott eltérés) növeli a diagnózis pontosságát.

1. táblázat. Az akut cholangitis diagnosztikus kritériumai a TG18 alapján [3]

A. Szisztémás gyulladás	
A-1. Láz és/vagy hidegrázás	
A-2. Gyulladásos válaszreakcióra jellemző laboreltérések (abnormális fehérvérsejtszám, emelkedett C-reaktív proteinszint, emelkedett prokalcitonin-szint)	
B. Cholestasis	
B-1. Sárgaság	
B-2. Kóros májfunkciós laborértékek (emelkedett szérum alkalikus foszfatáz, gamma-glutamil transzferáz, alanin-aminotranszferáz, aszpartát aminotranszferáz)	
C. Képalkotó vizsgálat	
C-1. Epeúttágulat	
C-2. Oki tényező (sztent, szűkület, epekő) jelenléte	

A diagnózis *valószínű*: egy „A” kritérium mellett egy „B” vagy „C” kritérium megléte.

A diagnózis *biztos*: egy „A” és egy „B” és egy „C” kritérium együttes fennállása.

A diagnózist segítheti: hasi fájdalom (felhasi/ jobb bordaív alatti fájdalom), illetve anamnesztikus epeúti betegség: epekövesség, korábbi epeúti intervenció, sztent implantáció.

Küszöbértékek:

A-1	Láz	testhőmérséklet > 38 °C
A-2	Fehérvérsejtszám (×1,000/μL)	< 4 vagy > 10
	C-reaktív protein (mg/L)	≥ 10
B-1	Sárgaság	összbilirubin ≥ 34,2 (μmol/L)
B-2	Abnormális májfunkciós paraméterek	
	Alkalikus foszfatáz (IU)	> 1,5 × ULN
	Gamma-glutamil transzferáz (IU)	> 1,5 × ULN
	Aszpartát-aminotranszferáz (IU)	> 1,5 × ULN
	Alanin-aminotranszferáz (IU)	> 1,5 × ULN

Akut cholangitis gyanújakor 6-12 óránként újraértékelés javasolt a diagnosztikus kritériumok alapján, amíg a diagnózis véglegessé nem válik.

Ajánlás2

Hasi ultrahang, illetve komputer tomográfia (CT) javasolt az epeúti szűkület diagnózisához és az etiológia tisztázásához. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Az epeúti léziók kimutatására képalkotó vizsgálatok alkalmasak, melyekkel szemben elvárás, hogy gyorsan kivitelezhetőek, minimálisan invazívak és költséghatékonyak legyenek. Ezen kritériumoknak a transzabdominális

ultrahang (UH) teljességgel megfeleltethető, mely elsőként választandó képalkotó modalitás cholangitis gyanúja esetén [3].

Sajnos, nincs olyan, cholangitisre jellemző direkt specifikus gyulladási jel, mely hasi ultrahanggal azonosítható lenne; csupán a gyulladást kiváltó oki tényezők, mint indirekt jelek detektálhatóak.

2. táblázat. Hasi ultrahangon látott eltérések szenzitivitása, specificitása [3]

Hasi ultrahangon látott eltérés	Szenzitivitás	Specificitás
Közös epevezeték tágulata	42%	96%
Epeúti kövek	38% (sárgaság egyidejű fennállása esetén: 100%)	100%

Bizonyos esetekben a CT is lehet elsőként választandó modalitás. Hátránya a sugárterhelés mellett a 25–90% között változó szenzitivitás, melynek oka, hogy az epeúti kövek detektálását nagymértékben befolyásolja a kövek kalciumtartalma. A helyi szövödmények (például, tályog) leírásában a hasi ultrahangnál adekvátabb képalkotó. Dinamikus kontrasztanyag CT-vizsgálat során megfigyelhető a májparenchyma inhomogén halmozása. Ez vélhetően a gyulladási folyamat periportális régióra való ráhúzó hatásának következményeként kialakuló eltérés: a portális keringés csökkenésével párhuzamosan fokozott a lebenyek artériás keringése, mely eltérések kizárólag artériás fázisban nodularis/foltszerű ék alakú vagy térképszerű inhomogén rajzolatfokozódást hoznak létre. Ez az akut cholangitis szanálódásával párhuzamosan eltűnik [4].

Ajánlás3

MRI/MRCP javasolt az akut cholangitis okának tisztázására bizonytalan hasi UH és CT esetén. (gyenge ajánlás, közepes minőségű evidencia)

Másodvonásban a mágneses rezonancia cholangiopancreatographia a legmagasabb diagnosztikus pontossággal bíró modalitás az akut cholangitis etiológiájának tisztázására.

1.2. Cholangitis súlyossági osztályozása

Ajánlás4

Az akut cholangitis súlyosságát a TG18 kritériumai alapján javasolt osztályozni, mely szerint I, II és III súlyossági stádiumot (Grade I., II., III.) különíthetünk el. Az osztályozás segítségével azonosíthatók a korai epeúti drenaszt igénylő betegek. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Grade III: súlyos epeúti gyulladás (cholangitis), mely az alábbi sokszervi elégtelenség kritériumok bármelyikének jelenléte esetén fennáll:

- Kardiovaszkuláris elégtelenség (volumen resztitációval nem helyreállítható tartós hypotenzió, mely 25 ug/tskg/perc-nél nagyobb dóziszú dopamin, vagy bármilyen dóziszú norepinephrin adását igényli)
- Neurológiai diszfunkció (bármilyen szintű tudatzavar)
- Légzési elégtelenség (PaO₂/FiO₂ hányados < 300)
- Veseelégtelenség (oligo-anuria: kreatinin > 177 μmol/l)
- Májelégtelenség (INR > 1,5)
- Hematológiai diszfunkció (thrombocytaszám < 100.000/mm³)

Grade II.: középsúlyos epeúti gyulladás:

- Kóros fehérvérsejtszám (12.000/mm³ felett vagy 4.000/mm³ alatt)
- Magas láz (39 °C feletti)
- Előrehaladott életkor (75 év feletti beteg)
- Hyperbilirubinaemia (összbilirubin > 85 μmol/l)
- Hypoalbuminaemia (kevesebb mint a normál érték alsó határa x 0,7)

Grade I: enyhe akut epeúti gyulladás (cholangitis): akut cholangitis ahol a Grade II. és Grade III. kritériumok hiányoznak.

A súlyossági kritériumok kiértékelése javasolt felvételkor, a diagnózist követő 24 órát követően, majd 48 óra múlva. A TG18-ban alkalmazott súlyossági kritériumok és a 30 napos mortalitás szignifikáns összefüggést mutatott [6]. Egyváltozós analízissel a mortalitás rizikója a felsorolt súlyossági kritériumok mellett szignifikánsan növekszik, ha az obstrukciót malignus betegség okozza, ha az elzáródást intrahepatikus epeúti striktúra okozza [7]. Mivel az akut cholangitis leggyakrabban malignus vagy benignus epeúti obstrukció következményeként alakul ki, kezelésében a célzott vagy széles spektrumú antibiotikumok mellett az obstrukció mielőbbi (endoszkópos-ERCP, radiológiai-PTBD vagy sebészi drenázs) megszüntetése alapvető jelentőségű. Ezért a cholangitis súlyossági kritériumok alkalmazása elsősorban a felsorolt intervenciók időzítése szempontjából lényeges, azaz urgens (24 órán belüli), korai akut (24–48 óra közötti), vagy késői (48 órán túli vagy nem elvégzett) epeúti drenázs. Több prospektív vizsgálat eredményei igazolták, hogy a drenázs időpontja a Grade I. és Grade III. súlyosságú esetekben nem befolyásolta szignifikánsan a 30 napos halálozási adatokat, bár tendenciózusan magasabbak voltak a halálozási adatok a késő csoportban. Ezzel szemben a Grade II. súlyosságú esetekben a sürgősségi és a korai drenázs szignifikánsan előnyösebb 30 napos halálozási mutatókkal járt a halasztott vagy késői csoportokhoz képest [8]. Ezen betegcsoportban az akut biliaris pancreatitis mellett tehát indokolt a sürgősségi 24 órán belüli ERCP és epeúti drenázs, mind benignus mind pedig malignus epeúti obstruktív betegségekben, melynek biztosításához az országos és kiemelt endoszkópos centrumokban a hétvégi intervenció endoszkópos és radiológiai ügyeletes team megszervezése elengedhetetlen.

Ajánlás5

A prokalcitonin hasznos paraméter az akut cholangitis súlyosságának a megítélésében. (erős ajánlás, nagyon alacsony minőségű evidencia)

ATG18 alapján leírt súlyossági kritériumok alkalmazása mellett a beteg szérum prokalcitonin szintjének meghatározása indokolt akut cholangitisben, mivel annak emelkedett volta és az emelkedés mértéke szorosan korrelál a TG18 súlyossági beosztásával [9], valamint emelkedett prokalcitonin értékek mellett indokolt a sürgősségi epeúti drenázs, mivel annak elvégzése csökkenti a mortalitást [10].

1.3. Cholangitis terápiája

1.3.1. Belgyógyászati kezelés

Az akut biliaris fertőzések, különösen az akut cholangitis gyorsan szepszishez, ezáltal a beteg állapotának rapid progressziójához vezethetnek, ezért mielőbbi adekvát kezelésük szükséges [11]. A sikeres belgyógyászati terápia elengedhetetlen sarokkövei az időben elkezdett megfelelő folyadék- és elektrolitpótlás, a korai adekvát szisztémás antibiotikus kezelés és szükség esetén analgetikumok adása [12, 13].

Kezelési alapelvek:

Akut biliaris fertőzés gyanújakor az ellátás a beteg vitális paramétereinek ellenőrzésével indul annak eldöntésére, hogy mennyire urgens a helyzet. A súlyos esetek azonnali kezelést igényelnek, szükség esetén légzés- és keringéstámogatással, akár a diagnózis véglegesítését megelőzően is.

Részletes fizikális vizsgálat, vérvétel és képalkotó vizsgálatok szükségesek, igény szerint kiegészítve társszakmai (pl. sebészi) konzíliumokkal. Az eredmények alapján, a diagnosztikus kritériumrendszer figyelembe véve állítható fel a diagnózis. A beteg általános állapotát (pl. American Society of Anesthesiologists /ASA/ score vagy Charlson comorbidity index), továbbá az eset súlyosságát is meg kell állapítani, melyek a haladéktalanul megkezdendő kezelés lépéseit is meghatározzák [14, 15]. A vérnyomást, pulzust és a vizeletmennyiséget ellenőrizni/monitorozni kell. Súlyos esetekben légzés- és keringéstámogatásra is szükség lehet. Azokban az esetekben, ahol műtét, vagy sürgős drenázs igénye merül fel, nulldiéta elrendelése javasolt. Ha a bevezetett kezelés ellenére a beteg állapota progrediál (pl. sokk, vagy szervi elégtelenség alakul ki), akkor szervtámogató kezelés mellett urgens epeúti drenázusra van szükség.

Ajánlás6

Az időben elkezdett és hatásos folyadékpótlás alapvető a cholangitis és a cholangioszepszis eredményes kezelésében. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Ajánlás7

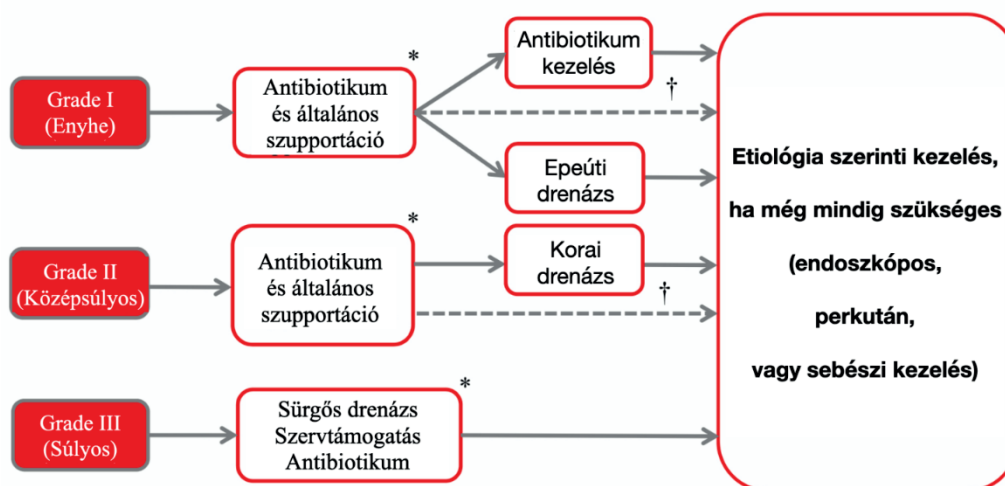
Szepszis vagy szeptikus sokk esetén a folyadékpótlására krisztalloid oldat adandó. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)

A balanszírozott krisztalloid előnyösebb, mint a fiziológiás sóoldat. Szepszis indukálta hypoperfúzió esetén az első 3 órában 30 ml/kg volumenű krisztalloid oldat adandó intravénásan. Keményítő tartalmú oldat adása a folyadékpótlására nem javasolt.

A beteget olyan intézménybe kell szállítani, ahol mind az intenzív ellátás, mind az epeúti drenázs lehetőségei adottak, folyamatosan elérhetők. Különösen igaz ez a súlyos és középsúlyos cholangitisre, de az enyhe gyulladásként induló, azonban 24 órán belül a konzervatív kezelés ellenére progrediáló esetekre is [14].

Súlyosság szerinti terápiás algoritmus:

1. ábra. Akut cholangitis terápiájának folyamatábrája [16]



* Hemokultúra vétele javasolt az antibiotikum kezelés megkezdése előtt. Epeminta vétele és epetenyésztés javasolt a drenázs során.

†Az akut cholangitis kezelésének alapvető elemei az antibiotikum, az epeúti drenázs és az etiológiának megfelelő terápia. Enyhe és középsúlyos esetekben az etiológia szerinti kezelést lehetőség szerint a drenázzsal egyidejűleg kell elvégezni.

Miután az akut betegség megoldódott, meg kell fontolni az etiológia szerinti kezelést (endoszkópos, perkután vagy sebészi úton). Cholecystolithiasis esetén az akut cholangitis lezajlása után cholecystectomiát kell végezni.

1.3.2. Antibiotikum választás

Ajánlás8

Az epeút- és epehólyag-gyulladás kezelésének első lépése a véráramban jelenlévő kórokozók kimutatása, ezért Grade II. és III. súlyosságú cholangitis esetén hemokultúra vétele szükséges (perifériás szúrt vénából 3x10 ml vér aerob és anaerob tenyésztésre). (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Ajánlás9

Grade II. és III. súlyosságú cholangitisben epe mikrobiológiai vizsgálata javasolt. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Ajánlás10

Grade III. cholangitisben adekvát antibiotikus kezelés indítása szükséges 1 órán belül, míg Grade I. súlyosság esetén az antibiotikus terápiát a diagnózis felállítását követő 6 órán belül el kell indítani. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Ajánlás11

Az antimikrobiális szerek kiválasztásakor figyelembe kell venni a lehetséges kórokozó antibiotikum érzékenységét, az alkalmazni kívánt antibiotikum farmakokinetikáját és farmakodinámiáját, helyi

antibiotikum rezisztencia viszonyokat, az antibiogrammot, a korábbi antimikrobiális szerek használatát, a beteg vese- és májfunkcióit, valamint a beteg allergiás előzményeit. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Az antibakteriális kezelés célja a gyulladás és a sepszis kontrollja és nem az epe sterilizálása. Akut cholangitis esetén ugyan a legfőbb terápiás lépés az epeúti obstrukció megszüntetése, de antibiotikus kezeléssel elérhető, hogy ne urgens, hanem korai elektív módon történjen a drenázs [13, 17].

A leggyakrabban izolált kórokozók: *Enterococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Enterobacter*, *Pseudomonas*, és *Citrobacter spp.* Egy klinikai vizsgálatban a leggyakoribb izolált baktérium az *Enterococcus spp.* (25%), *Escherichia coli* (18%) és *Klebsiella spp.* (14%) voltak. Ezekon kívül Gram-pozitív baktériumok közül *Staphylococcus* (9%), *Streptococcus* (7%), Gram-negatívak közül az *Enterobacter* (5%), a nem fermentatív Gram-negatívak (*Pseudomonas spp.*, *Stenotrophomonas*) (6%) míg az anaerobok 5%-ban képviseltették magukat [18, 19].

Antibiotikum választás szempontjai: Az antibiotikum választás előtt tisztázandó, hogy mi lehet a feltételezett kórokozó, milyen természetes és szerzett antibiotikum rezisztenciával rendelkeznek, illetve ismerni kellene a helyi antibiotikum rezisztencia viszonyokat. Az utóbbi időben egyre terjedő ESBL termelő Gram-negatív törzsek, vagy a klonálisan terjedő multirezisztens klónok behatárolhatják a választható antibiotikumok körét. Empirikus terápiára olyan antibiotikum választható, amivel szemben a várható rezisztencia < 10%.

Az antibiotikum választás másik tényezője, hogy az adott antibiotikum milyen jól penetrál vagy dúsul az epében [20] (3. táblázat).

3. táblázat. Az epeút- és epehólyag-gyulladás kezelésére leggyakrabban alkalmazott antibiotikumok az epében való dúsulásuk függvényében [20]

Jól penetráló antibiotikumok (epe/szérum > 5)	Rosszul penetráló antibiotikumok (epe/szérum < 1)
penicillinG	cefotaxim
amoxicillin/klavulánsav	ceftazidim
ampicillin/sulbactam	cefepim
piperacillin/tazobactam	gentamicin
ceftriaxon	amikacin
ciprofloxacín	vancomycin
levofloxacín	imipenem/cilastatin
tigecyclin	meropenem

A betegség súlyossága, területen szerzett vagy egészségügyi ellátáshoz kötött jellege meghatározza a választható antibiotikumok körét [17]. Az előbbi esetben általában érzékenyebb, míg utóbbi esetben általában már szelektált esetleg multirezisztens kórokozókka l kell számolni.

A területen szerzett infekciók esetében is egyre inkább terjed az ESBL termelő *Escherichia coli* és *Klebsiella pneumoniae*, ezért a korábban elkezdett terápia hatástalansága, vagy súlyos fertőzés esetén ezen kórokozókra is hatékony antibiotikum választása javasolt (karbapenemek, tygecyclin, amikacin, ceftazidim/avibactam, ceftolozan/tazobactam). Súlyos fertőzésben *Pseudomonas* ellenes antibiotikum választása célszerű. Az *Enterococcus faecalis* általában ampicillin érzékeny, ezért nincs szükség széles spektrumú antibiotikum adására, de az ampicillin rezisztens törzsek vagy *Enterococcus faecium* esetén vancomycin adása válik szükségessé.

Ajánlás12

Entero-biliaris anastomosis esetén anaerob ellenes kezelés javasolt. (gyenge ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Az anaerobok (*Bacteroides*) előfordulási gyakorisága alacsony, azonban entero-biliaris anastomosis esetén metronidazol, vagy más anaerobokra ható antibiotikum adása szükséges.

Fluorquinolon adása csak antibiotikum érzékenységi vizsgálat után, az érzékeny törzsek esetén javasolt [17, 19].

Egészségügyi ellátáshoz köthető fertőzések esetén az ESBL és karbapenemáz termelő törzsek szerepével kell számolni. Az empirikus terápia megválasztásakor nagyon fontos a helyi rezisztencia térkép, a rezisztens törzsek

elfordulási gyakoriságának ismerete, ezért a terápia megkezdése előtt konzultációt javasunk a mikrobiológiai laborral, kórházhigiénikussal vagy a helyi infektológussal [17, 21]. A javasolt antibiotikumok a különböző súlyosságú epehólyag- és epeútfertőzésekben a 4. táblázatban vannak feltüntetve.

4. táblázat. Epeút- és epehólyag-gyulladásban választható antibiotikumok [13, 17]

Antibiotikum	Területen szerzett epeúti és epehólyag-fertőzés súlyosság			Egészségügyi ellátáshoz köthető
	Enyhe	Középsúlyos	Súlyos	
penicillin alapú	amoxicillin/ klavulánsav ampicillin/ szulbactam	piperacillin/ tazobactam	piperacillin/ tazobactam	piperacillin/ tazobactam
cefalosporin alapú	cefazolin, cefuroxim, ceftriaxon, cefotaxim +/- metronidazol	ceftriaxon, cefotaxim, cefepim, ceftazidim, cefoperazon +/- metronidazol	cefepim, ceftazidim, cefoperazon +/- metronidazol	cefepim, ceftazidim, cefoperazon +/- metronidazol ceftazidim/avibactam ceftozolan/tazobactam
karbapenem alapú	ertapenem	ertapenem	imipenem/ cilastatin, meropenem, doripenem, ertapenem	imipenem/cilastatin, meropenem, doripenem, ertapenem
fluoroquinolon alapú	ciprofloxacín, levofloxacín +/- metronidazol moxifloxacín	ciprofloxacín, levofloxacín +/- metronidazol moxifloxacín		
glicopeptid alapú				vancomycin daptomycin

Az antibiotikumok dozírozása:

Tekintettel arra, hogy az epeút- és epehólyag-fertőzésben alkalmazott antibiotikumok rövid posztantibiotikus hatással rendelkeznek, gyakran rövid felezési idővel, valamint egyes baktériumok esetében emelt dózis adása szükséges a megfelelő antibakteriális hatás eléréséhez, javasolt a dózisok ennek megfelelő megválasztása. Súlyos fertőzésben az emelt dózis használata célszerű [22]. A dózisok a 5. táblázatban vannak feltüntetve.

5. táblázat. Az egyes antibiotikumok adagolása (minden antibiotikum esetében parenterális adagolást vettünk figyelembe [23])

antibiotikum	normál dózis	emelt dózis	megjegyzés
amoxicillin/klavulánsav	3x1,2 g	3x2,4 g	
ampicillin/sulbactam	3x3 g	4x3 g	
piperacillin/tazobactam	3x4,5 g	4x4,5 g	Pseudomonas esetén csak emelt dózis
cefazolin,	3x1 g	3x2 g	csak Gram-pozitív hatás
cefuroxim	3x0,75 g	3x1,5 g	Escherichia coli, Klebsiella, Proteus esetén csak emelt dózis
ceftriaxon	1x2 g	2x2 g	Staphylococcus aureus esetén csak emelt dózis
cefotaxim	3x1 g	3x2 g	Staphylococcus aureus esetén csak emelt dózis

antibiotikum	normál dózis	emelt dózis	megjegyzés
ceftazidim	3x1 g	3x2 g vagy 6x1 g	Pseudomonas esetén csak emelt dózis
cefepim	3x1 g vagy 2x2 g	3x2 g	Pseudomonas esetén csak emelt dózis
ceftolozan/tazobactam	3x1,5 g	–	karbapenemáz termelő Pseudomonas
ceftazidim/avibactam	3x2,5 g	–	ESBL, karbapenemáz termelők
ertapenem	1x1 g	–	Enterococcus és Pseudomonas esetén nem
imipenem/cilastatin	4x500 mg	4x1 g	Pseudomonas esetén csak emelt dózis nincs Proteus ellenes hatás
meropenem	3x1 g	3x2 g	
ciprofloxacín	2x400 mg	3x400 mg	rezisztencia vizsgálat! magas Escherichia coli rezisztencia
levofloxacín	1x500 mg	2x500 mg	rezisztencia vizsgálat! magas Escherichia coli rezisztencia
moxifloxacín	1x400 mg	–	rezisztencia vizsgálat!
vancomycin	2x1 g vagy 4x500 mg	–	Enterococcus faecium és ampicillin rezisztens Enterococcus faecalis
daptomycin	1x 4 mg/kg	1x6 mg/kg	VRE
tigecyclin	100 mg telítő dózis után 2x50 mg	–	nincs Proteus és Pseudomonas ellenes hatás
metronidazol	3x500 mg	–	cefalosporin és fluoroquinolonok mellé anaerob spetrum miatt
linezolid	2x600 mg		VRE

A terápia időtartama:

Ajánlás13

Amennyiben a fertőzés forrása kontroll alatt van a heveny epeúti és epehólyag-gyulladás antibiotikum kezelésére 4-7 nap megfelelő. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

A kezelés hosszát mindig a beteg állapota, az infekció kontroll mértéke és a kitenyészett kórokozó határozza meg. A korábban alkalmazott 10-14 napos kezelésekkal ellentétben az utóbbi időben a rövidebb kezelési idők kerülnek előtérben. Több klinikai vizsgálat, metaanalízis igazolta, hogy a rövidebb idejű kezelés hatékonysága megegyezik a hosszú kezelés hatékonyságával. Általánosan elmondható, hogy akut cholangitisben 4-7 nap kezelés elégséges, ha a fertőzés forrását kellően kontrolláljuk, illetve a drenázs megoldott. Ha azonban *Enterococcusok* vagy *Streptococcusok* okozta bakteriaemia van jelen, akkor 2 hétig javasolt antibiotikumot adni, mivel ezen kórokozók endocarditist is okozhatnak. Reziduális kő vagy epeúti obstrukció esetén addig kell fenntartani a kezelést, amíg a fennálló obstrukciót nem tudjuk megszüntetni, vagy kellően drenálni. Azok a betegek, akik állapotuk javulása révén az orális táplálást tolerálják, szájon keresztül folytathatják a megkezdett antibiotikus kezelést. A kezelés korábbi felfüggesztéséhez több tényezőt és paramétert is figyelembe kell venni. Egyszerűsítve: amennyiben a beteg már láztalan, hemodinamikailag stabil, oxigén igénye nincs, gyulladásos paraméterei egyértelmű javulást mutatnak, és a procalcitonin csökkenő tendenciát mutat, akkor további két nap antibiotikum kezelés után a terápia felfüggeszthető [13, 17, 22, 24].

1.3.3. Epeúti drenázs típusai

1.3.3.1. ERCP

Ajánlás14

Endoszkópos transzpapilláris drenázs javasolt akut cholangitis esetén. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)

Első vonalbeli kezelésként a kisebb invazivitás, alacsonyabb szövődmenyráta miatt ERCP és belső drenázs választandó a poszt-ERCP pancreatitis rizikója ellenére. A perkután drenázshoz képest a belső drenázs kevesebb fájdalommal jár, alacsonyabb a súlyos szövődmények előfordulási gyakorisága, rövidebb a hospitalizációs idő és a beteg életminősége is jobb [25].

Ajánlás15

Endoszkópos nazobiliaris drenázs és endoszkópos biliaris sztentelés egyaránt használható az epeúti drenázs biztosításához. (erős ajánlás, magas minőségű evidencia)

Három randomizált klinikai vizsgálat alapján nem volt szignifikáns különbség a technikai sikeresség, klinikai sikeresség, szövődmények, ismételt beavatkozások aránya vonatkozásában a nazobiliaris drén és az epeúti sztentelés között [25]. Súlyos purulens cholangitis mellett a két eljárás kombinálható, a nasobiliaris drénen keresztüli folyamatos perfúzzal adott sóoldattal történő öblítés mellett.

Ajánlás16

Endoszkópos szfinkterotómia (EST) mellőzhető transzpapilláris drenázs esetén. (gyenge ajánlás, közepes minőségű evidencia)

Akut cholangitis esetén a drenázs biztosítása szfinkterotómia nélkül is megtörténhet, így a vérzéses szövődmény csökkenthető [25, 26]. Ez leginkább súlyos, véralvadási zavarral társuló cholangitis esetén preferálandó.

Ajánlás17

EST-t követően az epeúti kő eltávolítása egy lépésben történjen meg enyhe vagy közepsúlyos cholangitis esetén. (gyenge ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Korábbi vizsgálatok az egy ülésben végzett EST és köeltávolítás esetén nagyobb arányú vérzéses szövődmenyt írtak le, de ez leginkább súlyos, véralvadási zavarral társuló cholangitis esetén fordul elő [26], enyhe vagy közepsúlyos cholangitis esetén ilyen hátrány nincs. Ezzel szemben a kórházi tartózkodás hossza és a költségek csökkennek, ha együlésben történik az EST és a köeltávolítás. Koagulopátia, papilla tágítást igénylő nagy vagy többszörös kő esetén azonban két lépésben javasolt a köeltávolítás [24].

Ajánlás18

Koagulopátia esetén epeúti sztent behelyezés javasolt papillotómia nélkül. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

EST magas vérzéses kockázatú beavatkozás, és koagulopátia fennállása vagy az alacsony trombocita szám (< 50 G/L) jelentősen (4-5-szörösen) tovább növeli a vérzés kockázatát [28]. Endoszkópos epeúti sztent behelyezés javasolt antikoaguláns kezelés vagy társuló betegség következtében kialakult koagulopátia esetén papillotómia nélkül, ami alacsony vérzéses kockázatú beavatkozás [25].

Ajánlás19

Enteroszkóp asszisztált ERCP javasolt sebészileg megváltoztatott anatómia és ebben jártas endoszkópos elérhetősége esetén. (gyenge ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Az enteroszkóp asszisztált ERCP kevésbé invazív és biztonságosabb beavatkozás, mint a PTBD vagy az EUH-vezérelt epeúti drenázs. Szövődmény aránya 3,4%, szemben a PTBD 25-31%-os vagy a EUH-vezérelt drenázs 8-15%-os arányával [25]. Az enteroszkóp asszisztált ERCP lehetővé teszi a cholangitis oki kezelését egy ülésben (kő eltávolítása, szűkület kezelése), de technikailag nehéz és időigényes a beavatkozás, továbbá speciális eszközöket is igényel. Amennyiben endoszkópos jártasság vagy eszközök nem állnak rendelkezésre, PTBD vagy EUH-vezérelt drenázs jön szóba alternatív kezelési lehetőségként, továbbá sebészi drenázs is megfontolandó. A módszer technikai sikerességi aránya 40-95%-os, a szövődmények aránya 5% alatti [25].

Ajánlás20**Ideiglenes műanyag sztent helyezendő be abban az esetben, ha az epeúti kő nem távolítható el. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)**

EST és kőeltávolítás az epeúti kövesség kezelésében 80-90%-os sikerességű. A sikertelen esetekben egy vagy több műanyag sztent behelyezésével az elzáródás megszüntethető/kivédhető a következő endoszkópos kezelésig. A behelyezett sztent hosszú távon csökkenti a kövek számát és nagyságát. A következő ERCP alkalmával a kőeltávolítás sikeressége 44–96% között változik a különböző tanulmányokban [29].

Ajánlás21**Inkomplett epeúti kőeltávolítás miatt behelyezett sztent 3-6 hónap múlva eltávolítandó/kicserélendő az infektív szövődmények megelőzése érdekében. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)**

Rutinszerűen 3-6 hónaponkénti ERCP és sztent- és kőeltávolítás, sikertelen esetben sztent csere javasolt a komplikációk (főként cholangitis) megelőzésére. Egy randomizált tanulmányban 78 beteg sikertelen kőeltávolítás utáni bevonásával összehasonlították a 3 havonkénti sztentcserét a tünetek jelentkezése esetén végzett sztent cserével. Cholangitis előfordulása lényegesen alacsonyabb volt a 3 havonként végzett sztent csere esetén (7,7% vs. 35,9%, $p < 0,03$) [30].

Ajánlás22**Definitív sztent behelyezés nem javasolt sikertelen epeúti kőeltávolítás esetén a középtávú magas szövődmény és mortalitás arány miatt. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)**

Definitív sztent behelyezés nehezen eltávolítható kövek esetén csak idős, jelentős társbetegségekkel rendelkező betegek esetén fogadható el, mert 90 év feletti betegek esetén a vérzéses kockázat, kardiopulmonális események és a mortalitás 2-3x nagyobb [31]. Definitív sztentelés azonban fokozott óvatossággal alkalmazandó, mert a cholangitis aránya 34-63%, a halálozási arány 2,3-23,5%-os a 16-39 hónapos utánkövetés során [29]. Alternatívaként epeúti endoszkópia (cholangioszkópia) során végzett direkt ultrahang vezérelt kötörés vagy műtéti megoldás mérlegelendő.

1.3.3.2. PTBD**Ajánlás23****Akut cholangitisben, endoszkópos transzpapilláris drenázs sikertelensége esetén perkután transzhepatikus epeúti drenázs (PTBD) javasolt, ha EUH-BD nem elérhető. (gyenge ajánlás, közepes minőségű evidencia)**

Az ERCP-vel szembeni ismert hátrányai ellenére, magas tápcsatornai elzáródás vagy sebészileg megváltoztatott anatómia miatt nem megközelíthető papilla esetén, ha az ERCP sikertelen vagy ha az ERCP feltételei nem adóttak, a PTBD hasznos dekompresziós eljárás, mely perkután megközelítése miatt ilyen esetekben is elvégezhető [25, 32]. Az EUH-BD eljárásnál szélesebb körben elérhető.

A PTBD során perkután szúrás követően, képalkotó vezérlés mellett vezetődrót és katéter segítségével kanülálunk egy perifériás epeágot, majd külső és/vagy belső drenázt létesítünk drenázskatéter vagy sztent behelyezésével [32]. Külső drenázs esetén csak a külvilág felé ürül az epe, mely nem fiziológiás epevezetést eredményez.

Korábban fluoroszkópos kontroll mellett történt az intrahepatikus epeutak szúrása [33]. Jelenleg javasolt ultrahang kontroll mellett elvégezni a szúrás, függetlenül az epeutak tágasságától, csökkentve a szúrások számát, továbbá elkerülve a nagyobb érágakat is [25, 32].

PTBD epeúttágulat nélkül is kivitelezhető. A drenázs sikeressége epeúttágulat esetén 86%, míg epeúttágulat nélkül 63% [32].

Véralvadási zavarok, illetve antithromboticus terápia esetén PTBD elvégzése nem javasolt a magas vérzéses rizikó miatt [34, 35].

1.3.3.3. EUH-BD**Ajánlás24****Malignus disztális epeúti obstrukció okozta cholangitisben, sikertelen ERCP esetén endoszkópos ultrahangvezérelt epeúti drenázs (EUH-BD) javasolt a perkután transzhepatikus epeúti drenázssal (PTBD) szemben, ha a vizsgálathoz a feltételek adóttak. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)**

A PTBD széles körben elérhető, hatásos technika, azonban magas (23%) az előforduló szövődmények (cholangitis, drén elzáródása és kimoszulása) száma. Összehasonlító vizsgálatokban az EUH-BD és a PTBD technikai sikeressége azonos (86-100%), azonban a klinikai sikeresség EUH-BD esetén magasabb, a vizsgálat költséghatékonyabb és

alacsonyabb a szövődmények előfordulása és az újbóli beavatkozás szükségessége [36, 37, 38]. Az EUH-BD azonban jelenleg kevésbé elérhető eljárás, mely jellemzően nagy volumenű centrumokra korlátozódik.

Ajánlás25

Malignus, inoperábilis, disztális epeúti szűkület esetén EUH-BD priméren is végezhető nagy volumenű centrumokban. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)

Randomizált klinikai vizsgálatokban malignus, disztális, epeúti szűkületek EUH-BD-vel, illetve ERCP-vel végzett primer drenálásakor hasonló technikai és klinikai sikerráta mellett EUH-BD esetén kevesebb szövődmény és hosszabb szent nyitva maradás igazolódott [39, 40].

Ajánlás26

Malignus, inoperábilis, hilusi obstrukció esetén, ha a bal ductus hepaticus tág és az ERCP/PTBD drenázs inadekvát EUH-BD javasolt hepaticogastrotómia elvégzésével. (gyenge ajánlás, közepes minőségű evidencia)

A hilusi szűkületek adekvát endoszkópos drenázsa jelentős kihívást jelent, ezért harmadlagos centrumokban és a legoptimálisabb drenázs kiválasztásához előzetes multidiszciplináris konzultációt (intervenciós endoszkópos, intervenciós radiológus, hepatopancreatobiliaris sebész, emésztőszervi onkológus) követően javasolt végezni. Magas, malignus, epeúti szűkületek esetén az EUH-BD eredményesebbnek bizonyult és kevesebb szent diszfunkció és reintervenció volt megfigyelhető, mint PTBD esetén [41, 42].

Az EUH-BD magas, inoperábilis, epeúti szűkületekben korábbi, de inadekvát drenázs esetén az epeelfolyás optimalizálására használható. Prospektív, multicentrikus vizsgálatban malignus, hilusi obstrukció esetén a kombinált ERCP és EUH-BD esetén kevesebb volt a reintervenció szükségessége, mint bilaterális PTBD esetén [43].

Ajánlás27

Benignus epeúti szűkület okozta cholangitisben a második sikertelen ERCP-t követően EUH-BD vezérelt randevú technika végzése javasolt nagy volumenű centrumokban. (gyenge ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Benignus epeúti betegségek esetén a kevésbé tágult intrahepatikus epeutak miatt az EUH-BD technikai sikeressége alacsonyabb (77%), mint malignus betegségekben és jelentős a szövődmények aránya (27%) [44]. Benignus epeúti szűkületek esetén a PTBD is nehezebb, alacsonyabb a sikeres beavatkozások aránya és magasabb a szövődmény ráta [45]. A két módszert összehasonlító tanulmány nem áll rendelkezésre. Mindezek alapján sikertelen második ERCP-t követően, lehetőleg egyazon vizsgálat alatt EUH-BD elvégzése, vagy EUH vezérelt randevú technika során a papilla irányában a szűkületen át a duodenumba juttatott vezetődrót segítségével az ERCP drenázs javasolt nagy volumenű centrumban. Technikai nehézség esetén (nagy méretű, multiplex kövek, megváltozott anatómia) a sebészeti megoldás mérlegelendő.

1.3.4. Drenázs időzítése

Ajánlás28

Akut cholangitis esetén a súlyosság határozza meg az epeúti drenázs időzítését. Súlyos (Grade III.) esetben 12 órán belül, középsúlyos (Grade II.) esetben 48-72 órán belül, enyhe (Grade I.) esetben elektív módon végzendő az epeúti drenázs. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Az ERCP időzítése epeútgyulladásal összefüggésben ellentmondásos a nem megfelelő állapot stabilizálás, előkészítés és a fokozott periprocedurális bakteriális transzlokáció miatt, ha túl korán végezzük, szemben a cholangitishez társuló morbiditással, ha a drenázs biztosítása késik [27].

A kérdésben randomizált klinikai vizsgálatot nem végeztek, de 9 obszervációs vizsgálat (7534 beteg) alapján a 48 órán belüli ERCP csökkentette a kórházi kezelés alatti mortalitást (OR=0,52, 95%CI 0,28-0,98; I²= 0%), és csökkentette a kórházi tartózkodás idejét is (5,6 nap, 95%CI 1,5-9,5; I²=74%), de nem befolyásolta a 30 napos mortalitást [46]. Ezzel szemben egy retrospektív dán regiszter vizsgálatban a 24 órán belül végzett ERCP vizsgálat a 30 napos mortalitás csökkenését eredményezte (166 beteg, OR = 0,23; 95%CI 0,05-0,95; p=0,04) [47]. Szintén alacsonyabb 30 napos mortalitást (4570 beteg, 1,5% vs 3,3%, OR = 0,48, 95%CI 0,33-0,69; p < 0,001) és 30 napon belüli ismételt felvételt (9,7% vs 15,1%, OR = 0,58, 95%CI 0,49-0,7; p < 0,001), továbbá alacsonyabb költségeket eredményezett a 48 órán belüli ERCP egy egyesült államokbeli kórházi újravizsgáló adatbázis elemzése alapján [48]. Ezek az eredmények mind az enyhe vagy közepesen súlyos, mind a súlyos epégyulladásban szenvedők esetében szignifikánsak maradtak. Egy multicentrikus, 260 szeptikus sokkban lévő beteg (vazopresszort igénylő hipotenzió számos más kritérium mellett)

bevonásával végzett vizsgálatban a kórházi kezelés alatt nagyobb volt a mortalitás 12 órán túl végzett drenázs esetén (OR 3,4, 95%CI 1,12 – 10,31) [49]. A kórházi kezelés hosszát is befolyásolja az ERCP időzítése, és a késői ERCP a költségeket is növelte néhány vizsgálatban [29].

2. CHOLECYSTITIS

2.1. Diagnózis

A heveny epehólyag-gyulladás (akut cholecystitis) diagnózisa és kezelése tekintetében az egész világon az úgynevezett Tokió irányelvek a legelfogadottabbak. Japán vezető szakemberek állították össze először 2007-ben, majd nemzetközi szakértőket is bevonva 2013-ban (TG13) és legutóbb 2018-ban (TG18) aktualizálták [50]. Jelen diagnosztikus kritériumrendszerünket is a TG18 irányelvek figyelembevételével állítottuk össze.

Ajánlás29

A cholecystitis diagnózisának megállapításához a TG18 diagnosztikus kritériumrendszer használata javasolt. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Az akut cholecystitis diagnózisa 3 pilléren nyugszik: lokális fizikális jelek, a gyulladás szisztémás jelei és képalkotó vizsgálatok eredménye. Az alábbi táblázatban összefoglaljuk ezeket:

6. táblázat. Heveny epehólyag-gyulladás TG18/TG13 diagnosztikus kritériumai [50]

A. Gyulladásos folyamat lokális fizikális jelei:
(1) Murphy-jel, (2) Jobb felső kvadráns fájdalom/érzékenység/terime
B. Szisztémás gyulladásos jelek:
(1) Láz, (2) emelkedett CRP, (3) leukocytosis
C. Képalkotó vizsgálatok:
Heveny epehólyag-gyulladásra típusos képalkotó leletek
Valószínű diagnózis: egy A kritérium + egy B kritérium
Biztos diagnózis: egy A kritérium + egy B kritérium + a C kritérium

Akut hepatitiszt, egyéb akut hasi kórképeket és krónikus cholecystitist ki kell zárni.

Akut cholecystitis gyanújakor 6-12 óránként újraértékelés javasolt a diagnosztikus kritériumok alapján, amíg a diagnózis véglegessé nem válik.

Ajánlás30

A hasi ultrahangvizsgálat az elsőként választandó modalitás az akut cholecystitis morfológiai diagnózisában. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Képalkotó vizsgálatok közül a hasi ultrahang (UH) az elsőként választandó diagnosztikus módszer. Az általánosan elfogadott UH jelek: az epehólyag falának megvastagodása és kettőzöttsége (≥ 4 mm), az epehólyag megnagyobbodása (hosszú átmérő ≥ 8 cm, rövid átmérő ≥ 4 cm), epekövek vagy sludge jelenléte, az epehólyag körüli folyadéksáv (pericholecystás fluidum), és vonalszerű árnyékok az epehólyag körüli zsírszövetben [51].

Ajánlás31

Abban az esetben, ha a hasi UH lelet nem egyértelmű, MRI/MRCP elvégzése jön szóba. (gyenge ajánlás, közepes minőségű evidencia).

Még kontraszt nélküli MRI/MRCP-n is jól vizualizálható az epehólyag falának megvastagodása, a pericholecystás fluidum, és az epehólyag megnagyobbodása [52]. Az MRCP-n még az epeutak anatómiája is jól látható. Igaz, hogy drága vizsgálat, de a diagnosztikus értéke a hasi UH-nál jobb [53].

Hasi CT-vizsgálat is használható. A diagnosztikában 94%-os szenzitivitás, de csak 59%-os specificitás jellemzi [53]. A szövődényes heveny epehólyag-gyulladás eseteiben kiemelkedő jelentőséggel bír a kontrasztos hasi CT a kontrasztos hasi MRI-vel együtt.

Gangrenosus cholecystitisre utal az epehólyagfal irreguláris megvastagodása, a fal gyenge kontrasztthalmazása („interrupted rim sign”), az epehólyag körüli zsírszövet magas denzitása, az epehólyag lumenében vagy falában gáz jelenléte, membránszerű struktúra a lumenben („intraluminal flap/membrane”), és pericholecystás tályog.

Az emphysematosus cholecystitist gázképző baktériumok okozzák, gyakran igen rapid lefolyású gyulladást okozva. Igen hajlamos a perforációra. Fatális szövődményekhez vezethet, úgymint intra-abdominális tályog, diffúz peritonitis, hasfali gázgangréna, szepszis. Az intramurális gáz jelenlétét hasi UH-val (illetve MRI-vel) nehéz megítélni, erre a legalkalmasabb módszer a hasi CT.

2.2. Cholecystitis súlyossági osztályozása

Az epehólyag-gyulladás súlyosságát is a Tokyo irányelvek 2013-ban (TG13) és legutóbb 2018-ban aktualizált kritériumai alapján osztályozhatjuk [50], mely szerint I., II. és III. súlyossági stádiumot különíthetünk el az alábbiak szerint:

Grade III.: súlyos epehólyag-gyulladás, mely az alábbi sokszervi elégtelenség kritériumok bármelyikének jelenléte esetén fennáll:

- Kardiovaszkuláris elégtelenség (volumen resztitációval nem helyreállítható tartós hypotenzió mely 25 ug/tskg/ min-nél nagyobb dózisu dopamin, vagy bármilyen dózisu norepinephrin adását igényli).
- Neurológiai diszfunkció (bármilyen szintu tudatzavar).
- Légzési elégtelenség (PaO₂/FiO₂ hányados < 300).
- Veseelégtelenség (oligo-anuria: kreatinin > 177 μmol/l).
- Májelégtelenség (INR > 1,5).
- Hematológiai diszfunkció (thrombocyta szám < 100.000/mm³).

Grade II.: közepsúlyos epehólyag-gyulladás: nincs szervi elégtelenség, azonban az epehólyag-gyulladás klinikai és képi diagnosztikai verifikálása mellett az alábbi kritériumok bármelyikének jelenléte esetén fennáll:

- Emelkedett fehérvérsejtszám (18.000/mm³ felett)
- Murphy jel (tapintható fájdalmas hydroposos epehólyag)
- Több mint 72 órán át tartó tünetek
- Képkalkotók alapján kifejezett lokális gyulladós jelek vagy szövődményes epehólyag-gyulladás jelei (gangrenosus cholecystitis, epehólyag körüli abscessus, máj tályog, emphysematosus cholecystitis)

Grade I.: enyhe akut epehólyag-gyulladás: akut cholecystitis egyebekben egészséges betegben Grade II. és Grade III. kritériumok hiányában. Ebben az esetben a mielőbbi laparoscopos cholecystectomy alacsony műtéti morbiditással és rizikóval elvégezhető, és ez tartható az optimális és választandó kezelési eljárásnak, amennyiben a feltételek adottak.

A súlyossági kritériumok kiértékelése javasolt felvételkor, a diagnózist követő 24 órát követően, majd 48 óra múlva, amíg nem került a beteg műtétre.

Számos prospektív klinikai vizsgálat igazolta, hogy a fenti súlyossági beosztás és az akut epehólyag-gyulladás 30 napon belüli mortalitása között szoros összefüggés van, míg a Grade I. és Grade II. súlyosság mellett a mortalitás 1% alatti, addig Grade III. súlyosság mellett 5% fölé emelkedik. Grade III. súlyosság esetén a mortalitás szignifikánsan, közel ötszöröse emelkedik [54, 55]. A laparoscopos cholecystectomy során a nyitott műtétté való konverziós igény, valamint a kórházban töltött kezelési napok száma és a súlyossági stádiumok között szoros lineáris korreláció igazolható [56].

2.3. Cholecystitis terápiája

2.3.1. Belgyógyászati kezelés

A heveny epehólyag-gyulladás kezelési elvei magukban foglalják a diagnózis megállapítását, az eset súlyosságának és a beteg általános állapotának a felmérését és monitorozását, valamint ezzel párhuzamosan az állapot stabilizálását, antibiotikus és analgetikus kezelés bevezetését, és a műtéti megoldás, vagy epehólyag drenázs időzítésének a meghatározását [11, 57].

Kezelési alapelvek:

Az ellátás az akut cholangitishez hasonlóan a beteg vitális paramétereinek ellenőrzésével indul, szükség esetén légzés- és keringéstámogatással.

Itt is részletes fizikális vizsgálat, vérvétel és képalkotó vizsgálatok, illetve konzíliumok (pl. sebészi) szükségesegek. A diagnosztikus kritériumrendszert követve állítható fel a diagnózis. A beteg általános állapotát (az American Society of Anesthesiologists /ASA/ score és/vagy Charlson comorbidity index (CCI) alapján, továbbá az eset súlyosságát is meg kell állapítani, melyek a kezelés módját is meghatározzák [14, 15, 57].

Ajánlás32**Mielőbb megkezdett megfelelő volumenű folyadékpótlás, az elektrolitháztartás korrekciója, antibiotikum és analgetikum adása és a nulldiéta képezi a kezelés alapjait. (erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia)**

Infúziós folyadék- és elektrolitpótlást, antibiotikumot és szükség esetén analgetikumokat adunk. A vérnyomást, pulzust és a vizeletmennyiséget ellenőrizni/monitorozni kell. Súlyos esetekben légzés- és keringéstámogatásra is szükség lehet. Nulldiétát javasolt elrendelni az intervenció (műtét vagy epehólyag drenázs) eldöntéséig, illetve a panaszok enyhüléséig.

A beteget állapotának függvényében olyan intézetbe kell szállítani, ahol mind az intenzív ellátás, mind a műtét, mind az epehólyag drenázs lehetőségei adottak, folyamatosan elérhetők.

7. táblázat. Charlson komorbiditási index (CCI) [57]

Súlyszámok	Betegségek/állapotok
1	Myocardiális infarktus (EKG-változások és/vagy enzimmozgás) Kongesztív szívelégtelenség Perifériás érbetegség Cerebrovaszkuláris betegség Dementia Krónikus tüdőbetegség Kötőszöveti betegség Peptikus fekélybetegség Enyhe májbetegség (krónikus hepatitis/cirrhosis portális hipertenzió nélkül) Diabetes mellitus (szövődménymentes)
2	Hemiplégia Középsúlyos vagy súlyos krónikus vesebetegség (kreatinin > 270 µmol/L, vagy dialízis, vagy post-transzplantációs állapot) Diabetes mellitus szervi szövődményekkel Szolid tumor Leukémia Malignus lymphoma
3	Középsúlyos vagy súlyos májbetegség (cirrhosis portális hipertenzióval ± varixvérzés)
6	Metasztatikus szolid tumor AIDS

Plusz 1 pont az 50 év feletti életkor minden évtizedére (maximum 4 pont): 50–59 év 1 pont, 60–69 év 2 pont, 70–79 év 3 pont, 80 év felett 4 pont. A súlyszámok összege adja a Charlson indexet. 0 pont jelenti a társbetegségek nélküli állapotot. A pontszám emelkedésével a várható mortalitás is emelkedik.

8. táblázat. Amerikai Aneszteziológiai Társaság (ASA) pontrendszere [57]

ASA kategória	Definíció	Példák
ASA I	Normál, egészséges	Egészséges, nem dohányzó, minimális alkoholfogyasztó egyén
ASA II	Enyhe szisztémás betegség	Csak enyhe betegségek érdemi funkcionális korlátok nélkül. Példák: aktív dohányzás, alkalmi alkoholfogyasztás, elhízás (30 < BMI < 40), terhesség, jól kontrollált diabetes mellitus/ hipertónia, enyhe tüdőbetegség
ASA III	Súlyos szisztémás betegség	Lényeges funkcionális korlátok; egy vagy több közepesen súlyos vagy súlyos betegség. Példák: rosszul kontrollált diabetes mellitus/hipertenzió, COPD, kóros elhízás (BMI ≥ 40), aktív hepatitis, alkoholfüggőség vagy abúzus, beültetett pacemaker, az ejekciós frakció mérsékelt csökkenése, végstádiumú vesebetegség rendszeres dialízisen, koraszülöttség, anamnézisben (>3 hónap) AMI, CVI, TIA vagy CAD/sztentek
ASA IV	Olyan súlyos betegség, ami közvetlen életveszélyt jelent	Példák: közelmúltban (< 3 hónap) MI, CVI, TIA vagy CAD/sztentek, aktuális myocardialis ischaemia vagy súlyos billentyűműködési zavar, az ejekciós frakció súlyos csökkenése, szepszis, DIC, ARD vagy nem dializált végstádiumú vesebetegség
ASA V	Moribund beteg, aki műtét nélkül nem él túl	Példák: hasi/mellkasi aneurysma ruptúra, masszív trauma, koponyaűri vérzés, ischaemiás bélrendszer súlyos szívbetegséggel vagy több szervrendszer működési zavarával.
ASA VI	Agyhalott beteg	

Ajánlás33

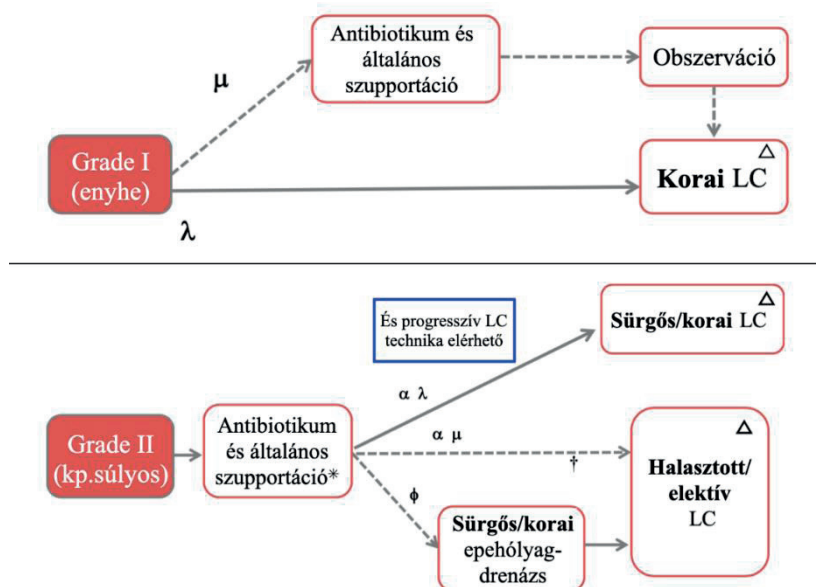
Az alkalmazandó kezelést a cholecystitis súlyossága, a beteg általános állapota és a társbetegségek határozzák meg. (gyenge ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Grade I. (enyhe) cholecystitis: Ideális esetben mielőbbi laparoscopos cholecystectomiát (LC) kell végezni, ha a CCI és az ASA pontszámok alapján a beteg alkalmas a műtétre. Ha nem alkalmas, akkor először konzervatív kezelést kell indítani és az akut gyulladás rendeződése után halasztott műtét javasolt.

Grade II. (középsúlyos) cholecystitis: Ideális esetben korai laparoscopos cholecystectomiát (LC) kell végezni, ha a CCI és az ASA pontszámok alapján a beteg alkalmas a műtétre és adottak a sebészeti feltételek. A technikai nehézség miatt tapasztalt sebész végezze a műtétet. Ha a beteg a műtétre nem alkalmas, konzervatív kezelést kell indítani és az epehólyag drenázst megfontolni/alkalmazni.

Grade III. (súlyos) cholecystitis: Meg kell határozni a szervi elégtelenség mértékét, illetve szervtámogatással kell megkísérelni normalizálni azt. Antibiotikum kezelést kell indítani. Monitorozni kell a klinikai paramétereket (különösen figyelve a keringési vagy a veseműködési zavarok rendeződését a kezelés hatására), valamint a CCI vagy ASA pontszámokat. Ha a beteg műtétre alkalmas, a korai LC-t nagy tapasztalattal rendelkező sebész végezze olyan körülmények között, amelyek lehetővé teszik az intenzív terápiás kezelést. Ha a beteg műtétre nem alkalmas, konzervatív kezelést kell indítani, beleértve a komplex szervtámogatást is. Ha a gyulladás nem kontrollálható, korai epehólyag drenázs jön szóba.

2. ábra. Grade I. és II. akut cholecystitis terápiájának folyamatábrája [57]



* Hemokultúra vétele megfontolandó az antibiotikum kezelés megkezdése előtt. α: sikeres antibiotikum kezelés és általános szupportáció;

Φ: az antibiotikum és általános szupportáció ellenére nem javuló gyulladás;

λ: CCI ≤ 5 és/vagy ASA ≤ 2 (alacsony kockázat);

μ: CCI ≥ 6 és/vagy ASA ≥ 3 (magas kockázat);

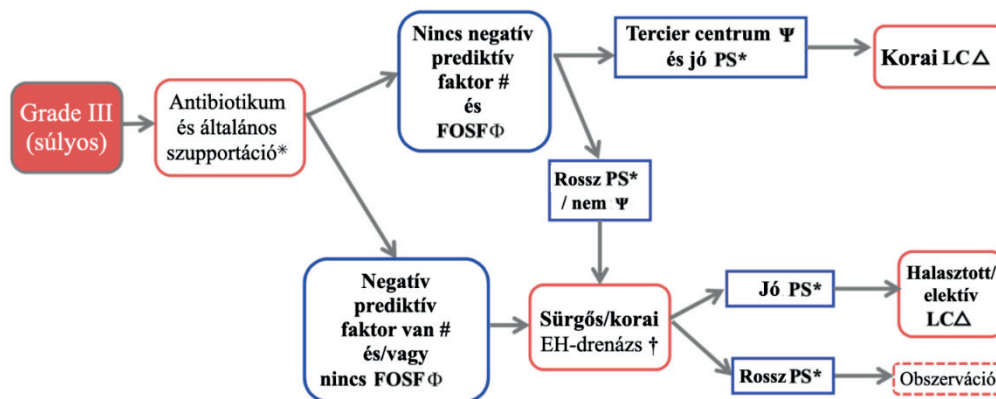
Δ: súlyos műtéti nehézségek esetén konverzió javasolt,

†: epemintavétel epehólyag drenázkor.

Szervi elégtelenség alatt a kardiovaszkuláris, neurológiai, légzőszervi, vese, máj és haematológiai funkciózavarokat értjük (lásd, súlyossági kritériumok). Multivariancia elemzések alapján a TG18 a neurológiai és légzőszervi diszfunkciókat, valamint a sárgaságot (sebi ≥ 2 mg/dl /34,2 μmol/l/) negatív prediktív tényezőnek tekinti, mivel a műtéti mortalitást kifejezetten emelik; míg a kardiovaszkuláris diszfunkciót és veseelégteltele „kedvező szervi elégtelenség”-nek tartja, mivel intenzív kezeléssel ezek sokszor javíthatók, rendezhetők.

A Grade I. és II. súlyosságú eseteknél a CCI ≥ 6 és az ASA ≥ 3 pontszám jelenti a magas műtéti rizikót. A Grade III. súlyosságú esetekben a neurológiai diszfunkció, a légzési diszfunkció és a sárgaság (sebi ≥ 2 mg/dl /34,2 μmol/l/) negatív prediktív tényezők. A CCI ≥ 4 és az ASA ≥ 3 pontszámok jelentik a magas műtéti kockázatot.

3. ábra. Grade III. akut cholecystitis terápiájának folyamatábrája [57]



* Hemokultúra vétele megfontolandó az antibiotikum kezelés megkezdése előtt.

#: Negatív prediktív tényezők: sárgaság, neurológiai és respiratórikus diszfunkció,

Φ: FOSF (favorable organ system failure = kedvező szervi elégtelenség) = kardiovaszkuláris vagy veseelégtelenség, mely gyorsan reagál a kezelésre, PS = performance status,

★: CCI ≥ 4 és/vagy ASA ≥ 3 jelenti a magas kockázatot,

Ψ: Tercier centrum = ahol intenzív terápiás és progresszív laparoscopos sebészeti ellátás rendelkezésre áll,

Δ: súlyos műtéti nehézségek esetén konverzió javasolt,

†: epemintavétel epehólyag drenázskor.

Antibiotikum kezelés alapjai:

Akut cholecystitis esetében alkalmazott antibiotikus kezelés alapelvei az akut cholangitisszel megegyeznek, az 1.3.2. „Antibiotikum választás” fejezetben megtalálhatók, beleértve a leggyakoribb kórokozókat, és a különböző súlyosságú fertőzésekre javasolt antibiotikumokat is, továbbá a kezelés javasolt időtartamát is a Grade III. (súlyos) cholecystitis esetében. Grade I. és II. (enyhe és középsúlyos) akut cholecystitis esetén cholecystectomy után 24 órával a kezelés leállítható, azonban ha epehólyag perforáció, emphysematosus cholecystitis vagy epehólyag necrosis észlelhető a műtét alatt, akkor további 4-7 nap antibiotikus kezelés indokolt.

A kezelés lépései:

1. Enyhe (Grade I.) esetekben, korai LC javasolt (a panaszok kezdetétől számított 1 héten /még inkább 72 órán belül).
2. Ha enyhe (Grade I.) esetben konzervatív terápiát indítottunk, de 24 órán belül nincs terápiás válasz, akkor jó általános állapotú betegeknél 7 napon belül LC-t, vagy epehólyag drenázst kell megfontolni.
3. Középsúlyos (Grade II.) esetekben ha a beteg performance státusza jó, és laparoscopos technika rendelkezésre áll, mielőbbi LC javasolt. Ha a beteg állapota rossz, sürgős/korai epehólyag drenázs, majd később állapotól függő halasztott műtét választható.
4. Súlyos (Grade III.) cholecystitisszel, magas sebészi rizikójú betegek esetén urgens/korai epehólyag drenázs jön szóba. Azokban a ritka esetekben, ha nincs negatív prediktív faktor, vagy uralható szervi elégtelenség áll fenn és a beteg performance státusza jó, akkor tercier centrumban LC is választható.
5. Középsúlyos (Grade II.) és súlyos (Grade III.) esetekben haemokultúra vagy epeminta, vagy mindkettő levétele javasolt.
6. Ha a sürgős LC-, vagy epehólyag drenázs feltételei és intenzív terápiás ellátás lehetősége nem adott, a beteget át kell szállítani egy magasabb szintű centrumba.

2.3.2. Sebészi indikációk

Ajánlás34

Akut köves epehólyag-gyulladás esetében az első választandó kezelés a laparoscopos cholecystectomy. (erős ajánlás, magas minőségű evidencia)

Ajánlás35

Laparoscopos cholecystectomy kerülendő szepszisz és abszolút aneszteziológiai kontraindikáció esetében. (erős ajánlás, magas minőségű evidencia)

A laparoscopos cholecystectomy az epehólyagkő-eltávolítás standard módszere. Az előrehaladott gyulladás, gangraenás vagy emphysemás epehólyag, az intraoperatív epeúti sérülés veszélyét növelheti laparoscopia esetében, ilyenkor nyitott műtét ajánlható [58]. Mindezek ellenére a rendelkezésre álló bizonyítékok összességében a laparoscopos módszer mellett szólnak. Az így végzett műtétek esetében alacsonyabb a szövődésmérséklet, és rövidebb a beteg kórházi tartózkodása [59].

Ajánlás36

Korai laparoscopos cholecystectomy ajánlott megfelelő tapasztalattal rendelkező sebész rendelkezésre állása esetén, a lehető legkorábban, a panaszok fennállásától számított 10 napon belül, illetve a hospitalizáció kezdetétől számított 7 napon belül. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)

Ajánlás37

Halasztott (vagy a'froid stádiumú) laparoscopos cholecystectomy javasolható 6 héttel a panaszok lezajlását követően, amennyiben korai műtétre nem volt lehetőség. (gyenge ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Egy 2020-as nemzetközi ajánlásban végzett irodalomkutatás során 15 közleményben leírt, 1240 beteg esetében végzett korai, halasztott, illetve középidős műtétek eredményeit hasonlították össze. Összességében a mortalitás, illetve konverzió tekintetében nem volt szignifikáns különbség a vizsgált csoportokban [20]. Egy nagy esetszámú randomizált vizsgálatban azonban szignifikánsan alacsonyabb volt a morbiditás a korai műtétek esetében [60]. A hospitalizált napok száma, a munkába való visszatérésig eltelt napok száma szintén alacsonyabb volt korai műtét után. Tekintettel arra, hogy ezen vizsgálatokban vak csoport nem képezhető, az elérhető evidenciák minősége alacsonyabb, a részrehajlás esélye jelentős. A közlemény szerzői megjegyzik, hogy a korai műtét komplexitása igen jelentős lehet és amennyiben nem áll rendelkezése kellő sebészi jártasság, úgy centrumba való referálás javasolt [20].

Ajánlás38

Laparoscopos cholecystectomy javasolható cirrhosisban, idős betegcsoport esetében vagy terhesség esetében is. (Gyenge ajánlás, gyenge evidencia)

A laparoscopos módszer biztonságosan alkalmazható cirrhosisban is. Tekintettel arra, hogy ilyen komorbiditás esetében a posztoperatív vérzés és egyéb komplikációk aránya magasabb, elektív laparoscopos cholecystectomy elsősorban Child-Pugh A és B stádiumú betegben ajánlott, C stádiumú betegségben a módszer előnyei nem világosak [61]. 80 év feletti betegek esetében ugyancsak javasolt a laparoscopia. Ezen betegcsoport alacsonyabb várható funkcionális rezervkapacitását figyelembe véve a minimál invazív technikai alkalmazandó [62]. Terhesség során, a második trimeszterben végezhető a legbiztonságosabban a laparoscopos cholecystectomy. Első trimeszterben a vetélés esélye magas, a harmadik trimeszterben pedig az uterus méretéből fakadó térránytalanság technikai nehézségekhez vezethet [63, 64].

Ajánlás39

Technikailag nehéz helyzetben, amikor az anatómiai képletek indentifikálása kétséges, nyitott vagy laparoscopos subtotalis cholecystectomy javasolható, a iatrogen epeúti vagy érsérülés elkerülése érdekében. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)

Ajánlás40

Súlyos gyulladás, összenövés, vérzés vagy epeúti sérülés gyanúja esetén konverzió javasolt. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia)

Ha a „critical view of safety” az előrehaladott gyulladás miatt nem hozható létre, a subtotalis cholecystectomy ajánlható, mellyel a nem komplikált cholecystectomiához hasonló alacsony morbiditási arány érhető el [65]. Habár

a módszer alkalmazásával az epeúti vagy érsérülés veszélye alacsonyabb, a visszahagyott epehólyagcsont nehezebb gyógyulása esetén a postoperatív epecsorgás esélye nő [66].

2.3.3. Drenázs típusai

2.3.3.1. PTGBD

Amennyiben a cholecystitis standard kezelésének számító laparoscopos cholecystectomy valamely okból nem végezhető el, úgy szükségessé válhat a hagyományos belgyógyászati kezelésen kívül az epehólyag endoszkópos vagy perkután drenázsa [67].

Ajánlás41

Akut cholecystitis középsúlyos és súlyos formájában, magas műtéti kockázat esetén az elsődlegesen javasolt epehólyag dekompresziós eljárás a perkután transzhepatikus epehólyag drenázs (PTGBD). (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia).

A PTGBD során képalkotó (ultrahang, CT vagy fluoroszkópia) vezérlés mellett a bőrön keresztül drenázkatétert vezetünk az epehólyagba, biztosítva ezáltal az epehólyag dekompreszióját [32]. A PTGBD viszonylag egyszerű, akár betegágy mellett is elvégezhető, szövődményrátája alacsony (4,8%) [68]. Lehetséges szövődményei: a drenázkatéter kimozdulása, epecsorgás, biloma, vérzés, cholangitis, peritonitis, pneumothorax, bélperforáció, szepszis, halál). Számos tanulmány szerint [69-78] kevésbé invazív és kevesebb nemkívánatos eseménnyel jár összehasonlítva a cholecystectomiával. Önmagában vagy cholecystectomy előtti bridging terápiaként is alkalmazzák [79]. Megjegyzendő, hogy súlyos (Grade III.) cholecystitis esetén az eljárás magasabb mortalitással, magasabb ismételt hospitalizációs rátával és hosszabb kórházi ápolási idővel társul [80].

Az epehólyag perkután drenázsa katéter tartós behelyezése nélkül, egyszeri vagy megismételt tūspirációval is lehetséges (perkután transzhepatikus epehólyag aspiráció – PTGBA) [75, 76], mely kombinálható az epehólyag sóoldatos öblítésével is. Háromnapos klinikai sikeressége jobbnak bizonyult, összevetve a PTGBD-vel vagy az ETGBD-vel [68], amellett, hogy messze alacsonyabb volt a szövődményrátája. Az eljárás továbbá olcsó, egyszerűen kivitelezhető. Jelenleg azonban korlátozott számú tanulmány áll rendelkezésre a témakörben.

A PTGBD-nek abszolút kontraindikációja nincs. Amennyiben véralvadási zavarok vagy antiaggregáns, antikoaguláns terápia mellett szükséges a dekompreszió, a PTGD elvégezhető acetilszalicilsav felfüggesztése nélkül, magas thromboembóliás kockázat esetén, ugyanakkor clopidogrel adását a beavatkozás előtt 5 nappal javasolt felfüggeszteni [34]. Antikoaguláns terápia esetén a beavatkozás elvégezhető 1,5 alatti INR érték és K-vitamin antagonist, illetve NOAC terápia kis molekulású heparin helyettesítése mellett [34]. Antikoaguláns és antiaggregáns kombinált terápia esetén PTGD elvégzése nem javasolt. Ez esetben ETGBD előnyös lehet, ha elérhető.

2.3.3.2. Endoszkópos transzpapilláris epehólyag drenázs

Az ERCP során végzett transzpapilláris epehólyag drenáznak (ETGBD) két formája van, az epehólyagba nasobiliaris drén vezetése (endoszkópos nasobiliaris epehólyag drenázs = ENGBD), illetve az epehólyagba behelyezett dupla pigtail végű plasztik sztent(ek), mely(ek) a duodenumba lóg(nak) ki (endoszkópos epehólyag sztentelés = EGBS).

Ajánlás42

Az endoszkópos transzpapilláris epehólyag drenázs (ET-GBD) a PTGBD lehetséges alternatívája nagy forgalmú centrumokban, tapasztalt szakemberek által elvégezve. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia).

Ajánlás43

Mind az ENGBD, mind az EGBS használható az endoszkópos epehólyag drenázs során az endoszkópos döntése alapján. (erős ajánlás, közepes minőségű evidencia).

Az epehólyag drenázs előfeltétele az ERCP kapcsán a ductus cysticus szelektív kanülálása és a vezetődrótnak az epehólyag lumenébe történő bejuttatása. A ductus cysticus szelektív kanülálásához gyakran lehet szükség hajlított végű vezetődróra, de ezt követően a vezetődrótnak a kanyargós vezetéken át az epehólyagba juttatása is kihívást jelenthet még a gyakorlott ERCP vizsgáló számára is. Ehhez a manőverhez hajlékony végű kanül a legalkalmasabb. Ha a vezetődrót már az epehólyagban van, akkor a kettős pigtail végű sztent, vagy a nasobiliaris drén behelyezése a szokványos sztent behelyezési technikával rendszerint egyszerű. A lezárt cysticus vezeték felkereshető kolangioszkóp („Spyglass”) segítségével is [81].

Sphincterotomiára nincs feltétlenül szükség, de rendszerint sor kerül rá, ha egyúttal epeúti kövesség is fennáll, cholangioszkópiát kell végezni, vagy ha az epeútba is sztent behelyezése válik szükségessé. A vezetődróton 5 Fr vagy 8,5 Fr-es pigtail nasobiliaris drént vagy 5-10 Fr-es 12 cm hosszú, mind az epehólyagban, mind a duodenumban feltekeredő a végű (dupla pigtail) sztentet vezetünk az epehólyagba. Újabb adatok szólnak amellett, hogy a párhuzamosan, egymás mellé az epehólyagba behelyezett két darab 7 Fr átmérőjű pigtail sztent hosszú távon hatékonyabb az egy sztentnél [82].

Az ETGBD összesített technikai sikeressége 83% [83], ami alatta marad a perkután és az endoszkópos ultrahang vezérelt módszernek is (0,001), amit a ductus cysticus kanulálásának nehézsége magyaráz. A klinikai sikeresség (tünetek megszűnése, gyulladás megszünte) vonatkozásában ugyanez a metaanalízis [83] 88,1%-nak találta azt a transzpapilláris módszerrel, ami nem különbözött a perkután módszer eredményétől ($P = 0,59$), de alatta maradt az endoszkópos ultrahang vezérelt technikának (96,7%, $p = 0,001$). Bár a nasobiliaris drénnel történő drenázs klinikai sikeressége elmarad a kettős pigtail sztent behelyezésével elérhetőtől, némely szerzők azonban mégis a nasobiliaris drént részesítik előnyben, mert lehetővé teszi, hogy óvatos fiziológiás sóval történő irrigálással a cysticus vezeték törmelék általi eltömeszelődése elkerülhető legyen. A gyulladás megoldódásával aztán vagy sztentre cserélhető a nasobiliaris drén, vagy optimális esetben elvégezhetővé válik a cholecystectomy.

A leggyakoribb korai szövődmények a postpapillotomiás vérzés, a cysticus vezeték sérülése, perforációja, ami epecsorgáshoz vezet, a post-ERCP pancreatitis, valamint a sztent migrációja, illetve rossz működése. Az adverz események összesen körülbelül 10%-ban fordulnak elő, leggyakrabban az ERCP-hez magához köthető post-ERCP pancreatitis (5,1%). A késői szövődmények közül a leggyakoribb a sztent migráció. A sztent migrációja, elzáródása 2-12%-ban fordul elő és másodlagos cholangitishez, cholecystitishez, májtályoghoz vezethet.

A behelyezett sztentek átlagosan 760 napig maradnak átjárhatók, a betegek 80%-ában egy év alatt semmilyen klinikai tünet nem lépett fel, így a „wait and see” várakozó álláspont elfogadható stratégia [84], amennyiben a beteg időközben nem válik alkalmassá a definitív kezelés, a cholecystectomy elvégzésére.

Az EUH-BD-hez képest a transzpapilláris endoszkópos drenáznál a visszatérő cholangitis vagy cholecystitis aránya szignifikánsan gyakoribb (12,4% vs. 3,2%, HR:3,01, 95% CI 1,73-12,9; $p = 0,04$).

Az endoszkópos ultrahang vezérelt technikával és a perkután technikával összevetve a transzpapilláris epehólyag drenáznál kell a legkisebb arányban számítani ismételt beavatkozás szükségességére (1,20 vs 1,81 vs 2,99), nem tervezett kórházi felvételre (1,47 vs 1,58 vs 2,94), illetve mortalitásra (1,29 vs 2,62 vs 2,09) [85].

Összevetve az endoszkópos ultrahang vezérelt technikával a transzpapilláris módszer kevésbé költséges, másrészt megőrzi az eredeti anatómiát, ami a későbbi sebészi megoldásnál szempont lehet, mert nincs a műtét során zárandó enterális sipoly.

Amennyiben epekövességről is szó van a gyulladás mellett, akkor a transzpapilláris módszer alkalmazása egyúttal dekomprimálja is az epehólyagot. Abban az esetben is alkalmazható, ha a beteg antikoagulált vagy vérlemezke aggregáció gátlót szed, mert a sphincterotomia mellőzhető [86].

Azon cirrhotisban szenvedő cholecystitises betegekben, akik máj transzplantációra várnak és a laparoscopos cholecystectomy nem elvégezhető, a transzpapilláris drenázs a legalkalmasabb technika, mivel megőrzi az anatómiát és nem jár enterális sipoly kialakításával. Ascites, kövekkel telt epehólyag, kontrahált epehólyag esetén is alkalmasabb, mint az endoszkópos ultrahangvezérelt módszer.

3.2.3.3. EUH-GBD

Ajánlás44

Magas műtéti rizikójú betegeknel akut cholecystitis esetén endoszkópos ultrahangvezérelt epehólyag drenázs (EUH-GBD) javasolható a perkután drenázzsal (PTGBD) és az endoszkópos transzpapilláris epehólyag drenázzsal (ETGBD) szemben. (erős ajánlás, magas minőségű evidencia)

Akut cholecystitis esetén cholecystectomyra nem alkalmas betegeknel az EUH-GBD, PTGBD és az ETGBD eredményességét összehasonlító vizsgálatokban az EUH-GBD klinikai sikeressége magasabb volt, valamint kevesebb volt a szövődmények száma és a reintervenció szükségessége [36, 83, 85, 87]. Így több modalitás rendelkezésre állásakor az EUH-GBD vizsgálat végzése a preferálandó. Az EUH-GBD a későbbiek során nem befolyásolja a cholecystectomy sikerességét, a konverziós rátát és a szövődmények számát a PTGBD-hez képest. Manapság a lument összetartó fémsztenttel (LAMS) végzett EUH-GBD terjedt el, ami műtetre tartósan nem alkalmas beteg esetében végleges megoldást jelenthet. Az EUH-GBD mint második intervenció magas technikai (90%) és klinikai (96%) siker rátával és alacsony (0%) szövődményráttával ugyancsak végleges megoldást jelenthet az akut PT-GBD-re kerülő betegeknel a perkután drenázs internalizálására és a visszatérő cholecystitisek megszüntetésére műtetre nem alkalmas

betegknél. Az EUH-GBD során behelyezett LAMS-on keresztül az epekövek nagy része (56%) spontán távozik az epehólyagból. A LAMS-on keresztül végzett cholecystoscopy során az epehólyagba vezetett gasztroszkóppal dormia kosár, háló, litotripszia alkalmazásával a maradék kövek is eltávolíthatók [88]. Az EUH-GBD abszolút kontraindikációja az epehólyag perforáció, az emphysemás és gangrénás cholecystitis, mivel itt az epehólyagfal integritása károsodott és nagy a iatrogén perforáció veszélye. További kontraindikáció, ha nem sikerült EUH során jól ábrázolni az anatómiai viszonyokat, ha nagyobb ér látható a szűrési útvonalban és ha az epehólyag 1 cm-nél távolabb van a gasztrointesztinális traktus lumenétől. Koagulopátia a beavatkozás előtt rendezendő [88]. Tovább csökkenthető az EUH-GBD szövődményei (elsősorban az epecsorgás és az epés peritonitis) ha a beavatkozást elektrokauterrel kombinált LAMS alkalmazásával végezzük, mely lehetővé teszi az egylépésben történő EUH vezérelt punkciót és a LAMS behelyezését a drenázs biztosítására. Ezzel az eljárással egy multicentrikus vizsgálat során az EUH-GBD 98,7%-os technikai és 95,9% klinikai sikerráta mellett végezhető, mindössze 1,3%-os perforációs, illetve vérzéses szövődmény ráta mellett [89].

Ajánlás45

EUH-GBD javasolható végső megoldásként inoperábilis, disztális, malignus epeúti szűkület okozta cholangitisben, ha az ERCP és az EUH-BD sikertelen és a cysticus vezeték átjárható. (gyenge ajánlás, alacsony minőségű evidencia)

Kevés adat áll rendelkezésre az EUH-GBD hatékonyságáról disztális, malignus, epeúti szűkületben. Az öntáguló fémsztent (SEMS) behelyezésével végzett EUH-GBD technikai és klinikai sikeressége 100%, illetve 92%, a szövődmények előfordulása 17% volt inoperábilis, disztális, malignus epeúti szűkületben sikertelen ERCP-t és EUH-BD-t követően [90]. Első beavatkozásként lument összetartó fémsztent (LAMS) alkalmazásával az EUH-GBD technikai és klinikai sikeressége 100%, illetve 78%, a szövődmények előfordulása 0% volt [91]. Mindezek alapján EUH-GBD javasolható végső megoldásként inoperábilis, disztális, malignus epeúti szűkület okozta cholangitisben, ha az ERCP és az EUH-BD sikertelen. A vizsgálat alkalmazása előtt a cysticus vezeték átjárhatóságát ellenőrizni kell.

VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

belgyógyász szakorvos: az epeút- és epehólyag-gyulladás diagnosztizálása és ellátása

EUH licenccel rendelkező gasztroenterológus szakorvos: az epeúti drenázs elvégzése EUH-vizsgálattal

ERCP-ben jártas gasztroenterológus szakorvos: az epeúti drenázs, köeltávolítása elvégzése ERCP-vizsgálattal

intervenciós radiológus licenccel rendelkező radiológus szakorvos: az epeúti drenázs, köeltávolítása elvégzése radiológiai módszerekkel

infektológus szakorvos: az antibiotikus kezelés megválasztása

sebész szakorvos: az epeút- és epehólyag-gyulladás diagnosztizálása és ellátása, cholecystectomy elvégzése

intenzív terápiás és oxiológus szakorvos: súlyos cholangitis, cholecystitis ellátása

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Az epeúti drenázs megoldásához a centrumokban jól felszerelt intervenciós endoszkópos (ERCP és EUH) és radiológiai laboratórium szükséges, ahol a hétfvégén és ünnepe napokon is biztosítani kell a kellő tapasztalattal és gyakorlattal bíró szakemberek rendelkezésre állását.

A hazai ERCP-vizsgálóhelyeken a szakorvosi ellátottság és az egyes vizsgálóhelyeken végzett ERCP-vizsgálatok száma felmérésre került [92, 93]. Kívánatos, hogy az ERCP-vizsgálatokat dokumentáltan magas színvonalon, megfelelő eszközös háttér és tárgyi feltételrendszer mellett és magas szintű szakmai képzettséggel a birtokunkban lehessen végezni.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az egészségügyi szakmai irányelv a magyarországi felnőtt populáció ellátására vonatkozik, speciális egyéni elvárás nincs.

1.4. Egyéb feltételek

Egyéb feltétel nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készültek.

2.3. Táblázatok

1. táblázat. Az akut cholangitis diagnosztikus kritériumai a TG18 alapján [3]
2. táblázat. Hasi ultrahangon látott eltérések szenzitivitása, specificitása [3]
3. táblázat. Az epeút- és epehólyag-gyulladás kezelésére leggyakrabban alkalmazott antibiotikumok az epében való dúsulásuk függvényében [20]
4. táblázat. Epeút- és epehólyag-gyulladásban választható antibiotikumok [13, 17]
5. táblázat. Az egyes antibiotikumok adagolása (minden antibiotikum esetében parenterális adagolást vettünk figyelembe [23]
6. táblázat. Heveny epehólyag-gyulladás TG18/TG13 diagnosztikus kritériumai [50]
7. táblázat. Charlson komorbiditási index (CCI) [57]
8. táblázat. Amerikai Aneszteziológiai Társaság (ASA) pontrendszere [57]

2.4. Algoritmusok

1. ábra. Akut cholangitis terápiájának folyamatábrája [16]
2. ábra. Grade I. és II. akut cholecystitis terápiájának folyamatábrája [57]
3. ábra. Grade III. akut cholecystitis terápiájának folyamatábrája [57]

2.5. Egyéb dokumentum

Nem készült.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Minőségi mutatók:

1. Normál anatómia és natív papilla esetén az epeúti kanülálás sikeressége. Sikeres ERCP-k száma/összes ERCP-k száma egy adott időszakban. Kívánatos érték: > 90%.
2. Epeúti kanülálást követően a 10 mm-nél kisebb kövek sikeres eltávolítása; Sikeres kőeltávolítás/10 mm-nél kisebb epeúti kővel rendelkező ERCP-re kerülő betegek száma. Kívánatos érték: > 90%.
3. Disztális epeúti elzáródás esetén a sztent behelyezés sikeressége; Sikeres sztent behelyezések száma/sztentelést igénylő disztális epeúti szűkületek száma. Kívánatos érték: > 95%.
4. Sürgősséggel végzett epeúti sztent cserék száma/összes epeúti sztent cserék száma.
5. A cholecystitis zajlása után 8 héten belül elvégzett cholecystectomiák száma/összes cholecystitis száma.
6. A cholecystitis lezajlását követően 12 héten belüli nem tervezett újrafelvétel száma/összes cholecystitis száma.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelvek időről időre történő felülvizsgálata az irányelv megbízhatósága, hitelessége és ajánlásainak validitása miatt szükséges. Az irányelv tervezett felülvizsgálata 3 évente történik. Az egészségügyi szakmai irányelvek felülvizsgálatát általában az ajánlások alátámasztását biztosító bizonyítékokban bekövetkezett változás, vagy esetlegesen a hazai ellátórendszerben, körülményekben bekövetkezett változás indokolja.

Amennyiben 3 éven belül a jelenlegi ajánlásokat lényegesen befolyásoló új tudományos ismeret keletkezik, soron kívüli felülvizsgálat is lehetséges. A soron kívüli vagy tervezett felülvizsgálat során az irányelv aktuálításait kell értékelni, és ahol szükséges kiegészíteni, módosítani a hazai tapasztalatok és a legújabb tudományos ismeretek figyelembevételével. Ha a soron kívüli felülvizsgálat csak bizonyos ajánlásokat érintett, és az egész egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata nem történt meg, akkor a tervezett időpontban a teljes körű felülvizsgálatot is el kell végezni.

Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gasztroenterológia és Hepatológia Tagozat tagozatvezetője kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket. Az aktuális egészségügyi szakmai irányelv kidolgozásában résztvevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátókörnyezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátókörnyezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

IX. IRODALOM

- [1]. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 383–394.
- [2]. Dumonceau JM, Hassan C, Riphaut A, Ponchon T. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Development Policy. *Endoscopy*. 2012;44(6):626-9.
- [3]. Kiriya S, Kozaka K, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):17-30. Epub 20180105. doi: 10.1002/jhbp.512. PubMed PMID: 29032610.
- [4]. Kiriya S, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Pitt HA, et al. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013;20(1):24-34. doi: 10.1007/s00534-012-0561-3. PubMed PMID: 23307001.
- [5]. Kiriya S, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Pitt HA, et al. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis in revised Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2012;19(5):548-56. doi: 10.1007/s00534-012-0537-3. PubMed PMID: 22825491; PubMed Central PMCID: PMC3429782.
- [6]. Kiriya S, Takada T, Hwang TL, Akazawa K, Miura F, Gomi H, et al. Clinical application and verification of the TG13 diagnostic and severity grading criteria for acute cholangitis: an international multicenter observational study. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2017;24(6):329-37. Epub 20170529. doi: 10.1002/jhbp.458. PubMed PMID: 28419764.
- [7]. Sun G, Han L, Yang Y, Linghu E, Li W, Cai F, et al. Comparison of two editions of Tokyo guidelines for the management of acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2014;21(2):113-9. Epub 20130630. doi: 10.1002/jhbp.9. PubMed PMID: 23813895.
- [8]. Schneider J, Hapfelmeier A, Thöres S, Obermeier A, Schulz C, Pörringer D, et al. Mortality Risk for Acute Cholangitis (MAC): a risk prediction model for in-hospital mortality in patients with acute cholangitis. *BMC Gastroenterol*. 2016;16:15. Epub 20160209. doi: 10.1186/s12876-016-0428-1. PubMed PMID: 26860903; PubMed Central PMCID: PMC4746925.
- [9]. Hamano K, Noguchi O, Matsumoto Y, Watabe T, Numata M, Yosioka A, et al. Usefulness of procalcitonin for severity assessment in patients with acute cholangitis. *Clin Lab*. 2013;59(1-2):177-83. doi: 10.7754/clin.lab.2012.120520. PubMed PMID: 23505924.
- [10]. Shinya S, Sasaki T, Yamashita Y, Kato D, Yamashita K, Nakashima R, et al. Procalcitonin as a useful biomarker for determining the need to perform emergency biliary drainage in cases of acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2014;21(10):777-85. Epub 20140702. doi: 10.1002/jhbp.132. PubMed PMID: 24985067.
- [11]. Miura F, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):31-40. Epub 20180108. doi: 10.1002/jhbp.509. PubMed PMID: 28941329.
- [12]. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med*. 2021;47(11):1181-247. Epub 20211002. doi: 10.1007/s00134-021-06506-y. PubMed PMID: 34599691; PubMed Central PMCID: PMC8486643.
- [13]. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):3-16. Epub 20180109. doi: 10.1002/jhbp.518. PubMed PMID: 29090866.
- [14]. ASAPhysicalStatusClassificationSystem2020. Available from: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>.
- [15]. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83. doi: 10.1016/0021-9681(87)90171-8. PubMed PMID: 3558716.
- [16]. Miura F, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Gouma DJ, et al. TG13 flowchart for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2013;20(1):47-54. doi: 10.1007/s00534-012-0563-1. PubMed PMID: 23307003.
- [17]. Mayumi T, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):96-100. Epub 20171216. doi: 10.1002/jhbp.519. PubMed PMID: 29090868.

- [18]. Weber A, Schneider J, Wagenpfeil S, Winkle P, Riedel J, Wantia N, et al. Spectrum of pathogens in acute cholangitis in patients with and without biliary endoprosthesis. *J Infect.* 2013;67(2):111-21. Epub 20130417. doi: 10.1016/j.jinf.2013.04.008. PubMed PMID: 23603487.
- [19]. Salvador VB, Lozada MC, Consunji RJ. Microbiology and antibiotic susceptibility of organisms in bile cultures from patients with and without cholangitis at an Asian academic medical center. *Surg Infect (Larchmt).* 2011;12(2):105-11. Epub 20110224. doi: 10.1089/sur.2010.005. PubMed PMID: 21348769.
- [20]. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J Emerg Surg.* 2020;15(1):61. Epub 2020/11/07. doi: 10.1186/s13017-020-00336-x. PubMed PMID: 33153472; PubMed Central PMCID: PMC7643471.
- [21]. Gomi H, Takada T, Hwang TL, Akazawa K, Mori R, Endo I, et al. Updated comprehensive epidemiology, microbiology, and outcomes among patients with acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017;24(6):310-8. Epub 20170526. doi: 10.1002/jhbp.452. PubMed PMID: 28371094.
- [22]. Péterfi Z. Antibiotikumhasználat a multirezisztens baktériumok elleni küzdelemben. *Orvostovábbképző Szemle.* 2019;26(2):42-4.
- [23]. European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters 2022. Available from: https://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST_files/Breakpoint_tables/v_12.0_Breakpoint_Tables.pdf.
- [24]. Tinusz B, Szapáry LB, Paládi B, Tenk J, Rumbus Z, Pécsi D, et al. Short-Course Antibiotic Treatment Is Not Inferior to a Long-Course One in Acute Cholangitis: A Systematic Review. *DIGESTIVE DISEASES AND SCIENCES.* 2019;64(2):307-15. Epub 0. doi: 10.1007/s10620-018-5327-6.
- [25]. Mukai S, Itoi T, Baron TH, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, et al. Indications and techniques of biliary drainage for acute cholangitis in updated Tokyo Guidelines 2018. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017;24(10):537-49. Epub 201711005. doi: 10.1002/jhbp.496. PubMed PMID: 28834389.
- [26]. Dumonceau JM, Tringali A, Papanikolaou IS, Blero D, Mangiavillano B, Schmidt A, et al. Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline - Updated October 2017. *Endoscopy.* 2018;50(9):910-30. Epub 20180807. doi: 10.1055/a-0659-9864. PubMed PMID: 30086596.
- [27]. Buxbaum JL, Buitrago C, Lee A, Elmunzer BJ, Riaz A, Ceppa EP, et al. ASGE guideline on the management of cholangitis. *Gastrointest Endosc.* 2021;94(2):207-21.e14. Epub 20210520. doi: 10.1016/j.gie.2020.12.032. PubMed PMID: 34023065.
- [28]. Dumonceau JM, Kapral C, Aabakken L, Papanikolaou IS, Tringali A, Vanbiervliet G, et al. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2020;52(2):127-49. Epub 20191220. doi: 10.1055/a-1075-4080. PubMed PMID: 31863440.
- [29]. Manes G, Paspatis G, Aabakken L, Anderloni A, Arvanitakis M, Ah-Soune P, et al. Endoscopic management of common bile duct stones: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. *Endoscopy.* 2019;51(5):472-91. Epub 2019/04/03. doi: 10.1055/a-0862-0346. PubMed PMID: 30943551.
- [30]. Di Giorgio P, Manes G, Grimaldi E, Schettino M, D'Alessandro A, Di Giorgio A, et al. Endoscopic plastic stenting for bile duct stones: stent changing on demand or every 3 months. A prospective comparison study. *Endoscopy.* 2013;45(12):1014-7. Epub 20131128. doi: 10.1055/s-0033-1344556. PubMed PMID: 24288221.
- [31]. Day LW, Lin L, Somsouk M. Adverse events in older patients undergoing ERCP: a systematic review and meta-analysis. *Endosc Int Open.* 2014;2(1):E28-36. Epub 20140307. doi: 10.1055/s-0034-1365281. PubMed PMID: 26134610; PubMed Central PMCID: PMC4423280.
- [32]. Saad WE, Wallace MJ, Wojak JC, Kundu S, Cardella JF. Quality improvement guidelines for percutaneous transhepatic cholangiography, biliary drainage, and percutaneous cholecystostomy. *J Vasc Interv Radiol.* 2010;21(6):789-95. Epub 20100321. doi: 10.1016/j.jvir.2010.01.012. PubMed PMID: 20307987.
- [33]. Takada T, Hanyu F, Kobayashi S, Uchida Y. Percutaneous transhepatic cholangial drainage: direct approach under fluoroscopic control. *J Surg Oncol.* 1976;8(1):83-97. doi: 10.1002/jso.2930080113. PubMed PMID: 1249944.
- [34]. Patel IJ, Davidson JC, Nikolic B, Salazar GM, Schwartzberg MS, Walker TG, et al. Consensus guidelines for periprocedural management of coagulation status and hemostasis risk in percutaneous image-guided interventions. *J Vasc Interv Radiol.* 2012;23(6):727-36. Epub 20120417. doi: 10.1016/j.jvir.2012.02.012. PubMed PMID: 22513394.
- [35]. Hamada T, Yasunaga H, Nakai Y, Isayama H, Horiguchi H, Fushimi K, et al. Severe bleeding after percutaneous transhepatic drainage of the biliary system: effect of antithrombotic agents--analysis of 34 606 cases from

- a Japanese nationwide administrative database. *Radiology*. 2015;274(2):605-13. Epub 20140905. doi: 10.1148/radiol.14140293. PubMed PMID: 25203133.
- [36]. van der Merwe SW, van Wanrooij RLJ, Bronswijk M, Everett S, Lakhtakia S, Rimbans M, et al. Therapeutic endoscopic ultrasound: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2022;54(2):185-205. Epub 20211222. doi: 10.1055/a-1717-1391. PubMed PMID: 34937098.
- [37]. Sharaiha RZ, Khan MA, Kamal F, Tyberg A, Tombazzi CR, Ali B, et al. Efficacy and safety of EUS-guided biliary drainage in comparison with percutaneous biliary drainage when ERCP fails: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2017;85(5):904-14. Epub 20170104. doi: 10.1016/j.gie.2016.12.023. PubMed PMID: 28063840.
- [38]. Sportes A, Camus M, Greget M, Leblanc S, Coriat R, Hochberger J, et al. Endoscopic ultrasound-guided hepaticogastrostomy. *Therap Adv Gastroenterol*. 2017;10(6):483-93. Epub 20170410. doi: 10.1177/1756283X17702096. PubMed PMID: 28567118; PubMed Central PMCID: PMC5424875.
- [39]. Paik WH, Lee TH, Park DH, Choi JH, Kim SO, Jang S, et al. EUS-Guided Biliary Drainage Versus ERCP for the Primary Palliation of Malignant Biliary Obstruction: A Multicenter Randomized Clinical Trial. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(7):987-97. Epub 20180702. doi: 10.1038/s41395-018-0122-8. PubMed PMID: 29961772.
- [40]. Park JK, Woo YS, Noh DH, Yang JI, Bae SY, Yun HS, et al. Efficacy of EUS-guided and ERCP-guided biliary drainage for malignant biliary obstruction: prospective randomized controlled study. *Gastrointest Endosc*. 2018;88(2):277-82. Epub 20180330. doi: 10.1016/j.gie.2018.03.015. PubMed PMID: 29605722.
- [41]. Moryoussef F, Sportes A, Leblanc S, Bachet JB, Chaussade S, Prat F. Is EUS-guided drainage a suitable alternative technique in case of proximal biliary obstruction? *Therap Adv Gastroenterol*. 2017;10(7):537-44. Epub 20170420. doi: 10.1177/1756283X17702614. PubMed PMID: 28804514; PubMed Central PMCID: PMC5484435.
- [42]. Vanella G, Bronswijk M, Maleux G, van Malenstein H, Laleman W, Van der Merwe S. EUS-guided intrahepatic biliary drainage: a large retrospective series and subgroup comparison between percutaneous drainage in hilar stenoses or postsurgical anatomy. *Endosc Int Open*. 2020;8(12):E1782-E94. Epub 20201117. doi: 10.1055/a-1264-7511. PubMed PMID: 33269311; PubMed Central PMCID: PMC7671754.
- [43]. Kongkam P, Orprayoon T, Boonmee C, Sodarath P, Seabmuangsai O, Wachiramatharuch C, et al. ERCP plus endoscopic ultrasound-guided biliary drainage versus percutaneous transhepatic biliary drainage for malignant hilar biliary obstruction: a multicenter observational open-label study. *Endoscopy*. 2021;53(1):55-62. Epub 20200708. doi: 10.1055/a-1195-8197. PubMed PMID: 32515005.
- [44]. Bill JG, Ryou M, Hathorn KE, Cortes P, Maple JT, Al-Shahrani A, et al. Endoscopic ultrasound-guided biliary drainage in benign biliary pathology with normal foregut anatomy: a multicenter study. *Surg Endosc*. 2022;36(2):1362-8. Epub 20210312. doi: 10.1007/s00464-021-08418-w. PubMed PMID: 33712939.
- [45]. Nennstiel S, Weber A, Frick G, Haller B, Meining A, Schmid RM, et al. Drainage-related Complications in Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: An Analysis Over 10 Years. *J Clin Gastroenterol*. 2015;49(9):764-70. doi: 10.1097/MCG.0000000000000275. PubMed PMID: 25518004.
- [46]. Iqbal U, Khara HS, Hu Y, Khan MA, Ovalle A, Siddique O, et al. Emergent versus urgent ERCP in acute cholangitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2020;91(4):753-60.e4. Epub 20191016. doi: 10.1016/j.gie.2019.09.040. PubMed PMID: 31628955.
- [47]. Tan M, Schaffalitzky de Muckadell OB, Laursen SB. Association between early ERCP and mortality in patients with acute cholangitis. *Gastrointest Endosc*. 2018;87(1):185-92. Epub 20170420. doi: 10.1016/j.gie.2017.04.009. PubMed PMID: 28433613.
- [48]. Mulki R, Shah R, Qayed E. Early vs late endoscopic retrograde cholangiopancreatography in patients with acute cholangitis: A nationwide analysis. *World J Gastrointest Endosc*. 2019;11(1):41-53. doi: 10.4253/wjge.v11.i1.41. PubMed PMID: 30705731; PubMed Central PMCID: PMC6354111.
- [49]. Karvellas CJ, Abraldes JG, Zepeda-Gomez S, Moffat DC, Mirzanejad Y, Vazquez-Grande G, et al. The impact of delayed biliary decompression and anti-microbial therapy in 260 patients with cholangitis-associated septic shock. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(7):755-66. Epub 20160810. doi: 10.1111/apt.13764. PubMed PMID: 27506331.
- [50]. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):41-54. Epub 20180109. doi: 10.1002/jhbp.515. PubMed PMID: 29032636.
- [51]. Fuks D, Mouly C, Robert B, Hajji H, Yzet T, Regimbeau JM. Acute cholecystitis: preoperative CT can help the surgeon consider conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *Radiology*. 2012;263(1):128-38. Epub 20120213. doi: 10.1148/radiol.12110460. PubMed PMID: 22332066.

- [52]. Oh KY, Gilfeather M, Kennedy A, Glastonbury C, Green D, Brant W, et al. Limited abdominal MRI in the evaluation of acute right upper quadrant pain. *Abdom Imaging*. 2003;28(5):643-51. doi: 10.1007/s00261-003-0037-7. PubMed PMID: 14628868.
- [53]. Kiewiet JJ, Leeuwenburgh MM, Bipat S, Bossuyt PM, Stoker J, Boermeester MA. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis. *Radiology*. 2012;264(3):708-20. Epub 20120712. doi: 10.1148/radiol.12111561. PubMed PMID: 22798223.
- [54]. Yokoe M, Takada T, Hwang TL, Endo I, Akazawa K, Miura F, et al. Validation of TG13 severity grading in acute cholecystitis: Japan-Taiwan collaborative study for acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2017;24(6):338-45. Epub 20170523. doi: 10.1002/jhbp.457. PubMed PMID: 28419779.
- [55]. Cheng WC, Chiu YC, Chuang CH, Chen CY. Assessing clinical outcomes of patients with acute calculous cholecystitis in addition to the Tokyo grading: a retrospective study. *Kaohsiung J Med Sci*. 2014;30(9):459-65. Epub 20140627. doi: 10.1016/j.kjms.2014.05.005. PubMed PMID: 25224769.
- [56]. Endo I, Takada T, Hwang TL, Akazawa K, Mori R, Miura F, et al. Optimal treatment strategy for acute cholecystitis based on predictive factors: Japan-Taiwan multicenter cohort study. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2017;24(6):346-61. Epub 20170531. doi: 10.1002/jhbp.456. PubMed PMID: 28419741.
- [57]. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):55-72. Epub 20171220. doi: 10.1002/jhbp.516. PubMed PMID: 29045062.
- [58]. Borzellino G, Sauerland S, Minicozzi AM, Verlato G, Di Pietrantonj C, de Manzoni G, et al. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. *Surg Endosc*. 2008;22(1):8-15. Epub 2007/08/21. doi: 10.1007/s00464-007-9511-6. PubMed PMID: 17704863.
- [59]. Coccolini F, Catena F, Pisano M, Gheza F, Fagioli S, Di Saverio S, et al. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2015;18:196-204. Epub 2015/05/11. doi: 10.1016/j.ijsu.2015.04.083. PubMed PMID: 25958296.
- [60]. Gutt CN, Encke J, Koninger J, Harnoss JC, Weigand K, Kipfmuller K, et al. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann Surg*. 2013;258(3):385-93. Epub 2013/09/12. doi: 10.1097/SLA.0b013e3182a1599b. PubMed PMID: 24022431.
- [61]. de Goede B, Klitsie PJ, Hagen SM, van Kempen BJ, Spronk S, Metselaar HJ, et al. Meta-analysis of laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with liver cirrhosis and symptomatic cholelithiasis. *Br J Surg*. 2013;100(2):209-16. Epub 20121003. doi: 10.1002/bjs.8911. PubMed PMID: 23034741.
- [62]. Loozen CS, van Santvoort HC, van Duijvendijk P, Besselink MG, Gouma DJ, Nieuwenhuijzen GA, et al. Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial. *BMJ*. 2018;363:k3965. Epub 20181008. doi: 10.1136/bmj.k3965. PubMed PMID: 30297544; PubMed Central PMCID: PMC6174331.
- [63]. Ball E, Waters N, Cooper N, Talati C, Mallick R, Rabas S, et al. Evidence-Based Guideline on Laparoscopy in Pregnancy: Commissioned by the British Society for Gynaecological Endoscopy (BSGE) Endorsed by the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG). *Facts Views Vis Obgyn*. 2019;11(1):5-25. PubMed PMID: 31695854; PubMed Central PMCID: PMC6822954.
- [64]. Shigemi D, Aso S, Matsui H, Fushimi K, Yasunaga H. Safety of Laparoscopic Surgery for Benign Diseases during Pregnancy: A Nationwide Retrospective Cohort Study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019;26(3):501-6. Epub 20180802. doi: 10.1016/j.jmig.2018.06.008. PubMed PMID: 29909089.
- [65]. Elshaer M, Gravante G, Thomas K, Sorge R, Al-Hamali S, Ebdewi H. Subtotal cholecystectomy for "difficult gallbladders": systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg*. 2015;150(2):159-68. Epub 2014/12/31. doi: 10.1001/jamasurg.2014.1219. PubMed PMID: 25548894.
- [66]. Sabour AF, Matsushima K, Love BE, Alicuben ET, Schellenberg MA, Inaba K, et al. Nationwide trends in the use of subtotal cholecystectomy for acute cholecystitis. *Surgery*. 2020;167(3):569-74. Epub 2019/12/28. doi: 10.1016/j.surg.2019.11.004. PubMed PMID: 31879089.
- [67]. Mori Y, Itoi T, Baron TH, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: management strategies for gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):87-95. Epub 20171121. doi: 10.1002/jhbp.504. PubMed PMID: 28888080.
- [68]. Itoi T, Takada T, Hwang TL, Endo I, Akazawa K, Miura F, et al. Percutaneous and endoscopic gallbladder drainage for acute cholecystitis: international multicenter comparative study using propensity score-matched analysis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2017;24(6):362-8. Epub 20170517. doi: 10.1002/jhbp.454. PubMed PMID: 28371480.

- [69]. Kiviniemi H, Mäkelä JT, Autio R, Tikkakoski T, Leinonen S, Siniluoto T, et al. Percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis in high-risk patients: an analysis of 69 patients. *Int Surg*. 1998;83(4):299-302. PubMed PMID: 10096746.
- [70]. Sugiyama M, Tokuhara M, Atomi Y. Is percutaneous cholecystostomy the optimal treatment for acute cholecystitis in the very elderly? *World J Surg*. 1998;22(5):459-63. doi: 10.1007/s002689900416. PubMed PMID: 9564288.
- [71]. Chopra S, Dodd GD, Mumbower AL, Chintapalli KN, Schwesinger WH, Sirinek KR, et al. Treatment of acute cholecystitis in non-critically ill patients at high surgical risk: comparison of clinical outcomes after gallbladder aspiration and after percutaneous cholecystostomy. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;176(4):1025-31. doi: 10.2214/ajr.176.4.1761025. PubMed PMID: 11264103.
- [72]. Akhan O, Akinci D, Ozmen MN. Percutaneous cholecystostomy. *Eur J Radiol*. 2002;43(3):229-36. doi: 10.1016/s0720-048x(02)00158-4. PubMed PMID: 12204405.
- [73]. Donald JJ, Cheslyn-Curtis S, Gillams AR, Russell RC, Lees WR. Percutaneous cholecystolithotomy: is gall stone recurrence inevitable? *Gut*. 1994;35(5):692-5. doi: 10.1136/gut.35.5.692. PubMed PMID: 8200568; PubMed Central PMCID: PMC1374759.
- [74]. Hultman CS, Herbst CA, McCall JM, Mauro MA. The efficacy of percutaneous cholecystostomy in critically ill patients. *Am Surg*. 1996;62(4):263-9. PubMed PMID: 8600844.
- [75]. Melin MM, Sarr MG, Bender CE, van Heerden JA. Percutaneous cholecystostomy: a valuable technique in high-risk patients with presumed acute cholecystitis. *Br J Surg*. 1995;82(9):1274-7. doi: 10.1002/bjs.1800820939. PubMed PMID: 7552017.
- [76]. Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH, Lambert PJ. Effective use of percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients: techniques, tube management, and results. *Arch Surg*. 1999;134(7):727-31; discussion 31-2. doi: 10.1001/archsurg.134.7.727. PubMed PMID: 10401823.
- [77]. Babb RR. Acute acalculous cholecystitis. A review. *J Clin Gastroenterol*. 1992;15(3):238-41. doi: 10.1097/00004836-199210000-00014. PubMed PMID: 1479170.
- [78]. Lillemoe KD. Surgical treatment of biliary tract infections. *Am Surg*. 2000;66(2):138-44. PubMed PMID: 10695743.
- [79]. Stanek A, Dohan A, Barkun J, Barkun A, Reinhold C, Valenti D, et al. Percutaneous cholecystostomy: A simple bridge to surgery or an alternative option for the management of acute cholecystitis? *Am J Surg*. 2018;216(3):595-603. Epub 20180131. doi: 10.1016/j.amjsurg.2018.01.027. PubMed PMID: 29429546.
- [80]. Dimou FM, Adhikari D, Mehta HB, Riall TS. Outcomes in Older Patients with Grade III Cholecystitis and Cholecystostomy Tube Placement: A Propensity Score Analysis. *J Am Coll Surg*. 2017;224(4):502-11.e1. Epub 20170106. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.021. PubMed PMID: 28069529; PubMed Central PMCID: PMC5367962.
- [81]. Barkay O, Bucksot L, Sherman S. Endoscopic transpapillary gallbladder drainage with the SpyGlass cholangiopancreatography system. *Gastrointest Endosc*. 2009;70(5):1039-40. Epub 20090625. doi: 10.1016/j.gie.2009.03.033. PubMed PMID: 19559418.
- [82]. Storm AC, Vargas EJ, Chin JY, Chandrasekhara V, Abu Dayyeh BK, Levy MJ, et al. Transpapillary gallbladder stent placement for long-term therapy of acute cholecystitis. *Gastrointest Endosc*. 2021;94(4):742-8.e1. Epub 20210330. doi: 10.1016/j.gie.2021.03.025. PubMed PMID: 33798540.
- [83]. Mohan BP, Khan SR, Trakroo S, Ponnada S, Jayaraj M, Asokkumar R, et al. Endoscopic ultrasound-guided gallbladder drainage, transpapillary drainage, or percutaneous drainage in high risk acute cholecystitis patients: a systematic review and comparative meta-analysis. *Endoscopy*. 2020;52(2):96-106. Epub 20191023. doi: 10.1055/a-1020-3932. PubMed PMID: 31645067.
- [84]. Lee TH, Park DH, Lee SS, Seo DW, Park SH, Lee SK, et al. Outcomes of endoscopic transpapillary gallbladder stenting for symptomatic gallbladder diseases: a multicenter prospective follow-up study. *Endoscopy*. 2011;43(8):702-8. Epub 20110321. doi: 10.1055/s-0030-1256226. PubMed PMID: 21425042.
- [85]. Podboy A, Yuan J, Stave CD, Chan SM, Hwang JH, Teoh AYB. Comparison of EUS-guided endoscopic transpapillary and percutaneous gallbladder drainage for acute cholecystitis: a systematic review with network meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2021;93(4):797-804.e1. Epub 20200925. doi: 10.1016/j.gie.2020.09.040. PubMed PMID: 32987004.
- [86]. Sun X, Liu Y, Hu Q, Zhao X, Li X, Wang Z. Endoscopic transpapillary gallbladder drainage for management of acute cholecystitis with coagulopathy. *J Int Med Res*. 2021;49(3):300060521996912. doi: 10.1177/0300060521996912. PubMed PMID: 33706610; PubMed Central PMCID: PMC8168036.

- [87]. Teoh AYB, Kitano M, Itoi T, Pérez-Miranda M, Ogura T, Chan SM, et al. Endosonography-guided gallbladder drainage versus percutaneous cholecystostomy in very high-risk surgical patients with acute cholecystitis: an international randomised multicentre controlled superiority trial (DRAC 1). *Gut*. 2020;69(6):1085-91. Epub 20200312. doi: 10.1136/gutjnl-2019-319996. PubMed PMID: 32165407.
- [88]. Sobani ZA, Ling C, Rustagi T. Endoscopic Ultrasound-Guided Gallbladder Drainage. *Dig Dis Sci*. 2021;66(7):2154-61. Epub 20200804. doi: 10.1007/s10620-020-06520-y. PubMed PMID: 32749635.
- [89]. Dollhopf M, Larghi A, Will U, Rimbaş M, Anderloni A, Sanchez-Yague A, Teoh AYB, Kunda R. EUS-guided gallbladder drainage in patients with acute cholecystitis and high surgical risk using an electrocautery-enhanced lumen-apposing metal stent device. *Gastrointest Endosc*. 2017;86(4):636-643. doi: 10.1016/j.gie.2017.02.027. PMID: 28259594.
- [90]. Imai H, Kitano M, Omoto S, Kadosaka K, Kamata K, Miyata T, et al. EUS-guided gallbladder drainage for rescue treatment of malignant distal biliary obstruction after unsuccessful ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2016;84(1):147-51. Epub 20160105. doi: 10.1016/j.gie.2015.12.024. PubMed PMID: 26764194.
- [91]. Chang JI, Dong E, Kwok KK. Endoscopic ultrasound-guided transmural gallbladder drainage in malignant obstruction using a novel lumen-apposing stent: a case series (with video). *Endosc Int Open*. 2019;7(5):E655-E61. Epub 20190502. doi: 10.1055/a-0826-4309. PubMed PMID: 31058208; PubMed Central PMCID: PMC6497498.
- [92]. Czakó L, Dubravcsik Z, Gyökeres T, Hritz I, Madácsy L, Ivány E, Vincze Á, Szepes Z.: *Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology / Gasztroenterológiai és Hepatológiai Szemle*, 2022;8(1):2-10.
- [93]. <https://www.endoszkopos-szekcio.hu>

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv kidolgozását a Magyar Gasztroenterológiai Társaság Endoszkópos Szekció vezetősége kezdeményezte. Az irányelvfejlesztés felelősének és a fejlesztőcsoport tagjainak kijelölése az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gasztroenterológia és Hepatológia Tagozat jóváhagyásával történt. Az irányelv fejlesztés főfelelőse meghatározta a tagok feladatait.

Az egészségügyi szakmai irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg. Az eljárás a releváns nemzetközi irányelvek áttekintésével és intenzív irodalomkereséssel kezdődött, a naprakész ajánlások megfogalmazása és a szakmailag indokolt tartalombővítés megvalósítása érdekében. A fejlesztési folyamat során kommunikáltak egymással a szakemberek, illetve kéthavi rendszerességgel strukturált formában az addig elkészült munkáról, illetve a folyamatról visszajelzést adtak. Az irányelv kialakítása a tagok egyéni munkáján, és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. Irodalomkeresés, szelekció

A felhasznált nemzetközi irányelvek irodalomjegyzékeiben, valamint a MEDLINE, Cochrane és EMBASE adatbázisokban megtalálható, az utóbbi 5-10 éves periódusban megjelent releváns közleményeket használtuk fel az irányelv fejlesztéshez. A keresés az alábbi keresőszavakkal, azok különböző változataival és kombinációival történt: cholangitis, cholecystitis, antibiotic therapy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, transpapillary drainage, percutaneous transhepatic biliary drainage, percutaneous transhepatic gallbladder drainage, endoscopic ultrasound-guided biliary drainage, endoscopic ultrasound-guided gallbladder drainage, surgical therapy.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztése a külföldi irányelvek adaptációjával és az eredeti evidenciák feldolgozásával történt, amelyekben a bizonyítékok erősségi szintjének meghatározása a GRADE módszertanon alapult (lásd IV. fejezet 3. és 4. pont) [1, 2]. A hazai egészségügyi szakmai irányelv is ezt a módszertant követi, melynek segítségével megállapításra kerültek a bizonyítékok megbízhatósági szintjei. A nemzetközi irányelvek által megállapított bizonyítékerősségi szinteket a fejlesztőcsoport elfogadta.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztése a külföldi irányelvek adaptációjával és az eredeti evidenciák feldolgozásával történt. A fejlesztőcsoport mindig ellenőrizte a bizonyítékok hazai viszonyok közötti relevanciáját.

Amennyiben a bizonyíték nem a magyarországi viszonyoknak megfelelő kiindulási adatokra támaszkodott, ott a fejlesztőcsoport konszenzusa volt mérvadó.

5. Véleményezés módszere

A különböző fejezetek megírása, valamint a részfolyamatok befejezése során a szerzők egymás munkáit többlépcsős folyamat során véleményezték és módosításokra tettek javaslatot, mely korrigálását követően újabb véleményezésre, majd pontosításra került sor, ezt követően került az irányelv véglegesítésre. A véglegesnek tekintett Egészségügyi Szakmai Irányelv megküldésre került a véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozatok elnökeinek. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfelkészítők egyetértettek azok tartalmával.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készültek.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nem készültek.

1.3. Táblázatok

1. táblázat. Az akut cholangitis diagnosztikus kritériumai a TG18 alapján [3]

A. Szisztémás gyulladás
A-1. Láz és/vagy hidegrázás A-2. Gyulladásos válaszreakcióra jellemző laboreltérések (abnormális fehérvérsejtszám, emelkedett C-reaktív proteinszint, emelkedett prokalcitonin-szint)
B. Cholestasis
B-1. Sárgaság B-2. Kóros májfunkciós laborértékek (emelkedett szérum alkalikus foszfatáz, gamma-glutamil transzferáz, alanin-aminotranszferáz, aszpartát aminotranszferáz)
C. Képkötő vizsgálat
C-1. Epeúttágulat C-2. Oki tényező (sztent, szűkület, epekő) jelenléte

2. táblázat. Hasi ultrahangon látott eltérések szenzitivitása, specifikitása [3]

Hasi ultrahangon látott eltérés	Szenzitivitás	Specifititás
Közös epevezeték tágulata	42%	96%
Epeúti kövek	38% (sárgaság egyidejű fennállása esetén: 100%)	100%

3. táblázat. Az epeút- és epehólyag-gyulladás kezelésére leggyakrabban alkalmazott antibiotikumok az epeben való dúsulásuk függvényében [20]

Jól penetráló antibiotikumok (epe/szérum > 5)	Rosszul penetráló antibiotikumok (epe/szérum < 1)
penicillinG	cefotaxim
amoxicillin/klavulánsav	ceftazidim
ampicillin/sulbactam	cefepim
piperacillin/tazobactam	gentamicin
ceftriaxon	amikacin
ciprofloxacin	vancomycin
levofloxacin	imipenem/cilastatin
tigecyclin	meropenem

4. táblázat. Epeút- és epehólyag-gyulladásban választható antibiotikumok [13, 17]

Területen szerzett epeúti és epehólyag-fertőzés súlyosság				Egészségügyi ellátáshoz köthető
Antibiotikum	Enyhe	Középsúlyos	Súlyos	
penicillin alapú	amoxicillin/ klavulánsav ampicillin/ szulbactam	piperacillin/ tazobactam	piperacillin/ tazobactam	piperacillin/ tazobactam
cefalosporin alapú	cefazolin, cefuroxim, ceftriaxon, cefotaxim +/- metronidazol	ceftriaxon, cefotaxim, cefepim, ceftazidim, cefoperazon +/- metronidazol	cefepim, ceftazidim, cefoperazon +/- metronidazol	cefepim, ceftazidim, cefoperazon +/- metronidazol ceftazidim/avibactam ceftozolan/tazobactam
karbapenem alapú	ertapenem	ertapenem	imipenem/ cilastatin, meropenem, doripenem, ertapenem	imipenem/cilastatin, meropenem, doripenem, ertapenem
fluoroquinolon alapú	ciprofloxacin, levofloxacin +/- metronidazol moxifloxacin	ciprofloxacin, levofloxacin +/- metronidazol moxifloxacin		
glicopeptid alapú				vancomycin daptomycin

5. táblázat. Az egyes antibiotikumok adagolása (minden antibiotikum esetében parenterális adagolást vettünk figyelembe [23])

antibiotikum	normál dózis	emelt dózis	megjegyzés
amoxicillin/klavulánsav	3x1,2 g	3x2,4 g	
ampicillin/sulbactam	3x3 g	4x3 g	
piperacillin/tazobactam	3x4,5 g	4x4,5 g	Pseudomonas esetén csak emelt dózis
cefazolin,	3x1 g	3x2 g	csak Gram-pozitív hatás
cefuroxim	3x0,75 g	3x1,5 g	Escherichia coli, Klebsiella, Proteus esetén csak emelt dózis
ceftriaxon	1x2 g	2x2 g	Staphylococcus aureus esetén csak emelt dózis
cefotaxim	3x1 g	3x2 g	Staphylococcus aureus esetén csak emelt dózis
ceftazidim	3x1 g	3x2 g vagy 6x1 g	Pseudomonas esetén csak emelt dózis
cefepim	3x1 g vagy 2x2 g	3x2 g	Pseudomonas esetén csak emelt dózis
ceftolozan/tazobactam	3x1,5 g	–	karbapenemáz termelő Pseudomonas
ceftazidim/avibactam	3x2,5 g	–	ESBL, karbapenemáz termelők
ertapenem	1x1 g	–	Enterococcus és Pseudomonas esetén nem
imipenem/cilastatin	4x500 mg	4x1 g	Pseudomonas esetén csak emelt dózis nincs Proteus ellenes hatás
meropenem	3x1 g	3x2 g	
ciprofloxacín	2x400 mg	3x400 mg	rezisztencia vizsgálat! magas Escherichia coli rezisztencia
levofloxacín	1x500 mg	2x500 mg	rezisztencia vizsgálat! magas Escherichia coli rezisztencia
moxifloxacín	1x400 mg	–	rezisztencia vizsgálat!
vancomycin	2x1 g vagy 4x500 mg	–	Enterococcus faecium és ampicillin rezisztens Enterococcus faecalis
daptomycin	1x 4 mg/kg	1x6 mg/kg	VRE
tigecyclin	100 mg telítő dózis után 2x50 mg	–	nincs Proteus és Pseudomonas ellenes hatás
metronidazol	3x500 mg	–	cefalosporin és fluoroquinolonok mellé anaerob spektrum miatt
linezolid	2x600 mg		VRE

6. táblázat. Heveny epehólyag-gyulladás TG18/TG13 diagnosztikus kritériumai [50]

A. Gyulladásos folyamat lokális fizikális jelei:
(1) Murphy-jel, (2) Jobb felső kvadráns fájdalom/érzékenység/terime
B. Szisztémás gyulladásos jelek:
(1) Láz, (2) emelkedett CRP, (3) leukocytosis
C. Képkeltő vizsgálatok:
Heveny epehólyag-gyulladásra típusos képkeltő leletek
Valószínű diagnózis: egy A kritérium + egy B kritérium
Biztos diagnózis: egy A kritérium + egy B kritérium + a C kritérium

7. táblázat. Charlson komorbiditási index (CCI) [57]

Súlyszámok	Betegségek/állapotok
1	Myocardiális infarktus (EKG-változások és/vagy enzimmozgás) Kongesztív szívelégtelenség Perifériás érbetegség Cerebrovaszkuláris betegség Dementia Krónikus tüdőbetegség Kötőszöveti betegség Peptikus fekélybetegség Enyhe májbetegség (krónikus hepatitis/cirrhosis portális hipertenzió nélkül) Diabetes mellitus (szövődménymentes)
2	Hemiplégia Középsúlyos vagy súlyos krónikus vesebetegség (kreatinin > 270 µmol/L, vagy dialízis, vagy post-transzplantációs állapot) Diabetes mellitus szervi szövődményekkel Szolid tumor Leukémia Malignus lymphoma
3	Középsúlyos vagy súlyos májbetegség (cirrhosis portális hipertenzióval ± varixvérzés)
6	Metasztatikus szolid tumor AIDS

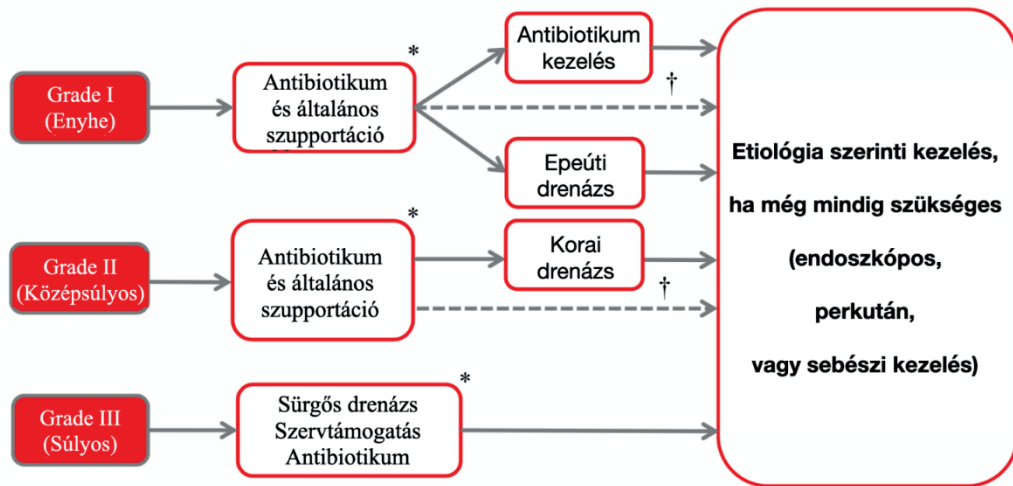
8. táblázat. Amerikai Aneszteziológiai Társaság (ASA) pontrendszere [57]

ASA kategória	Definíció	Példák
ASA I	Normál, egészséges	Egészséges, nem dohányzó, minimális alkoholfogyasztó egyén
ASA II	Enyhe szisztémás betegség	Csak enyhe betegségek érdemi funkcionális korlátok nélkül. Példák: aktív dohányzás, alkalmi alkoholfogyasztás, elhízás (30 < BMI < 40), terhesség, jól kontrollált diabetes mellitus/hipertónia, enyhe tüdőbetegség
ASA III	Súlyos szisztémás betegség	Lényeges funkcionális korlátok; egy vagy több közepesen súlyos vagy súlyos betegség. Példák: rosszul kontrollált diabetes mellitus/hipertenzió, COPD, kóros elhízás (BMI ≥ 40), aktív hepatitis, alkoholfüggőség vagy abúzus, beültetett pacemaker, az ejekciós frakció mérsékelt csökkenése, végstádiumú vesebetegség rendszeres dialízisen, koraszülöttség, anamnézisben (>3 hónap) AMI, CVI, TIA vagy CAD/sztentek

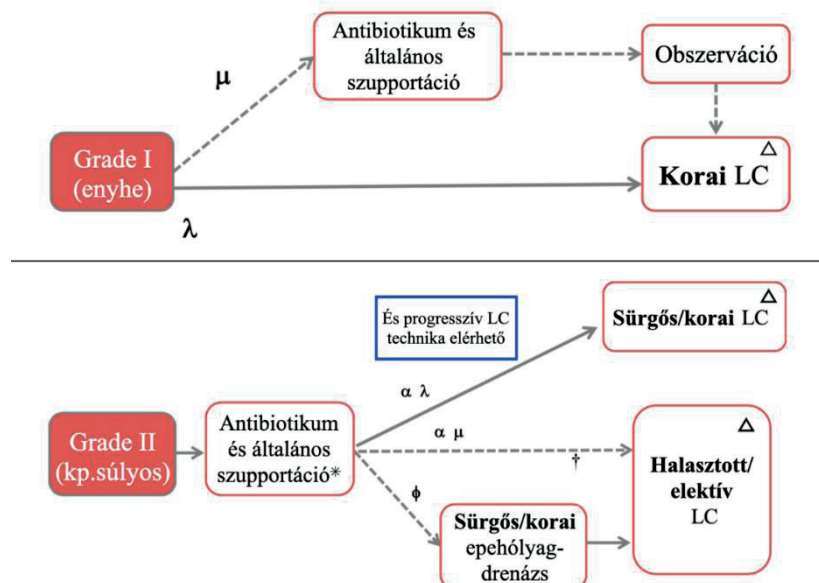
ASA kategória	Definíció	Példák
ASA IV	Olyan súlyos betegség, ami közvetlen életveszélyt jelent	Példák: közelmúltban (< 3 hónap) MI, CVI, TIA vagy CAD/ sztentek, aktuális myocardialis ischaemia vagy súlyos billentyűműködési zavar, az ejekciós frakció súlyos csökkenése, szepszis, DIC, ARD vagy nem dializált végstádiumú vesebetegség
ASA V	Moribund beteg, aki műtét nélkül nem él túl	Példák: hasi/mellkasi aneurysma ruptúra, masszív trauma, koponyaűri vérzés, ischaemiás bélrendszer súlyos szívbetegséggel vagy több szervrendszer működési zavarával.
ASA VI	Agyhalott beteg	

1.4. Algoritmusok

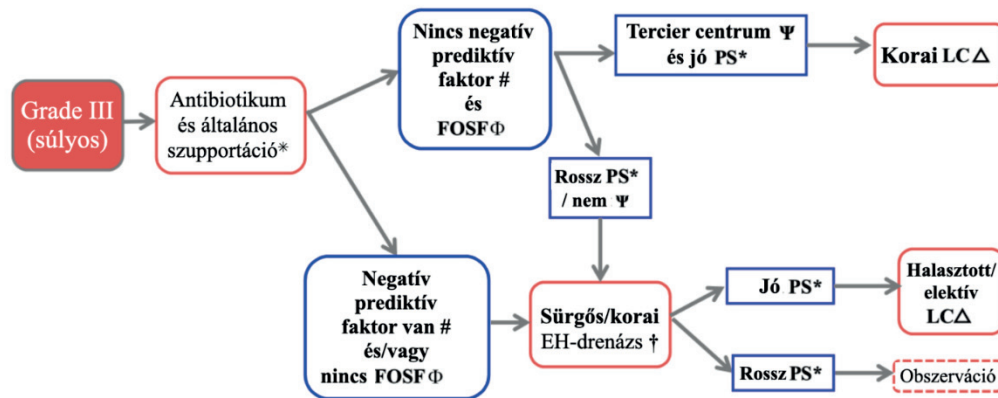
1. ábra. Akut cholangitis terápiájának folyamatábrája [16]



2. ábra. Grade I. és II. akut cholecystitis terápiájának folyamatábrája [57]



3. ábra. Grade III. akut cholecystitis terápiájának folyamatábrája [57]



1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készültek.

**Az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet közleménye
orvostechnikai eszközök időszakos felülvizsgálatát végző szervezet feljogosításáról**

Az orvostechnikai eszközökről szóló 4/2009. (III. 17.) EüM rendelet 27. § (3) bekezdése alapján az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet határozatával az alábbi szervezetet a felsorolt eszközcsoportok tekintetében az időszakos felülvizsgálatok elvégzésére feljogosította:

Medihead Orvostechnikai Fejlesztő, Szolgáltató Export-Import Kft. (Medihead Kft.)

A cég címe: 1083 Budapest, Fűvészkert u. 8.

Tel.: 06 (1) 313-1691

e-mail: info@medihead.com

Az eszközcsoport megnevezése	A feljogosító határozat	
	száma	érvényességi ideje
07. Invazív és intervenciós rtg. berendezések	OGYÉI/17230-11/2023/07.eszk.	2028. május
10. Röntgen-átvilágító és felvételi munkahely – átvilágító és felvételi rtg. munkahely, – mammográfiás rtg. munkahely, – mobil felvételi rtg. munkahely, – ernyőfényképező rtg. munkahely, – fogászati röntgenek (intraorális, panoráma).	OGYÉI/17235-11/2023/10.eszk.	2028. május
11. Sebészeti képerősítő	OGYÉI/17245-11/2023/11.eszk.	2028. május

A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar közleménye Manuális medicina záróvizsga meghirdetéséről

A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Manuális medicina záróvizsgát hirdet

azok számára, akik a Holisztikus Medicina Alapítvány által szervezett „Manuális medicina elméleti és gyakorlati képzés” című akkreditált pontszerző tanfolyamot és az elővizsgát sikeresen elvégezték.

A vizsga időpontja: **2023. június 21. szerda**

A vizsgára jelentkezés határideje: **2023. június 7. szerda**

A záróvizsga díja: **95 000 Ft**, amely **átutalással** fizetendő, **számla alapján**.

Vizsgára jelentkezését az nyújthatja be, aki

- szerepel az OKFŐ alap- és működési nyilvántartásában,
- magyar vagy honosított orvosi diplomával vagy
- főiskolai gyógytornász diplomával rendelkezik és
- a Manuális medicina tanfolyamot és elővizsgát elvégezte.

A jelentkezéskor csatolandó iratok:

1. jelentkezési lap,
2. számlakiállításához kitöltött adatlap,
3. magyar és angol nyelvű oklevél másolata (amennyiben nincs, kérjük, külön jelezni).

A jelentkezési lap és a számlakiállításához szükséges adatlap letölthető a www.manualismedicina.hu honlapról.

Jelentkezés és részletes felvilágosítás: intmedcsot@semmelweis.hu

Telefonszám: +36 (30) 016-4646, +36 (30) 016-4969

VI. RÉSZ A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

VII. RÉSZ Vegyes közlemények

Pályázati hirdetmény betölthető állásokra

ÁLTALÁNOS TUDNIVALÓK

Tisztelt Hirdetők, Olvasók!

A pályázati hirdetményeket terjedelmi okokból és a jobb áttekinthetőség érdekében táblázatos formában közöljük. Kérjük, hogy álláshirdetéseik szövegezésénél vegyék figyelembe, hogy a rovatok csak a legszükségesebb információk közlésére adnak *lehetőséget*. **A hirdetményeket külön ez irányú kérelemre legfeljebb 3 alkalommal ismételjük meg, további közlésre csak újabb kérés esetén van lehetőség.** A gyors megjelenés érdekében a pályázati hirdetményeket közvetlenül a szerkesztőségnek küldjük meg **levélben (1051 Bp., József Attila utca 2–4., vagy e-mailben a benedek.nadasdy-horvath@bm.gov.hu).**

Az Egészségügyi Közlöny szerkesztőségének telefonszáma 36 (1) 999-4515.

A közléssel kapcsolatban a fenti telefonszámon tudunk tájékoztatást adni.

Tájékoztatjuk tisztelt hirdetőinket, hogy a pályázati hirdetmények szövegéből kénytelenek vagyunk elhagyni azokat a pályázati feltételeket, amelyek közzététele jogszabályba ütközik, nem hatályos jogszabályon alapul, illetve indokolatlan diszkriminációt tartalmaz (pl. életkori, nemhez kötött, a magyar végzettséget vagy állampolgárságot preferáló előírások).

A jogszabály alapján kötelezően meghirdetendő pályázatok térítésmentes közzétételére egy alkalommal van lehetőség, az ismételt közzététel az általános hirdetési áron történik, amelyről az Egészségügyi Közlöny kiadója (a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó, telefonszám: 266-9290 vagy 266-9294) ad felvilágosítást.

A pályázatoknál kérjük – a hatályos jogszabályokra is figyelemmel – feltüntetni, hogy a pályázati határidő kezdő időpontjának a hirdető a megjelenés melyik helyét tekinti. Eltérő közlés hiányában a pályázati határidő hirdetmény szerinti kezdő időpontja az Egészségügyi Közlönyben való megjelenés. A Közzolgálati Személyzetfejlesztési Főigazgatóság honlapján is megjelenő hirdetések esetén a honlapon feltüntetett határidők az irányadók, eltérő közlés esetén is.

Amennyiben a közlésnél más időpontot nem jelöltünk meg, úgy a hirdetett állás a pályázatok elbírálását követően azonnal betölthető. Az állások bérezése a hatályos jogszabályok alapján történik.

A szerkesztőség felhívja a hirdetők figyelmét arra, hogy a tévesen, hiányosan vagy félreérthető módon megfogalmazott és így megküldött hirdetésekből adódó esetleges hibákért felelősséget nem vállal. Az esetleges hibák elkerülése érdekében kérjük, hogy hirdetéseiket ne kézírásos formában juttassák el a szerkesztőség részére. Az olvashatatlanul megküldött hirdetések közzétételét nem vállaljuk.

PÁLYÁZATI HIRDETMEÉNYEK EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYVEZETŐI ÉS ORVOSVEZETŐI ÁLLÁSOKRA

A **Jász-Nagykun-Szolnok Vármegyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet** (5000 Szolnok, Tószegi út 21.) főigazgatója pályázatot hirdet a **Krónikus Belgyógyászati Osztályra osztályvezető főorvos** munkakörbe, határozatlan időtartamra szóló jogviszonyban, osztályvezetői megbízással.

Ellátandó feladat: a Krónikus Belgyógyászati Osztály munkájának hatékony és eredményes megszervezése, zavartalan működtetése, irányítása, munkatársainak ellenőrzése és értékelése.

Pályázati feltételek:

- általános orvosi diploma,
- belgyógyászati szakorvosi képesítés,
- 5 éves szakorvosi gyakorlat,
- büntetlen előélet, valamint
- vezetői megbízást az kaphat, aki a munkáltatóval egészségügyi szolgálati jogviszonyban áll vagy a megbízással egyidejűleg kinevezhető.

Előnyt jelent:

- geriátriai szakvizsga,
- 5 éves vezetői tapasztalat.

A pályázat részeként benyújtandó iratok, igazolások: szakmai önéletrajz, vezetői elképzelést bemutató program, diploma másolata, szakorvosi képesítés másolata, minősítésről szóló igazolás másolata (amennyiben értelmezhető). Határozat az Orvosok Alapnyilvántartásba vételéről, érvényes működési engedély másolata, 3 hónapnál nem régebbi hatósági erkölcsi bizonyítvány, nyilatkozat a személyes adatok kezelésére vonatkozóan.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK ORVOSI ÁLLÁSOKRA

Budapest

Baranya vármegye

Bács-Kiskun vármegye

Békés vármegye

Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye

Csongrád-Csanád vármegye

Fejér vármegye

Győr-Moson-Sopron vármegye

Hajdú-Bihar vármegye

Heves vármegye

Jász-Nagykun-Szolnok vármegye

A **Jász-Nagykun-Szolnok Vármegyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet** (5000 **Szolnok**, Tószegi út 21.) főigazgatója pályázatot hirdet a **Krónikus Belgyógyászati Osztályra** szakorvos munkakörbe, határozatlan időtartamra szóló jogviszonyban.

Általános információk:

Illetmény és juttatások: az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény alapján, valamint megállapodás szerint.

Pályázati határidő: 2023. június 30.

Miniszterelnöki Kormányiroda Kormányzati Személyügyi Központ kezelésében lévő internetes kiválasztási és pályázattalás elektronikus rendszer (<https://kozszolgallas.ksz.gov.hu>) való közzététel időpontja: 2023. május 15.

Pályázat benyújtása: postai úton a Jász-Nagykun-Szolnok Vármegyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet címére történő megküldésével: (5000 Solnok, Tószegi út 21.) A pályázatokat Piroska Miklós főigazgatónak címezve kell benyújtani. Kérjük a borítékon feltüntetni a beosztás megnevezését.

A pályázati eljárás lefolytatása: Szakmai Kollégium véleménye, személyes meghallgatás, szakmai vezető testület véleménye, főigazgatói döntés.

Pályázat elbírálásának határideje: 2023. augusztus 31.

Az állás betölthető: 2023. szeptember 1-jén, vagy a pályázat elbírálását követően azonnal.

Komárom-Esztergom vármegye

A **Kisbéri Batthyány Kázmér Szakkórház** (2870 **Kisbér**, Iskola u. 11.) főigazgatója pályázatot hirdet a következő szakorvosi munkakörök betöltésére: *szemész (heti 13 óra), reumatológus (heti 20 óra), kardiológus (heti 12 óra), radiológus (heti 40 óra), neurológus (heti 16 óra).*

Pályázat feltételei:

- orvosi diploma,
- szakirányú szakorvosi képesítés,
- büntetlen előélet.

Előnyt jelent:

- szakmai tapasztalat,
- neurológus szakorvos esetén EEG szakvizsga, vagy EEG leletezésben szerzett tapasztalat.

Feladata: Az Intézmény Járóbeteg Szakellátásában szakorvosi feladatok ellátása a munkaköri leírásnak megfelelően.

A jelentkezéshez csatolandók:

- végzettséget igazoló okmányok másolata,
- részletes szakmai önéletrajz,
- 3 hónapnál nem régebbi hatósági bizonyítvány (erkölcsi),
- hozzájárulás a pályázati anyag elbírálásában résztvevők betekintési jogához.

Jelentkezési határidő: 2023. június 1.

A pályázat elbírálása: a pályázat elbírálása a benyújtási határidőt követő 30 napon belül.

Az állás betöltése: az állás a pályázat elbírálást követően azonnal betölthető.

A pályázat benyújtásának módja: a pályázati anyagot a

- szakkórház igazgatóságára a fentiekben megjelölt másolatokkal, önéletrajzzal együtt, 2870 Kisbér, Iskola u. 11.; a borítékra kérjük írja rá: „Pályázat szakorvosi álláshelyre”,
- elektronikusan a titkarsag@kisberkorhaz.hu e-mail-címre kérjük benyújtani.

Nógrád vármegye

Pest vármegye

Somogy vármegye

Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegye

Tolna vármegye

Vas vármegye

Veszprém vármegye

Zala vármegye

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK EGÉSZSÉGÜGYI SZAKKÉPESÍTÉSHEZ NEM KÖTÖTT
VEZETŐI ÉS EGYÉB ÁLLÁSOKRA

Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház (9700 **Szombathely**, Markusovszky Lajos utca 5.) az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény alapján pályázatot hirdet **Vas Vármegyei Markusovszky Egyetemi Oktatókórház**, Szombathely *kommunikációs munkatárs* munkakör betöltésére.

A szolgálati jogviszony időtartama: határozatlan idejű egészségügyi szolgálati jogviszony.

Foglalkoztatás jellege: részmunkaidő.

A munkavégzés helye: Vas vármegye, 9700 Szombathely, Markusovszky Lajos utca 5.

A munkakörbe tartozó lényeges feladatok:

- külső kommunikációs feladatok,
- hírlevél szerkesztése, weboldal tartalmának frissítése,
- rendezvények, sajtóesemények szervezése,
- sajtóügyleti munka, sajtómegkeresések kezelése.

Elvárások:

- kiváló kommunikáció írásban és szóban egyaránt,
- kiváló szervezőképesség,
- proaktív gondolkodásmód,
- jó problémamegoldó és kapcsolatteremtő képesség,
- pontos, precíz, megbízható munkavégzés,
- felhasználói szintű számítógépes ismeretek,
- csapatszellem,
- jó terhelhetőség.

A pályázat elbírálásánál előnyt jelent:

- felsőfokú végzettség,
- egészségügyben szerzett tapasztalat,
- kommunikációs végzettség, illetve intézményi kommunikációs területen szerzett munkatapasztalat,
- grafikai és videó-szerkesztő programok ismerete,
- angolnyelv-tudás.

Állás, munka területei:

- média, PR,
- kommunikáció,
- OKFŐ kommunikáció, kapcsolattartás.

Illetmény és juttatások: az illetmény megállapítására és a juttatásokra az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény, annak végrehajtási rendeletei és az OKFŐ utasításai az irányadóak.

A pályázat részeként benyújtandó iratok, igazolások:

- Europass-típusú önéletrajz,
- motivációs levél,
- 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány,
- nyilatkozat arra vonatkozóan, hogy pályázatát az illetékes bírálók véleményezzék és megismerjék,
- végzettséget igazoló dokumentumok másolata.

A munkakör betölthetőségének időpontja: a munkakör a pályázatok elbírálását követően azonnal betölthető.

A pályázat benyújtásának határideje: 2023. május 29.

A pályázatok benyújtásának módja: elektronikus úton Dr. Stánitz Éva orvos-igazgató részére a titkarsag@markusovszky.hu e-mail-címen keresztül vagy postai úton a Markusovszky Egyetemi Oktatókórház címére: 9700 Szombathely, Markusovszky Lajos utca 5.

A pályázat elbírálásának határideje: 2023. június 12.

A pályázati kiírás további közzétételének helye, ideje:

- okfo.gov.hu,
- www.markusovszky.hu.

Szerkeszti a Belügyminisztérium Humán Kodifikációs Főosztály Egészségpolitikai Jogi Osztálya.
Szerkesztőség: 1051 Bp., József Attila utca 2–4. Telefon: 36 (1) 999-4515.
Kiadja a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó Kft., 1085 Bp., Somogyi Béla u. 6., www.mhk.hu
Felelős kiadó: Németh Balázs ügyvezető.

A pályázati hirdetésektől eltérő hirdetések felvétele a Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó Kft.-nél (1085 Bp., Somogyi Béla u. 6.) történik.

Amennyiben a megrendelő a hirdetésében emblémát kíván megjelentetni, azt tartozik a megrendeléséhez fotózásra alkalmas módon mellékelni.

HU ISSN 2063-1146